

## Yayın Yönetmenleri

Dr. Orhan Odabaşı

Doç. Dr. Özen Aşut

## Yayın Kurulu

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

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

## Bilimsel Danışma Kurulu

## Adli Tıp

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

## Aile Hekimliği

Prof. Dr. Hakan Yaman

## Çocuk Psikiyatrisi

Prof. Dr. Fatih Ünal

## Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Prof. Dr. Ufuk Beyazova (Sosyal Pediatri)  
Doç. Dr. Ali Süha 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 Büyükkakçu  
Dr. Hayati Çakır  
Dr. Naciye Demirel  
Dr. Sema İlhan  
Dr. Remzi Karşı  
Dr. Alfert Sağdıç  
Dr. Mustafa Sülkü  
Dr. Fatih Şua Tapar

## Halk Sağlığı

Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu  
Doç. Dr. Dilek Aslan  
Prof. Dr. Ayşen Bulut  
Doç. Dr. Deniz Çalışkan  
Doç. Dr. Muzaffer Eskiocak  
Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış  
Doç. Dr. Özlem Sarıkaya

## İç Hastalıkları

Prof. Dr. Erdal Akalın  
Prof. Dr. Çetin Turgan (Nefroloji)  
Kadın Hastalıkları ve Doğum  
Dr. Polat Dursun  
Prof. Dr. Haldun Güner  
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları  
Doç. Dr. Orhan Yılmaz

## Nöroloji

Doç. Dr. Levent İnan  
Ortopedi ve Travmatoloji

Prof. Dr. Muharrem Yazıcı

## Psikiyatri

Prof. Dr. Orhan Öztürk

## Tıbbi Farmakoloji

Prof. Dr. Alper İskit

## Okuyucu Danışma Kurulu

Dr. Gülten Aykanat

Dr. Sultan Gemalmaz

Dr. Hasan Değirmenci

Dr. Nevruz Gürceğiz

Dr. Nesrin Erbüdü

Dr. Mesut Yıldırım

## Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Prof. Dr. Gençay Gürsoy

## Hazırlık ve Tasarım

Yeter Canbulat

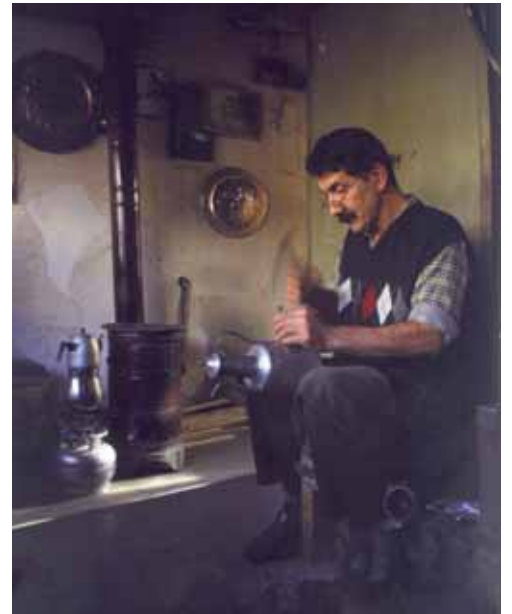
## Araştırma

**Bir Sağlık Ocağına Başvuran Erişkin Hastalarda Kuş Gribi İle İlgili Bilgi, Görüş ve Davranışlar** 59  
*Dr. K. Hakan Altıntaş, Dr. Sema Atilla, Dr. Funda Sevencan, Dr. Elif Didem Ulusoy, Dr. Hasan Çaldır, Dr. Mehmet Şakir Kaya*

**Gebe Kadınlar ile Yeni Doğanlarının İdrarla İyot Atım Durumlarının İlişkisi** 66  
*Eda Köksal, Güliden Pekcan*

## Derleme

**Son Trimestir Kanamalarının Yönetimi** 72  
*Selma Şen, Dr. Aynur Saruhan*



Kapak Fotoğrafı  
**"Emek Durmaksızın"**  
Bahar Özgül, Ankara  
TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2008  
Jüri Özel Ödülü

## Yayın Yönetim Merkezi ve İletişim Adresleri

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

Maltepe 06570 Ankara

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

E-posta : sted@ttb.org.tr

İnternet : www.ttb.org.tr/STED

## Basımcı İletişim Bilgileri ve Yeri

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

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

İkitelli - İstanbul

Tel: +90 212 549 88 60 (pbx)

Basım Tarihi:



### Merhaba,

Zorunlu bir gecikmeden sonra dergimizin son sayılarının yayımlandığını internette okurlarına duyurmamız, STED sevenleri arasında olağanüstü bir coşku yarattı. Deyim yerindeyse, elektronik ortamlarda STED rüzgarı esti. Bu bağlamda STED'in tıp ortamımızda ne denli önemli olduğunu ve ilgiyle beklendiğini bir kez daha gördük.

Kimi meslektaşlarımız STED'in gecikmesinden duydukları kaygıları belirtirken, kimileri her sayıyı dörtgözle belediklerini dile getirdiler. STED'e katkıda bulunmak için gönüllü olanlar, "STED Okuyucu Danışma Kurulu"nda görev almayı isteyenler bizleri sevindirdi. STED çalışanları olarak, bundan böyle çalışmalarını daha da hızlandırıp dergiyi okurlarına zamanında ulaştırma konusundaki istek ve kararlılığımızı güç kazandı.

Bu süreçte dergimize yürekten bağlı okurlarımızdan aldığımız mektuplardan birisi, bizleri çok duygulandırdı. Mektubun sahibi meslektaşımız, yaşamdan süzülüp gelen deneyimlerini STED'le ilgili anılarıyla harmanlayarak, böylece derginin tarihçesini özetlemişti bir bakıma:

"STED'i intörlüğümden, 'kırsal hekimlik' stajından taniyordum, Cerrahpaşa günlerinden.

Bir-iki yazı yazmıştım, sonra birkaç fotoğraf... Daha sonra Mardin'de bağımlısı oldum. Sağlık ocağında, Midyat'ta, Dargeçit'te, Ortaköy'de, hatta E tipi cezaevinin revirinde hep karşıladı beni STED. Yalnız bırakmadı, benden önce gitmişti.

Bilimsel ve dostça. Farkında olmadan imzam oldu bu iki sözcük. Arkadaşlarıma bilimsel ve dostça kalın diyordum artık, mektuplarımin, iletilerimin sonunda. Sağlık ocağı ana kucağıydı. STED bu sağlık ocağının demirbaşığıydı. Hekim belleğinin doktordan doktora aktarılmasıydı. En azından ben öyle gördüm."

STED'in işlevi ancak böylesi öz ve net anlatılabilirdi. Yıllardan beri birinci basamakta çalışan başta pratisyen hekimler olmak üzere tüm personele yol gösteren bir yayın olmuştu dergimiz. Ama bir meslek yayını olarak ışık tutmanın yanı sıra, sağlık emekçilerinin yalnız günlerinde onların elini tutan bir dost da olmuştu. Demek ki "bilimsel ve dostça" amacına ulaşmıştı.

Bu süreçte, dergiye gönül veren ve bir biçimde katkıda bulunan pek çok kişi yer aldı sayfalarında. Ne çok meslektaşımız emek verdi yıllar boyunca. Başta kurucu yayın yönetmenimiz Dr. Füsün Sayek olmak üzere, halen ülkenin ve dünyanın çeşitli yerlerine dağılmış ya da aramızdan ayrılmış nice arkadaşımız geçti bu sayfalardan. Emekleri kaldı yadigar.

Zorunlu ayrılıklar bazen belimizi bükse de, geride kalanlarla görev sürüyor. Gidenlerin, ayrılanların yerini yeni insanlar alıyor. Dergimiz emek yoğun çabalarla yayın yaşamını sürdürüyor, birinci basamağa yönelik özgün niteliğiyle bilimsel arenadaki yerini sağlamlaştırıyor.

Bizlere duygusal anlar yaşatan mektubu iletişim sayfalarımızda sizlerle paylaşırken, geride bıraktığımız günlerde doğum gününü etkinliklerle kutladığımız kurucu yayın yönetmenimiz sevgili Füsün Sayek'i sevgi ve özlemlerle anıyoruz.

**Bilimsel ve dostça...**



Fotoğraf: "Pencereler" Sağ. Teknisyeni, Erdinç Yılmaz  
STED Fotoğraf Yarışması 2008 Sergi Ödülü

# Bir Sağlık Ocağına Başvuran Erişkin Hastalarda Kuş Gribi İle İlgili Bilgi, Görüş ve Davranışlar

Knowledge, Opinions and Behaviours of Adults Visiting a Primary Health Center on Avian Influenza



*Dr. K. Hakan Altıntaş\*\* , Dr. Sema Atilla\*\* , Dr. Funda Sevensan\*\*\* ,  
Dr. Elif Didem Ulusoy\*\*\* , Dr. Hasan Çaldır\*\*\* , Dr. Mehmet Şakir Kaya\*\*\**

## Öz

Bir sağlık ocağına başvuran erişkinlerin kuş gribi ile ilgili bazı bilgi, görüş ve davranışlarının saptanması amacıyla tanımlayıcı tipte bir araştırma yapılmıştır. Sağlık ocağına başvuran 177 erişkinine yüzde görüşme tekniği ile 29 Mart-7 Nisan 2006 tarihleri arasında anket uygulanmıştır. Araştırmada 46 sorudan oluşan anket formu kullanılmıştır. Katılımcıların %22.6'sı (40 kişi) erkek, %77.4'ü (137 kişi) kadındır. Yaş ortalaması  $34.8 \pm 12.1$  yıldır. Araştırmaya katılanların %98.9'u (175 kişi) hastalığın kanatlı hayvanlardan bulaştığını belirtmiştir. Katılımcıların %4.5'i (8 kişi) kuş gribi ile ilgili olarak bilgi edinme konusunda sağlık ocağından yararlandığını ifade etmiştir. Yüzde 97.7'si (173 kişi) bilgi kaynağı olarak televizyon ve radyoyu kullandıklarını söylemişlerdir. Katılımcıların %53.7'si (95 kişi) kuş gribi hakkındaki bilgilerinin yetersiz olduğunu belirtmişlerdir. Yüzde 71.2'si (126 kişi) kuş gribinin bir ülkede ekonomik zararlara yol açacağı görüşündedirler. Çalışmaya katılan 177 kişinin %52.6'sı (93 kişi) salgından sonra tavuk tüketimlerinin azaldığını, %19.2'si (34 kişi) salgından sonra tavuk tüketimini bıraktığını belirtmiştir. Sağlık ocağına başvuran bu kişilerin kuş gribi ile ilgili yeterli bilgi düzeyine sahip olmadığı anlaşılmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Erişkin, kuş gribi, bilgi, davranış, sağlık ocağı.

## Abstract

A descriptive study was conducted on avian influenza in order to determine the knowledge, opinions and behaviours of adults visiting a primary health center. Between March 29th - April 7th, 2006, 177 adults participated in face-to-face interviews. The questionnaire consisted of 46 questions. 22.6% (40 persons) of the participants were male and 77.4% (137 persons) were female. The mean age was  $34.8 \pm 12.1$ . Of the participants, 98.9% (175 persons) pointed out that the disease was spread by winged animals. Eight adults (4.5%) mentioned that the primary health center was their source of information on avian influenza. The majority of the participants (97.7%, 173 persons) said that their sources of information were television and radio. Of the participants, 53.7% (95 persons) mentioned that their knowledge regarding avian influenza was insufficient. Nearly three quarters of the participants (71.2%, 126 persons) had the opinion that avian influenza can damage a country's economy. Of the participants, 52.6% (93 persons) said that after the outbreak, they had decreased the consumption of chicken and 19.2% (34 persons) stated that they had abandoned consuming chicken. It was realized that the participants did not have sufficient knowledge on avian influenza.

**Key words:** Adults, avian influenza, knowledge, behaviour, primary health center.

## Giriş

Kuş gribi günümüzün güncel hastalıklarından biridir. Dünya üzerinde geniş kitleleri ve birçok ülkeyi ilgilendiren etkiler yaratabilmektedir. Kuş gribi, adından da anlaşılacağı üzere aslında kanatlı hayvanların viral bir hastalığıdır. İnfluenza A grubu virüsler etkindir. Hastalık, bu hayvanların solunum ve sinir sistemine ait belirtilerle kendini gösterir. Sürü halinde yaşayan kanatlı hayvanlar arasında çok hızlı yayılır ve kısa sürede yüksek mortalite ve morbidite ile sonuçlanır (1-6).

Hastalığın doğal konakçısının göçmen su kuşları-özellikle yaban ördekleri-olduğu belirtilmektedir. Bu kuşların göç yollarında evcil kanatlılarla teması virüsü onlara geçirmekte ve hastalığa oldukça duyarlı olan bu hayvanlarda

hızlı fataliteyle seyreden epidemilere yol açmaktadır (2-7).

Kuş gribi, toplum sağlığı için önemli ve ciddi bir hastalıktır. Dünyada ilk kez yüz yıl önce İtalya'da tanımlanmıştır, ondan sonra bir çok yerde örneğin; Amerika Birleşik Devletleri (ABD), Hong Kong, Hollanda, Vietnam, Endonezya, Tayland, Kamboçya ve Türkiye'de kuş gribi epidemileri meydana gelmiştir. Bu epidemiler sırasında birçok hayvan ölmüş, bir çoğu da yayılmayı önlemek amacı ile itlaf edilmişlerdir. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki (ABD) 1983-1984 epidemisinde H5N2 virüsü başlangıçta düşük bir mortalite hızına sahipken, altı ayda yüksek bir patojenite kazanarak yaklaşık %90'larda seyreden bir mortalite hızına ulaşmıştır (3-6).

\*10. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi'nde poster olarak sunulmuştur.

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

\*\*\*Arş. Gör.; Hacettepe Ü. Tıp Fak., Ankara

Bu hastalığın ciddi bir ekonomik kayba yol açtığı yukarıdaki örneklerden de anlaşılabilir. Ayrıca, hastalığın kanatlılardan, kendisiyle yakın temastaki insanlara geçtiği görülmüş ve birçok olgunun ölümüyle sonuçlanmıştır. Aralık 2003'ten bugüne kadar "avian influenza" H5N1 alt tipin neden olduğu olgu ve ölüm sayıları Dünya Sağlık Örgütü kayıtlarına göre 17.06.2008 itibarıyla, Endonezya'da 133 olgu, 18 ölüm, Vietnam'da 106 olgu, 41 ölüm, Tayland'da 25 olgu, 13 ölüm, Kamboçya'da 7 olgu, 1 ölüm, Çin'de 30 olgu, 8 ölüm, Mısır'da da 30 olgu şeklindedir. Hong Kong'da 1997'de başlayan hastalıkta yirmi kişiden yedisi ölmüştür. 2003-2008 yılları arasında toplam 382 olgu, 241 ölüm görülmüştür. Türkiye'de ise 2005'te görülen kuş gribi salgınında 21 olgudan kuşkulanılmış, 12 olguya kesin tanı konmuş, üçü aynı aileden olmak üzere dört çocuk ölmüştür (3, 5, 6-9). Kuş gribi epidemisi nedeniyle yapılan mücadeleler çerçevesinde bir çok kanatlı itlaf edilmiştir. Gerek yapılan itlafların ve gerekse hastalık haberlerinin getirdiği panik havası nedeniyle tavukçuluk sektörü zarara uğramıştır. Yurt genelinde bir çok küçük tavuk çiftliği kapanmış ve geçimini bu sektörden sağlayan birçok aile mağdur olmuştur. Kuş gribi olayları yalnızca üreticiyi etkilemekle kalmamış, 'ucuz protein' kaynağı beyaz et ve yumurta tüketiminin azalmasıyla toplumun beslenme düzeni de bozulmuştur. Kuş gribi salgını ile birlikte beyaz et ve yumurtadan bir kaçış ile halk kırmızı ete yönelmiştir. Bu yöneliş çok belirgin olmasa da kırmızı et fiyatlarında artışa neden olmuş, zaten kırmızı et alımında zorluk çeken dar gelirli kesimin tavuk gibi önemli bir protein kaynağından da mahrum kalmasına neden olmuştur. Kuş gribi nedeniyle mağdur olan sektörlerden birisi de turizm sektörüdür. Konu ile ilgili dünyada oluşan tedirginlik rezervasyonlarda ertelemelere, iptallere yol açarak ülke ekonomisinde büyük bir girdinin kaybiyla sonuçlanmıştır. Bütün bu ekonomik kayıpların ve beslenme alışkanlıklarının bozulmasının yanında, kuş gribi insan yaşamını önemli ölçüde tehdit etmiş ve ölümlü olgulara yol açmıştır (3).

Kuş gribi önemli bir toplum sağlığı sorunudur ve insanlar bu konuda bilgilendirilmelidir. Bu hastalığın ne olduğu, basit ve uygun önlemlerle nasıl

korunulabileceği anlatılmalıdır. Bu çalışmada Ankara İli Keçiören İlçesi'ndeki bir sağlık ocağında kuş gribi ile ilgili bir araştırma yapılarak sağlık ocağına başvuran kişilerin konu ile ilgili bazı bilgi, görüş ve davranışlarının saptanması amaçlanmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Araştırma Ankara'da Kuşcağız Sağlık Ocağı'nda yapılmıştır. Sağlık Ocağı, bu bölgede bir yıldır hizmet sunmaktadır. Araştırma evrenini sağlık ocağına 29/03/2006 - 07/04/2006 tarihleri arasında 7 iş gününde başvuran erişkinler (18 yaş ve üstü) oluşturmuş, bunlar arasından çalışmaya katılmayı kabul eden 177 kişi ile görüşülmüştür. Bu çalışma tanımlayıcı tipte bir epidemiyolojik araştırmadır.

Başvuranların sosyodemografik özellikleri, kuş gribi hakkındaki bazı bilgi, görüş ve davranışları ile ilgili değişkenler araştırılmıştır. Sağlık ocağına başvuran erişkinlere yüz yüze görüşme tekniği ile 46 soruluk anket uygulanmıştır. Araştırmanın ön denemesi aynı bölgedeki bir başka sağlık ocağına başvuran 12 kişi ile yapılmıştır. Anket üzerinde gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Veriler araştırmacılar tarafından, sağlık ocağı sorumlu hekimi ve ankete katılan bireylerin sözel izinleri alınarak toplanmıştır. Veriler SPSS 13.0 paket programı ile analiz edilmiştir. İstatistiksel analizde ki-kare testi kullanılmıştır.

### Bulgular

Çalışmaya toplam 177 kişi katılmıştır. Bu kişilerin %77.4'ü kadın, %22.6'sı ise erkek erişkinlerdir. Katılan kişilerin yaşları 18 ile 65 arasında değişmekte ve ortalama yaş 34.8 ±12.1, yaşın ortancası 30.0 yıldır. Araştırmaya katılanların %48.0'ı ilköğretim mezunu olup, bunu %22.6 ile lise mezunları takip etmektedir.

Çalışmaya katılanların %88.7'si evli olduğunu belirtmiştir. Araştırmaya katılan 177 kişinin %39.6'sı 2 çocuğu olduğunu söylemiştir. Ortalama çocuk sayısı 2.3±1.5 (alt-üst sınırı= 0-9, ortanca= 2.0) olarak bulunmuştur.

Çalışmaya katılanların %76.3'ü gelir getiren bir işe sahip değildir. Ailesinin gelirini bildiren 175 kişinin aylık gelir ortalaması 768.4±681.0 YTL (alt- üst= 250-5000, ortanca= 600 YTL) çıkmıştır. Yüzde 63.9'unun



sosyal güvence türü SSK olup, bunu %9.0 ile Emekli Sandığı izlemektedir. Yüzde 11.3'lük kesimin ise sağlık güvencesi yoktur.

Katılımcıların %73.4'ü bir apartman dairesinde yaşamaktadır. Bir evde ortalama 4.5

$\pm 1.6$  (alt-üst değer= 1-10, ortanca= 4.0) kişi yaşamaktadır.

Çalışmaya katılanların %32.8'i kuş gribi hastalığının etkeninin virüs olduğunu, %48.0 gibi büyük bir çoğunluk ise etkenin ne olduğunu bilmediklerini belirtmişlerdir. Geride kalanlar etkeni yanlış bilmektedir.

Çalışmaya katılanların %98.9'u kuş gribi hastalığının kanatlı hayvanlardan bulaştığını belirtmiştir. Yüzde 37.3'lük kesim hastalığın insandan insana bulaşabileceğini düşünmektedir. Ankete katılanların %87.6'sı hastalığın hasta hayvana elle dokunulduğunda bulaştığını düşünürken, aynı zamanda iyi pişmemiş kanatlı hayvan etinin yenmesi ile hastalığın bulaştığı düşüncesi %82.5 düzeyindedir (Tablo 1).

Çalışmaya katılanların %83.6'lık kesimi eti haşlayarak pişirmenin kuş gribi hastalığının bulaşmasını engellemede en uygun yöntem olduğunu düşünmektedir. Katılanların %63.3'ü kuş gribi hastalığının tedavisi olduğunu, %22.6'sı ise hastalığın tedavisinin olmadığını belirtmiştir.

Katılımcıların %36.7'si kuş gribi hastalığının aşısının olduğunu belirtmiştir. Piyasadaki mevcut grip aşlarının kuş gribine karşı koruyucu olmadığını düşünenler %54.8'dir. Çalışmaya katılanların %89.8'i grip aşısı olmamıştır.

Çalışmaya katılan 177 kişinin %93.8'i Türkiye'de kuş gribi salgınının olduğunu belirtmiştir. Yüzde 27.1'lik kesim salgının ilk kez Van'da görüldüğünü belirtmiştir, bunu %19.8 ile Manyas cevabını verenler izlemiştir. Çalışmaya katılanların %97.7'si salgında ölenlerin olduğunu söylemiştir. Katılanların

<b>Tablo 1.</b> Sağlık ocağına başvuran erişkinlerin kuş gribinin bulaşması ile ilgili bilgileri (Ankara, Nisan 2006)	
<b>Bilgiler (n=177)</b>	<b>Sayı (Yüzde)</b>
<b>Bulaştırıcı Hayvanlar</b>	
Kanatlı hayvanlar	175 (98.9)
Domuz	9 (5.1)
Büyük baş hayvan	8 (4.5)
Küçük baş hayvan	7 (4.0)
Balık	2 (1.1)
Bilmiyorum	1 (0.6)
<b>İnsandan insana bulaşma</b>	
Evet	66 (37.3)
Hayır	89 (50.3)
Fikrim yok	22 (12.4)
<b>Hasta hayvandan insana bulaşma yolları</b>	
Hasta hayvana elle dokunulduğunda	155 (87.6)
İyi pişmemiş kanatlı hayvan etinin yenmesi ile	146 (82.5)
İyi pişmemiş yumurtalar yendiğinde	116 (65.5)
Ölmüş hayvana dokunulduğunda	88 (49.7)
Hasta kümes hayvanı salgılarıyla temas	71 (40.1)
Kanatlı hayvan artıklarıyla temas	66 (37.3)
Pişmemiş yumurtaya dokunulduğunda	53 (29.9)
Solunum yolu ile	30 (16.9)
Fikrim yok	5 (2.8)

<b>Tablo 2.</b> Sağlık ocağına başvuran erişkinlerin kuş gribi ile mücadelede etkili yöntemler hakkında bilgileri (Ankara, Nisan 2006)	
<b>Etkili mücadele yöntemleri (n=177)</b>	<b>Sayı (Yüzde*)</b>
Kanatlı hayvanlarla temastan kaçınma	97 (54.8)
Toplumun kuş gribinden korunma konusunda eğitilmesi	90 (50.8)
Dezenfeksiyon	76 (42.9)
Tavuk çiftliklerini karantinaya alma	75 (42.4)
Kanatlı hayvan itlafı	55 (31.1)
Fikrim yok	7 (4.0)

<b>Tablo 3.</b> Sağlık ocağına başvuran erişkinlerin kuş gribi salgını durumunda tavuk eti ve yumurta yemek ile ilgili görüşleri (Ankara, Nisan 2006)	
<b>Görüşler</b>	<b>Sayı (Yüzde)</b>
<b>Kuş gribi salgınında kendilerinin kanatlı hayvan eti yeme durumu (n=177)</b>	
Evet, yerim	23 (13.0)
Hayır, yemem	154 (87.0)
<b>Kuş gribi salgınında çocuğuna kanatlı hayvan eti yedirme durumu (n=157)</b>	
Evet, yediririm	12 (7.7)
Hayır, yedirmem	144 (91.7)
Fikrim yok	1 (0.6)
<b>Kuş gribi salgınında kendilerinin yumurta yeme durumu (n=177)</b>	
Evet, yerim	41 (23.2)
Hayır, yemem	136 (76.8)
<b>Kuş gribi salgınında çocuğuna yumurta yedirme durumu (n=157)</b>	
Evet, yediririm	26 (16.6)
Hayır, yedirmem	130 (82.8)
Fikrim yok	1 (0.6)

**Tablo 4.** Sağlık ocağına başvuran erişkinlerin tavuk eti ve yumurta tüketimi ile ilgili davranışları (Ankara, Nisan 2006)

Tüketim durumu (n=177)	Sayı (Yüzde)
<b>Tavuk ve tavuk ürünleri tüketimi</b>	
Tüketiyor	136 (76.8)
Tüketmiyor	41 (23.2)
<b>Alışverişte tercih edilen tavuk ürünleri<sup>1</sup></b>	
Ambalajlı	130 (95.6)
Ambalajsız	2 (1.5)
Bazen ambalajlı, bazen ambalajsız	2 (1.5)
Canlı	1 (0.7)
Pişmiş hazır tavuk	1 (0.7)
<b>Kuş gribi salgınından sonra tüketilen tavuk miktarında değişme</b>	
Var, azaldı	93 (52.6)
Var, artık tüketmiyorum	34 (19.2)
Yok	50 (28.2)
<b>Kuş gribi salgınından sonra tüketilen yumurta miktarında değişme</b>	
Var, azaldı	88 (49.8)
Var, artık tüketmiyorum	10 (5.6)
Var, arttı	3 (1.7)
Yok	76 (42.9)

<sup>1</sup>n=136

**Tablo 5.** Sağlık ocağına başvuran erişkinlerin cinsiyetlerine göre kuş gribi salgını durumunda kanatlı hayvan eti ya da yumurta yeme ile ilgili görüşler (Ankara, Nisan 2006)

Kuş gribi salgınında yeme durumu	Cinsiyet		
	Erkek Sayı (Yüzde)	Kadın Sayı (Yüzde)	Toplam Sayı (Yüzde)
<b>Kanatlı hayvan eti<sup>1</sup></b>			
Yiyor	9 (22.5)	14 (10.2)	23 (13.0)
Yemiyor	31 (77.5)	123 (89.8)	154 (87.0)
<b>Kanatlı hayvan yumurtası<sup>2</sup></b>			
Yiyor	15 (37.5)	26 (19.0)	41 (23.2)
Yemiyor	25 (62.5)	111 (81.0)	136 (76.8)

<sup>1</sup>Ki kare= 4.1 SD= 1 p= 0.042      <sup>2</sup>Ki kare= 6.0 SD= 1 p= 0.015

%84.7'si kuş gribinin Türkiye'de görülme nedeni olarak göçmen kuşları göstermiştir.

Sağlık ocağına başvuran erişkinlerin %54.8'i kuş gribi ile mücadelede etkili yöntem olarak kanatlı hayvanlarla temastan kaçınmayı göstermiştir. Yüzde 50.8 ise toplumun kuş gribinden korunma konusunda eğitilmesinin etkili yöntem olduğunu bildirmiştir (Tablo 2).

Kuş gribinden korunma konusunda katılımcıların, %26.6'sı bilgilerinin yeterli, %19.8'si biraz yeterli, %53.7'si ise yetersiz olduğunu düşünmektedir.

Çalışmaya katılan 177 kişinin %33.3'ü Türkiye'de kuş gribi ile ilgili etkin bir salgın mücadelesi yapılmadığını düşünmektedir. Salgın mücadelesinde %48.6'lık grup kanatlı hayvan itlafını gerekli bulurken; %44.1'lik grup kanatlı hayvan itlafının gereksiz olduğunu belirtmiştir. Her iki konuda da fikri olmayanlar %7.3'lük grubu oluşturmaktadır.

Katılımcılara göre, kuş gribinin bir ülkeye vereceği zararlar arasında 'ekonomik kayıp' (%71.2) ilk sırayı alırken; "beslenme bozukluğu" (%47.5), 'turist kaybı' (%41.8), 'ölüme neden olması' (%9.6) diğer görüşler olarak belirlenmiştir. Çalışmaya katılanların %94.4'ü kuş gribi olan bir yere turist olarak gitmeyeceğini belirtmiştir.

Katılanların %76.8'i tavuk ve tavuk ürünleri tükettiğini belirtmiştir. Tavuk ve tavuk ürünleri tüketen 136 kişinin %95.6'sı alışverişlerinde ambalajlı ürünleri tercih ettiklerini söylemişlerdir. Çalışmaya katılan 177 kişinin %52.6'sı kuş gribi salgınından sonra tavuk tüketimlerinin azaldığını, %19.2'lik grup ise salgından sonra tavuk ve tavuk ürünleri tüketimini bıraktığını belirtmiştir. Çalışmaya katılanların %49.7'si yumurta tüketimlerinin azaldığını belirtirken, %5.6'sı artık tüketmediğini ifade etmiştir (Tablo 4).

**Tablo 6.** Sağlık ocağına başvuran erişkinlerin cinsiyetlerine göre kuş gribi salgını durumunda kanatlı hayvan eti ya da yumurta yeme ile ilgili görüşler (Ankara, Nisan 2006)

Bilgi ve davranış (n= 177)	Öğrenim durumu		
	İlkokul ve altı Sayı (Yüzde)	Ortaokul ve üstü Sayı (Yüzde)	Toplam Sayı (Yüzde)
<b>Kuş gribi etkeni<sup>1</sup></b>			
Virüs	25 (25.3)	33 (42.3)	58 (32.8)
Diğer	15 (15.1)	19 (24.4)	34 (19.2)
Bilmiyor	59 (59.6)	26 (33.3)	85 (48.0)
<b>Grip aşılarının kuş gribine karşı koruyuculuğu<sup>2</sup></b>			
Var	27 (27.3)	10 (12.8)	37 (20.9)
Yok	38 (38.4)	59 (75.7)	97 (54.8)
Bilmiyor	34 (34.3)	9 (11.5)	43 (24.3)
<b>Kuş gribi salgınında kişinin kanatlı eti tüketme durumu<sup>3</sup></b>			
Tüketiyor	8 (8.1)	15 (19.2)	23 (13.0)
Tüketmiyor	91 (91.9)	63 (80.8)	154 (87.0)
<b>Kuş gribi salgınında kanatlı hayvan yumurtası tüketme durumu<sup>4</sup></b>			
Tüketiyor	17 (17.2)	24 (30.8)	41 (23.2)
Tüketmiyor	82 (82.8)	54 (69.2)	136 (76.8)

<sup>1</sup>Ki kare=12.1, SD=2, p= 0.002, <sup>2</sup>Ki kare= 12.2, SD= 1, p< 0.001, <sup>3</sup>Ki kare= 4.8, SD= 1, p= 0.029, <sup>4</sup>Ki kare= 4.5, SD= 1, p= 0.033

Çalışmaya katılan 177 kişinin %96.6'sı kuş gribi ile ilgili herhangi bir eğitim toplantısına katılmadığını belirtmiş olup %77.4'lük grup bir toplantı düzenlenmesi durumunda toplantıya katılacağını söylemiştir.

Çalışmaya katılanların cinsiyetleriyle kuş gribi salgını durumunda kanatlı hayvan eti ve yumurtası yeme davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p değerleri, sırası ile; 0.042 ve 0.015) (Tablo 5).

Cinsiyet ile kuş gribi salgını durumunda çocuklara kanatlı hayvan eti ve yumurtası yedirme davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p değerleri, sırası ile; 0.252 ve 0.156).

Öğrenim durumları ile kuş gribi etkenini bilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p= 0.002). Bilmiyorum diyenler dışarıda bırakıldığında gruplar arasındaki fark ortadan kalkmıştır (p= 0.925). Öğrenim durumları ile eldeki grip aşılarının kuş gribine karşı koruyuculuğu hakkındaki bilgi arasında anlamlı bir ilişki vardır (p<0.001). Bilmiyorum diyenler hariç tutulduğunda da anlamlılık sürmüştür (p<0.001) (Tablo 6).

Öğrenim durumları ile kuş gribi salgını durumunda kanatlı hayvan eti ve yumurtası tüketme davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir (p değerleri, sırası ile; 0.029 ve 0.033) (Tablo 6). Araştırmaya katılanların öğrenim düzeyleri ile

salgın durumunda çocuklarına kanatlı hayvan eti ve yumurtası yedirme davranışları arasında anlamlı bir ilişki çıkmamıştır (p değerleri, sırası ile; 0.421 ve 0.420).

### Tartışma

Yapılan çalışmaya 177 kişi katılmış olup katılanların dörtte üçten fazlasını kadınlar oluşturmaktadır. Erkekler ile kadınların sağlık ocağına başvuruları arasında bu kadar büyük bir farkın olmasında; kadınların çoğunun ev kadını olmaları ve evde çocuk bakımında birincil rol oynamaları yer almaktadır. Kadınlar sağlık ocağına çocukları için aşı ve tedavi hizmetlerinden yararlanmak için gelmektedir. Erkeklerin gün içinde iş yerlerinde olmaları nedeniyle sağlık ocağına daha az başvurdukları düşünülmüştür.

Katılımcıların çok büyük bir bölümü evli olup sahip olunan çocuk sayısı ortalama  $2.3 \pm 1.5$ 'tir. Bu değer Türkiye ortalaması olan 2.6'ya benzemektedir. Katılımcıların büyük bölümü apartman dairesinde yaşamaktadır ve evde yaşayan kişi sayısı ortalama  $4.5 \pm 1.6$ 'dir. Türkiye'de bir hanede ortalama 4 kişi yaşamaktadır. Evde yaşayan kişi sayısı da Türkiye değeriyle uyumludur (10).

Kuş gribi hastalığının etkeni İnfluenza A tipi bir virüstür. Katılımcıların yaklaşık yarısı kuş gribi etkenini bilmemekte, ancak etkenin kanatlı hayvanlarla bulaştığını bilmektedir. Özellikle etkenin bulaşma yolları hakkındaki bilgilerinin yeterli olduğu görülmektedir.

Öğrenim düzeyi ortaokul ve üstü olanların yaklaşık yarısı etkeni bilirken, ilkokul ve altı öğrenim düzeyinde olanların yaklaşık dörtte biri etkeni doğru olarak bilmektedir. Her ne kadar öğrenim düzeyinin artması ile kuş gribi etkenini bilme durumu artıyor gibi görünse de, hem toplamda, hem de gruplardaki etkeni bilme yüzdeleri çok düşüktür ve sonuçta katılımcıların yaklaşık dörtte üçü kuş gribi etkeninin ne olduğunu yanlış bilmekte ya da hiç bilmediğini söylemektedir. Ancak katılımcıların yaklaşık yarısı hastalıkla mücadele yöntemlerinden temastan kaçınmayı bilmektedir. Katılımcıların Türkiye’de bir salgın yaşandığını ve bulaşma yolunu biliyor olmalarının yanında, etkeni ve hastalıkla mücadele yöntemlerini yeterince bilmiyor olmaları dikkat çekicidir. Bu durum, araştırma grubunun kuş gribi nedeni hakkında yeterince bilgilendirilmediğini düşündürmektedir.

Kuş gribinin insanlara bulaşması; hasta ya da hastalıktan ölmüş hayvanlara doğrudan temas ile, enfekte hayvanlara ait salgımlarla ve hayvan artıklarıyla temas ile, ayrıca hastalık etkeninin bulunduğu havanın solunması ile olmaktadır. Bununla birlikte, daha önceden de değinildiği gibi, kanatlı hayvan etinin ve yumurtasının iyice pişirilmeden yenmesinin bulaşma için risk taşıdığı bilinmektedir. Çalışmaya katılanların büyük çoğunluğu hastalığın hasta hayvana elle dokunulduğunda ve iyi pişmemiş kanatlı hayvan etinin yenmesi ile bulaştığını bilmektedir. Hastalığın diğer bulaşma yolları olan ölü kanatlı hayvanla, salgılarıyla ve artıkları ile temas ve solunum yolu ile bulaşma konusundaki bilgileri yetersizdir. Özellikle hastalığın solunum yolu ile bulaşabileceğini düşünenler, çalışmaya katılanların beşte birinden azdır. Bu durum, çalışmaya katılanların hastalığın tüm bulaşma yolları hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığını göstermektedir. Katılımcıların üçte biri ise hastalığın insandan insana bulaştığını düşünmektedir. Kuş gribinin insandan insana bulaşması tavuk çiftliklerinde çalışanlarda ve ailelerinde çok sınırlı da olsa rapor edilmiştir (5, 6, 11, 12).

Katılımcıların büyük bir bölümü hastalıktan korunmada kanatlı hayvan etini haşlamanın uygun bir yöntem olduğunu bilmektedir. Et en az 70 °C'nin üstünde tam olarak pişirilmelidir (5, 13). Bu sonuç insanların uygun pişirme

yöntemlerini kullanarak hastalıktan korunabileceklerini göstermektedir.

Katılımcıların yaklaşık yarısı salgından sonra tavuk ve yumurta tüketiminin azaldığını, araştırmanın yapıldığı dönemde katılımcıların çoğu tavuk ve yumurtayı tükettiğini, tama yakını ise ambalajlı ürünleri tercih ettiğini belirtmiştir. Bu bulgular, salgın döneminden sonra kişilerin önceki beslenme alışkanlıklarına geri döndüğünü, ancak ambalajlı ürün tercih ederek bazı davranış değişikliği geliştirdiklerini düşündürmektedir. Katılımcıların büyük bir bölümü, yeni bir salgın durumunda tavuk ve yumurta tüketmeyeceklerini açıklamışlardır. Öğrenim durumu yüksek olan katılımcıların tavuk ve yumurtayı diğerlerine göre daha fazla tüketiyor olmaları, saklama ve pişirme yöntemlerini biliyor ve uyguluyor olmalarından kaynaklanabilir.

Araştırmaya katılanların büyük çoğunluğu bir kuş gribi salgını olması durumunda kanatlı hayvan eti ve yumurta yemeyeceklerini belirtmişlerdir. Ancak sağlıklı üretilen, uygun biçimde ambalajlanmış tavuk, tavuk ürünleri ve yumurta, uygun pişirme yöntemiyle hazırlandığında, tüketici sağlığı açısından sakınca yaratmamaktadır. Bu nedenle, salgın durumunda kanatlı hayvan eti ve yumurtayı yememek gibi bir görüş tam olarak doğru değildir. Çalışmada, öğrenim düzeyi ortaokul ve üstünde olan kişiler ve erkekler, salgın durumunda görece daha çok tavuk ve ürünleri tüketiminde bulunacaklarını bildirmişlerdir. Bu da öğrenim durumunun salgında doğru davranabilmeyi etkilediğini düşündürmüştür. Ancak salgın durumunda çocuklarına kanatlı hayvan eti ve yumurta yedirme durumlarına bakıldığında, öğrenim düzeyinin bu konuda pek de anlamlı bir fark oluşturmadığı dikkat çekicidir. Bu durum, insanların özellikle çocukları söz konusu olduğunda bilgilerine güvenemediklerini düşündürmektedir.

Katılımcıların yarısı hastalığa karşı korunma bilgisinin yetersiz olduğunu, tamamına yakını konu ile ilgili eğitim almadığını ve bu konuda eğitimin önemini vurgulamıştır. Katılımcıların çoğunun konu ile ilgili bilgi kaynağı televizyon ve radyodur. Birinci basamak sağlık kuruluşları ise çok az kişi tarafından bilgi kaynağı olarak kullanılmaktadır. Oysa, katılımcıların çoğu, konu ile ilgili eğitim almak istemektedir. Bu durum, kişilerin sağlık ocağının hizmetlerinden



olan sağlık eğitimini bilmiyor olmalarından ya da sağlık ocağının bu hizmeti yerine getirmediğinden olabilir. Sağlık ocaklarında konu ile ilgili eğitimlerin dzenlenmesi gerekmektedir.

Katılımcıların önemli bölümü, kuş gribinin, bir ülkede daha çok ekonomik kayba yol açabileceğini görüşündedir. Katılımcıların yarısı kuş gribinin beslenme bozukluğuna neden olabileceğini düşünmektedir. Bu ise, tavuk ve tavuk ürünlerinin bu kişiler tarafından 'ucuz protein' kaynağı olarak görülmesinin bir yansıması olabilir. Hastalığın turizm gelirlerinde kayba neden olabileceği de belirtilmiştir, ancak her ne kadar bu düşünceler büyük bir paya sahip olsa da, beklenen değerlerin altındadır. Kuş gribi bütün bu zararlar yanında, insan ölümlerine de yol açmaktadır. Türkiye'deki tavukçuluk sektörünün salgından sonra içine düştüğü durum, insanların bu hastalıktan ölmeleri, medyada yaratılan panik havası bu hastalığın önemini ortaya koymaktadır. Kuş gribinin yineleyebilecek bir hastalık olması ayrı bir kaygı kaynağıdır. Sonuçlar değerlendirildiğinde, verilen yanıtların katılımcıların kuş gribi hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığını, daha ayrıntılı bilgi ve eğitime gereksinimleri olduğunu göstermektedir.

#### Öneriler

Kuş gribi hakkında daha fazla eğitim yapılmalıdır. Sağlık ocakları bu konuda daha etkin rol almalıdırlar. Televizyon ve radyolar kuş gribi konusunda daha içerikli ve eğitici programlar yapmalıdırlar. Sağlıklı üretilen tavuk ve tavuk ürünlerinin uygun pişirme yöntemiyle hazırlandığında halkın tüketiminde sağlık açısından bir sorun yaratmayacağı vurgulanmalıdır.

**İletişim:** Dr. Funda Sevensan

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

#### Kaynaklar

- 1- Nicholson KG, Wood JM, Zambon M. Influenza. Lancet; 2003 Nov 22; 362(9397):1733-45.
- 2- Avian İnfluenza: Pandemi Değerlendirmesi ve Sağlık Bakanlığının Bu Konuda Yaptığı Çalışmalar. [http://www.saglik.gov.tr/extras/birimler/temel/pandemi\\_değerlendirme.pdf](http://www.saglik.gov.tr/extras/birimler/temel/pandemi_değerlendirme.pdf) (06.07.08)
- 3- Ceyhan M. Avian influenza (kuş gribi, tavuk vebası): Yaşadığımız bir salgının ardından. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2006; 49: 81-89
- 4- Werner O, Harder TC. Avian Influenza. Influenza Report 2006. Edi: Kamps BS, Hoffmann C, Preiser W. Flying Publisher. (11.07.08) <http://www.influenzareport.com/influenzareport2006.pdf>



## İNSAN SAĞLIğI İÇİN HAYVAN SAĞLIğI

YCanbulat 09

- 5- Pandemi İnfluenza Ulusal Faaliyet Planı. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara, Nisan 2006. (11.07.08) <http://www.grip.saglik.gov.tr/UPP.pdf>
- 6- Strategic actions and expected results. Reduce human exposure to the H5N1 virus. WHO strategic action plan for pandemic influenza. World Health Organization. (11.07.08) [http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/StregPlanEPR\\_GIP\\_2006\\_2.pdf](http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/StregPlanEPR_GIP_2006_2.pdf)
- 7- Buzgan T, Uzun R. Avian İnfluenza: Genel Değerlendirme ve Bu Konuda Yapılan Çalışmalar. Aylık Epidemiyoloji Raporu. Ocak-Şubat-Mart 2006; Cilt:5 Sayı:1 p:170. (06.07.2008) [www.rshm.gov.tr/sbdiyalog/aer/cilt5-2006/5-1%202006%20AER.doc](http://www.rshm.gov.tr/sbdiyalog/aer/cilt5-2006/5-1%202006%20AER.doc)
- 8- Cumulative Number of Confirmed Human Cases of Avian Influenza A/(H5N1) Reported to WHO. 30 April 2008 (11.07.08) [http://www.who.int/csr/disease/avian\\_influenza/country/cases\\_table\\_2008\\_04\\_30/en/print.html](http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/country/cases_table_2008_04_30/en/print.html)
- 9- H5N1 avian influenza: Timeline of major events. (11.07.08). [http://www.who.int/csr/disease/avian\\_influenza/ai\\_timeline/en/index.html](http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/ai_timeline/en/index.html)
- 10- T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu "Nüfus ve İstatistik Göstergeleri" (06.07.2008) [www.die.gov.tr](http://www.die.gov.tr)
- 11- Tezer H, Seçmeer G. Kuş Gribi (avian influenza) İnfeksiyonları. Hacettepe Tıp Dergisi. 2005; 36:216-221.
- 12- Acar A, Beşirbellioğlu B. Kuş Gribi (Avian Influenza). TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2005; 4 (6).
- 13- Kamps BS, Reyes-Terán G. İnfluenza 2006. Influenza Report 2006. Edi: Kamps BS, Hoffmann C, Preiser W.



Eda Köksal\*, Gülden Pekcan\*

### Öz

İyot yetersizliği, önlenebilir mental retardasyonun en önemli nedenlerinden biridir ve özellikle iyot yetersizliğindeki maternal hipotroidizme karşı fetal beyin savunmasızdır. Gebelik sırasında hafif ya da subklinik maternal hipotroidizm bile yenidoğanın mental gelişimini etkileyebilir. Bu çalışma gebe kadınların iyotlu tuz kullanma durumları ile idrar iyot miktarlarının yeni doğanın idrarla iyot atımına etkisini incelemek amacıyla planlanmış ve yürütülmüştür. Araştırma, Afyon Zübeyde Hanım Kadın ve Çocuk Hastanesi Kadın Doğum Polikliniğine başvuran gebeliğinin ikinci trimesterinde bulunan 18-35 yaş arasında ( $x \pm SEM$ :  $24.1 \pm 0.44$  yıl), gönüllü, sağlıklı toplam 111 gebe kadın üzerinde prospektif uzunlamasına bir çalışma olarak yürütülmüştür. Tüm gebelere anket formu uygulanmış, hem gebelerin, hem de yeni doğanların idrarla iyot atım miktarları Sandell-Kathoff yöntemi ile analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesi SPSS 10.0 programında yapılmıştır. Gebe kadınların %71.2'si ilkökul mezunudur ve %39.6'sının ilk gebeliğidir. Kadınların %21.3'ünün sürekli iyotlu tuz kullandığı ve %93.9'unun kullanması gerektiğini bilmediği için kullanmadığı belirlenmiştir. WHO (Dünya Sağlık Örgütü) ölçütlerine göre gebe kadınların %82'sinde iyot yetersiz iyot alımı belirlenmiş, bebeklerin ise %3.6'sının idrarla iyot atım miktarlarının 5.0- 9.9 mcg/dL arasında (hafif düzeyde iyot yetersizliği) olduğu görülmüştür. Annelerin idrar iyot ortanca değeri 142 mcg/L, bebeklerinin ki ise 153mcg/L olarak bulunmuştur. Anne idrar iyot miktarı ile bebeklerinin idrar iyot miktarı ve doğum ağırlıkları arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur (sırasıyla  $r$ : 0.86,  $r$ : 0.25,  $p < 0.05$ ). İyot yetersizliği hastalıkları, birçok ülkenin sosyal ve ekonomik gelişmesinde önem taşıyan bir halk sağlığı sorunudur ve annelerin diyetleri ile yeterli iyot almaları bebeklerinin sağlığına yansacaktır.

**Anahtar sözcükler:** İyot, iyot yetersizliği, gebelik, yenidoğan.

### Giriş

Gebelik kadın için doğal fizyolojik bir olaydır ve kadının metabolizma düzeni üzerine fetal büyümenin eklendiği değişiklik olarak tanımlanabilir (1). Gebe ve emzikli kadınlar, bebek ve okul çağı çocuklardan sonra toplumun önemli bir risk grubunu oluşturduklarından, beslenme ve sağlık yönünden üzerinde durulması gereken duyarlı gruplardır. Yapılan araştırmalardan elde edilen

### Abstract

Iodine deficiency is one of the leading causes of preventable mental retardation and the fetal brain is particularly vulnerable to maternal hypothyroidism in iodine deficiency. Even mild or subclinical maternal hypothyroidism during pregnancy can impair the mental development of the newborn. The study was planned and conducted in order to determine the use of iodized salt and urinary iodine excretion status in pregnant women and to examine the effects on the newborn urinary iodine excretion. This prospective study was carried out in the Outpatient Clinic of Afyon Zübeyde Hanım Women and Children's Hospital. A total of 111 healthy pregnant volunteers in the second trimester of pregnancy, aged 18-35 ( $x \pm SEM$ :  $24.1 \pm 0.44$  years) were assigned in the study. A questionnaire was completed for every participant and the amount of urinary iodine excretion of both mothers and newborns were analyzed with the Sandell-Kathoff method. SPSS 10.0 programme was used to evaluate the collected data. 71.2% of pregnant women were primary school graduates and 39.6 % were primigravidae. It was found that 21.3% of the pregnant women were using iodized salt and 93.9 % did not use it because they had no awareness on the necessity of it. Urinary iodine excretions were between 50-99 mcg/L in 3.6% of the newborns and in 82% of the pregnant women, indicating a mild iodine deficiency according to WHO criteria. Median urinary iodine excretion of mothers and newborns were 142 mcg/L and 153 mcg/L, respectively. A significant positive correlation was found between maternal and newborn urinary iodine excretion and the birth weight ( $r$ :0.86 and  $r$ :0.25, respectively;  $p < 0.05$ ). Iodine deficiency disorders are a public health problem of great importance in the social and economic development of many countries. Mothers taking sufficient dietary iodine will reflect positively upon the health of their babies.

**Key words:** Iodine, iodine deficiency, pregnancy, newborn.

veriler, ülkemizde sağlık sorunu en fazla olan grubun doğurganlık çağındaki kadınlar ve çocuklar olduğunu göstermektedir (2).

Gebe kadının yeterli ve dengeli beslenmesi ile bebeğin fizyolojik durumu doğrudan ilişkilidir. Erken doğum, prematürelilik ve konjenital bozukluklar çoğunlukla annenin gebelik sırasında iyot yetersiz ve dengesiz beslenmesi durumunda artmaktadır. Çünkü

gebelikte fetüsün büyümesi, annenin aldığı besin öğelerinin plasenta yoluyla fetüsey taşınmasıyla olanaklıdır (3,4).

Önemli beslenme yetersizliği sorunlarından biri de iyot yetersizliğidir. İyot yetersizliği hastalıkları, iyot eksikliği nedeniyle tiroid hormonlarının yetersiz üretiminden kaynaklanan, büyüme ve gelişme üzerinde yaptığı çeşitli etkilerle belirlenen kapsamlı bir deyimdir. Bu etkiler, bireylerde ve toplumda her yaş grubunda görülebilmekte ve iyot eksikliğinin ortadan kaldırılması ile tamamen önlenebilmektedir (5).

İyot yetersizliği günümüzde tümüyle iyot eksikliği olan topraklarda yetişen besin maddelerine bağlı, en az bir milyar kişiyi ilgilendiren, belli başlı bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir (6).

Basit guatr, ülkemizin önemli bir sağlık sorunudur. Ülkemizde Karadeniz, Ege ve Akdeniz'in iç kesimleri, Doğu ve İç Anadolu'da bazı yerlerin guatr bölgesi olarak bildirilmektedir. Ancak ülke genelinde sorunu olmayan bölge yoktur. Ulusal düzeyde 1988 yılında yapılan bir çalışmada tüm popülasyonda guatr prevalansı %30.5 bulunmuştur (7). Guatr, kadınlarda erkeklerden daha sık görülmektedir. Beş yaş üstü kadın nüfusunun %9'u guatrlıdır. Bu oran emzikli kadınlarda %15'e, Karadeniz bölgesindeki kadın nüfusunda %22'ye çıkmaktadır (8). Son yıllarda yapılan çalışmalarda Türkiye'de iyot yetersizliği prevalansı hiçbir bölgede %2'nin altına inmemekte, bazı bölgelerde ise %50'nin üzerine çıktığı bildirilmektedir (9-11).

Maternal iyot yetersizliği, fetal hipotiroidizm, düşükler, ölü doğumlar ve zihinsel geriliğe neden olan kretenizme yol açmaktadır. Sağırılık-dilsizlik, cücelik, spastik displaji gibi kretenizmin sonuçları, hipotiroidizmin hangi döneminde geliştiğine bağlıdır. Hipotiroidizm gebeliğin son döneminde gelişmiş ise nörolojik hasarlar, ilk

dönemdekine göre daha azdır. Kretenizm, maternal iyot yetersizliğinin gebelik öncesi ya da ilk üç ayda düzeltilmesiyle önlenebilir (12-14).

Bu çalışma, 18-35 yaş arası 111 gebe kadının iyotlu tuz kullanma durumları ile idrar iyot miktarlarının yeni doğanın idrarla iyot atımına etkisini incelemek amacıyla planlanmış ve yürütülmüştür.

### Gereç ve Yöntem

Bu araştırma Afyon Zübeyde Hanım Kadın ve Çocuk Hastanesi Kadın Doğum polikliniğine başvuran, gebeliğinin ikinci trimesterinde bulunan 18-35 yaş arasında ( $x \pm SEM$ ;  $24.1 \pm 0.44$  yıl) gönüllü, sağlıklı toplam 111 gebe kadın üzerinde prospektif uzunlamasına bir çalışma olarak Eylül 1998 – Nisan 2000 tarihleri arasında yapılmıştır. Bireylerin demografik özelliklerinin ve iyotlu tuz tüketim durumlarının belirlenmesinde anket formu kullanılmıştır.

Gebelerin idrar örnekleri gebeliğin ikinci trimesterinde, yenidoğanların idrar örnekleri ise doğumdan en az 12 saat sonra olmasına dikkat edilerek toplanmış ve analiz edilinceye kadar  $-18^{\circ}C$ 'de derin dondurucuda saklanmıştır.

İdrar iyot analizinin UNICEF, WHO ve ICCIDD tarafından onaylanmış A'dan G'ye kadar yedi değişik yöntemi vardır. Bu çalışmada ICCIDD'nin kullandığı iki yöntemden biri olan Sandell-Kolthoff reaksiyonunun adaptasyonu "A Metodu" kullanılmıştır. Buna göre analiz edilen idrarlar yenidoğan ve gebeler için WHO/UNICEF/ICCIDD'nin sınıflandırmasına göre, 25 mcg/L'nin altındaki değerler ağır, 25-49 mcg/L orta, 50-99 mcg/L hafif iyot yetersizliği ve 100 mcg/L ve üzeri yeterli düzey olarak değerlendirilmiştir (15). Ayrıca Tablo 1'de verilen gebelere özgü idrar iyot miktarlarına göre de idrar iyot miktarları değerlendirilmiştir (16).

Verilerin değerlendirilmesinde, SPSS 10.0 programı kullanılmıştır. Bireylerden elde edilen verilerin aritmetik ortalama ( $x$ ), standart hata (SEM) ve yüzde değerleri hesaplanmış, nitelik olarak belirtilen değişkenler için ki-kare testi kullanılmıştır. Gebe ile yenidoğanın idrardaki iyot miktarı arasındaki korelasyon " Pearson Korelasyon Katsayısı " ile incelenmiştir (17).

Tablo 1. Gebelerde idrardaki iyot miktarının değerlendirilmesi (16)	
Median İdrar İyot Miktarı (mcg/L)	İyot alımı
< 150	Yetersiz
150- 249	Yeterli
250- 499	Normalden fazla
≥ 500	Aşırı alım

**Tablo 2.** Gebe kadınlara ilişkin genel özelliklerin aritmetik ortalama(x) ve standart hata (SEM) değerleri (n:111)

Genel Özellikler	x	SEM	En Düşük	En Yüksek
Yaş (yıl)	24.1	0.44	18	35
Evlilik yaşı (yıl)	19.2	0.37	13	35
İlk gebelik yaşı (yıl)	20.2	0.39	14	35
Evlilik süresi (yıl)	4.7	0.35	1	15
Yaşayan çocuk sayısı	0.9	0.08	0	4

**Tablo 3.** Araştırmaya katılan gebe kadınların ve eşlerinin eğitim ve meslek durumlarına göre dağılımları

Değişkenler	Kadın		Erkek	
	Sayı	%	Sayı	%
<b>Eğitim Durumu</b>				
Okuryazar değil	4	3.6	-	-
Okuryazar	2	1.8	-	-
İlkokul	79	71.2	54	48.7
Ortaokul	4	3.6	17	15.3
Lise	9	8.1	20	18.0
Yüksekokul	13	11.7	20	18.0
<b>Meslek Durumu</b>				
Ev kadını	98	88.3	-	-
Memur	13	11.7	30	27.0
İşçi	-	-	6	5.4
Ücretli	-	-	13	11.8
Çiftçi	-	-	10	9.0
Serbest meslek	-	-	37	33.3
Emekli	-	-	6	5.4
Öğrenci	-	-	1	0.9
İşsiz	-	-	8	7.2

**Tablo 4.** Gebe kadınların aile bireylerinde guatr görülme ve sağır-dilsiz ve zeka geriliği olma durumlarına göre dağılımları

Değişkenler	Sayı	%
<b>Guatr Görülme Durumu</b>		
Yok	102	91.9
Anne	4	3.6
Kardeşler	3	2.7
Kendisi	2	1.8
<b>Sağır-dilsizlik ve zeka geriliği görülme</b>		
Sağır	1	0.9
Sağır-dilsizlik	1	0.9
Zeka geriliği	5	4.5

### Bulgular

Yapılan çalışmalar, ailelerin sosyokültürel özelliklerinden olan annenin evlilik yaşı, ilk gebelik yaşı, yaşayan çocuk sayısı, anne ve babanın eğitim durumunun, annenin ve doğacak bebeğin sağlık ve beslenme durumunu etkilediğini göstermektedir (2). Gebe kadınlara ilişkin genel özelliklerin ortalamaları ( $x \pm SEM$ ) Tablo 2'de verilmiştir.

### Nüfus sayımı

2000 yılı sonuçlarına göre, doğurgan çağdaki 15-49 yaş grubu kadınlar nüfusun %27'sini oluşturmakta ve bu grupta bulunan kadın nüfusunun 18.2 milyon olduğu bilinmektedir (18).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması-TNSA; 1998 (19) ve 2003 (20) sonuçlarına göre, en yüksek doğurganlık hızı 20-24 yaş grubunda ve evlilik süresi 0-4 yıl arasındadır. Bu araştırmada, kadınların yaş ortalaması ( $\pm SEM$ )  $24.1 \pm 0.44$  yıl ve evlilik süresi ortalaması  $4.7 \pm 0.35$  yıl bulunmuştur (Tablo 2).

1998 (19) ve 2003 (20) TNSA'da ise evlenme yaşı ortanca değeri sırasıyla 19.7 ve 20 yıl olarak saptanmıştır. Bu araştırmada kadınların evlilik yaşı ortalaması ( $x \pm Sx$ )  $19.2 \pm 0.37$  yıldır ve %56.8'inin evlilik yaşı 15-19 yaş arasındadır (Tablo 4.2). Bu değer aynı zamanda Afyon ilinin de içinde bulunduğu Orta Anadolu Bölgesi'ndeki 1998 yılı ve 2003 yılı evlenme yaşı ortanca değerleri olan 19.3 yıl ve 19.5 yıl ile uyumludur (19,20). Genç



Tablo 5. Gebe kadınların eğitim durumlarına göre iyotlu tuz kullanma durumlarına göre dağılımları (n:111)				
Eğitim Durumu	İyotlu Tuz Kullanma Durumu			
	Evet		Hayır	
	Sayı	%	Sayı	%
Okuryazar değil	-	-	4	100.0
Okuryazar	-	-	2	100.0
İlkokul	10	12.7	69	87.3
Ortaokul	2	50.0	2	50.0
Lise	7	77.8	2	22.2
Üniversite	10	77.0	3	23.0
<b>Toplam</b>	<b>29</b>	<b>26.1</b>	<b>82</b>	<b>73.9</b>

$\chi^2: 37.403, p<0.01$

Tablo 6. Gebe kadınların ve bebeklerinin idrar iyot miktarlarına göre dağılımları				
İdrarla İyot Atımı (mcg/L)	Kadın		Erkek	
	Sayı	%	Sayı	%
50-99 (Hafif İY)	10	9.1	4	3.6
>100 (Yeterli)	101	90.9	107	96.4
<b>Gebelere özgü İİA (mcg/L)</b>				
<150 (Yetersiz iyot alımı)	91	82.0		
150-249 (Yeterli iyot alımı)	20	18.0		

yaşta yapılan evlilikler, kadının sağlığı ile doğrudan ilgisi olan gebelik, doğum, emzicilik gibi anne sağlığına yönelik olayların erken yaşta ortaya çıkmasına yol açmaktadır (2). Görüldüğü gibi, aradan geçen yıllar içinde ülkemizde kadınların evlenme yaşlarında bölgesel farklılıklar olmasına karşın, çok büyük değişiklik olmadığı da görülmektedir. Bu da çalışmaya katılan ailelerin eğitim düzeylerinin düşük olmasından kaynaklanmış olabilir. Araştırma kapsamındaki gebe kadınların %71.2'si ilkokul mezunudur. Öğrenim durumu toplumun sosyal yapısını belirleyen önemli bir etmendir. Tablo 3'te görüldüğü gibi, gebe kadınların %71.2'sinin ilkokul, %11.7'sinin ise yüksekokul mezunu olduğu bulunmuştur. Eşlerinin ise %48.7'si ilkokul, %18.0'i lise ve %18.0'i yüksekokul mezunudur. Gebe kadınlar meslek durumlarına göre incelendiğinde, %88.3'ünün ev kadınının olduğu görülmektedir. Erkeklerin %33.3'ü serbest meslek sahibi, %27'si ise memurdur.

Adolesan, gebelik, emzicilik gibi dönemlerde vücudun iyot gereksinimi artmaktadır. Bununla birlikte bireyin yaşadığı çevre koşullarında iyot yetersiz ise, tiroid bezi, gereksinimi sağlamak için daha çok çalışarak hipertrofiye ve hiperplaziye uğramakta ve

guatr oluşmaktadır (21). Aynı aile fertlerinde ve aynı toplumun bir kısmında tiroid hiperplazisinin saptanması genetik etmenin rolünün incelenmesini gerektirmektedir. Aynı beslenme koşullarına uyan, aynı emosyonel reaksiyonlarla karşı karşıya kalan bir çevrede gelişen tiroid hiperplazisinde, genetik defekte düşen payı değerlendirmek oldukça güçtür. Bu konuda yapılan incelemeler henüz kesin bir sonuç çıkarmaya yeterli değildir. Bununla birlikte, bazı nodüller guatlarda, nodül dışı dokunun tamamıyla normal karakterini koruması, bir kısım nodülün hiperaktif, bir kısmının ise hipoaktif nodüller guatr olarak gelişebilmesi, tiroid hiperplazisine neden olan etmenler arasında genetik özelliklerin rolünü düşündürmektedir (22).

Bu çalışmada gebe kadınların %9.1'inin ailesinde ve kendisinde guatr olduğu belirlenmiştir. Gebe kadınların %3.6'sının annesinde, %2.7'sinin kardeşlerinde ve %1.8'inin ise kendisinde guatr olduğu saptanmıştır (Tablo 4). İyot yetersizliğinde sağırılık-dilsizlik ve zeka geriliği gibi sorunlar sıklıkla görülmektedir (22). Ailelerinde bu gibi sorunlar olan 7 gebenin %0.9'unun ailesinde sağır, %0.9'unun sağır-dilsiz ve %4.5'inin zeka geriliği olan bireylerin olduğu bulunmuştur

(Tablo 4). Bu bulgular Afyon'da yaşayan gebe kadınlarda iyot eksikliğine bağlı endemik guatr durumunun önemli bir sorun olmadığını destekler düzeydedir.

İyot yetersizliği hastalıklarını önleme yöntemlerinden biri olan iyotlu tuz ile profilaksi, özellikle endüstrileşmiş toplumlar için önerilen bir yöntemdir (23). Ülkemizde de bu yöntem kullanılmaktadır. Ancak bu araştırmaya katılan kadınların yalnızca %26.1'inin sürekli iyotlu tuz kullandığı saptanmıştır (Tablo 5). Oysaki 9 Temmuz 1998 tarihinde, Türk Gıda Kodeksi Yemelik Tuz Tebliği, 23397 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır. Bu doğrultuda ülkedeki tüm sofralık tuzların iyotla zenginleştirilmesi zorunlu kılınmıştır. Yine 15 Ağustos 2000 tarih ve 24141 sayılı Resmi Gazete özel hükümler Madde 15 olarak "iyot tüketmemesi gereken kişiler için, ambalaj büyüklüğü 250 gr'ı geçmemek kaydı ile sofralık iyotsuz tuz üretimi yapılmalıdır" ibaresi eklenmiştir (24). Son olarak ise, Türk Gıda Kodeksi Tuz Tebliği 23.01.2008'de bazı düzenlenmeler yapılarak yayımlanmıştır. Bu çalışma Eylül 1998- Nisan 2000 tarihleri arasında yürütülmesine karşın iyotlu tuzun kullanımı oldukça düşük düzeylerde saptanmıştır. Bunun yanında, gebe kadınların eğitim düzeylerine göre iyotlu tuz kullanma durumları incelendiğinde, eğitim düzeyi arttıkça iyotlu tuz kullanma oranının arttığı belirlenmiştir ( $\pm 2$ : 37.403,  $p < 0.01$ ) (Tablo 5). Ülke genelinde eğitim etkinliklerine hız verilmesi ve halkın bilinçlendirilmesi ile ilerleyen yıllar içinde bu sorun ortadan kalkabilecektir.

Kirkizoğlu ve Pekcan'ın (9) yaptığı çalışmada bireylerin iyotlu tuz kullanmama nedeni %77 oranında kullanması gerektiğini bilmediği biçimindedir. Bu çalışmada ise bu oran %93.9'dur (Tablo 5). Bu sonuçlar, ülke genelinde iyotlu tuz kullanılmasına yönelik beslenme eğitimi çalışmalarının gerekliliğini bir kez daha ortaya koymaktadır.

İyot yetersizliği hastalıkları, birçok ülkenin sosyal ve ekonomik gelişmesinde önem taşıyan bir halk sağlığı sorunudur (23). İdrarla iyot atımı, diyetle alınan iyot miktarının iyi bir göstergesidir. Özellikle yeni doğanda kan TSH düzeyi ve idrarla iyot atımı, hipotiroidizmin tanısında çok önemlidir (5, 6, 23).

Almanya'da 1989'dan beri iyotlu tuz kullanılmakta, gebelik ve emzilik döneminde

iyodat tabletleri önerilmektedir. Bu uygulamaların etkilerini ve sonuçlarını görebilmek için Roth ve ark (25), Almanya'da iyot yetersizliği olan üç bölgede 1982 yılında yaptıkları araştırmanın sonuçları ile 1998'de yapılan araştırmanın sonuçlarını karşılaştırmak için 52 annenin ve bebeğinin idrar iyot atım miktarlarını analiz etmişlerdir. Buna göre 1998'de yaşamın ilk haftasında saptanan ortalama idrar iyot konsantrasyonu (4.3 mcg/dL), 1983'de saptanan (1.75 mcg/dL) miktardan yaklaşık iki kat daha fazla bulunmuştur ve annelere iyot katkısı yapılmasının bebek için olumlu sonuçlar doğuracağı sonucuna varılmıştır.

Urban ve ark. (26), tarafından Polonyo'da yapılan diğer bir çalışmada ise iyot katkısı yapılan ve yapılmayan, kontrol ve deney grubundaki kadınlar ile bebeklerinin idrar iyot miktarları karşılaştırılmıştır. Buna göre idrar iyot miktarı  $< 10$  mcg/ 100 mL olan gebelerin araştırma grubunda %7.7, kontrol grubunda %35.7, bebeklerinde ise sırasıyla, %15.4 ve %57.2 olduğu saptanmıştır.

Kayseri ilinde Kurtoğlu ve ark. (27) tarafından 70 gebe ve yenidoğanlarında yapılan çalışmada, median idrar iyot miktarları normalin çok altında, sırasıyla 30.2 ve 23.8 mcg/L olarak saptanmıştır. Malatya'daki çalışmada ise annelerin ve bebeklerin idrar iyot miktarları yine normal değerlerin altında (54.35 ve 59.56 mcg/L) belirlenmiştir (28). Bu çalışmada ise idrarla iyot atımı  $< 100$ mcg/L /L'in altında olan gebe kadın oranı %9.1, bebek oranı ise %3.6 bulunmuştur. Gebe kadınlara özgü değerlendirmede ise %82'sinin idrarla iyot atımı  $< 150$  mcg/L'nin altında saptanmıştır (Tablo 6). Annelerin ve bebeklerin idrarla iyot atım miktarları ortalama değerleri ise 142 mcg/L ve 153 mcg/L olarak yapılan çalışmalardan yüksek bulunmuştur. Annenin idrarla iyot atımı ile bebeğin atımı ve bebeğin doğum ağırlığı arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla  $r = 0.86$ ,  $p < 0.05$ ).

### Sonuç ve Öneriler

Sonuç olarak, çalışmaya alınan gebelerin %82'si iyodu yetersiz almaktadır ve bu durum bebeğin doğum ağırlığını ve idrar iyot atımını da etkilemektedir. Doğurganlık döneminin her aşamasında (gebelik öncesinde, sırasında ve sonrasında, emzirme öncesi ve sonrasında) anne ve bebeğin sağlığını koruyucu ve

geliştirici politikalar geliştirilmesi son derece önemlidir. Türkiye Durum Belirleme 2007 çalışması sonuçlarına göre, halen Türkiye'nin %27.8'inde ciddi orta derecede iyot yetersizliği sürmektedir. Gebe ve emzikli kadınlara yönelik ulusal düzeyde veriler yetersizdir. Ancak bölgesel yapılan çalışmalardan elde edilen veriler, bu risk grubu için iyot yetersizliğinin önemli bir sorun olduğunu göstermektedir. İyot yetersizliği hastalıkları, birçok ülkenin sosyal ve ekonomik gelişmesinde önem taşıyan bir halk sağlığı sorunudur ve annelerin diyetleri ile yeterli iyot almaları bebeklerinin sağlığına yansiyacaktır.

**İletişim:** Eda Köksal

**E-posta:** ekoksal@hacettepe.edu.tr

### Kaynaklar

- 1- Baysal A. Beslenme, 6.Baskı, Ankara: Hatiboğlu Yayınevi, 1996.
- 2- Türkiye'de Anne ve Çocukların Durum Analizi, TC Hükümeti- UNICEF İşbirliği Programı, Ankara: Yeniçağ Matbaası, 1991.
- 3- Williamson CS. Nutrition in pregnancy, Nutrition Bulletin 2006; 31: 28–59.
- 4- Position of the American Dietetic Association: Nutrition and lifestyle for a healthy pregnancy outcome, ADA Reports, JADA 2002; 102: 10, 1479-1490.
- 5- Hetzel BS. Iodine deficiency disorders (IDD) and their eradication, Lancet 1983; ii, 1126-29.
- 6- Hetzel BS. Ed. ICCIDD. Towards the Global Elimination of Brain Damage Due to Iodine Deficiency. New York: Oxford University Press; NY. 2004.
- 7- Urgancıoğlu I, Hatemi H. Türkiye'de Endemik Guatr, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nükleer Tıp AD, Yayın No: 10, İstanbul: Emek Matbaacılık; 1989.
- 8- Pekcan G, Soydal F, Haznedaroğlu D, Çelik Ş, Ekşi A. III. Uluslararası Beslenme ve Diyetetik Kongresi, 12-15 Nisan 2000 Panel: Türkiye'de beslenme yetersizliği sorunları, besin ve beslenme politikaları, Beslenme ve Diyet Dergisi 2001; 30:1, 45-57.
- 9- Kırkızıoğlu E, Pekcan G. Ankara ili Çubuk ilçesi Kuruçay ve Kışlacık köylerinde iyot yetersizliği hastalığı prevalansı, idrarla iyot atımı ve iyotlu tuz kullanımı, Beslenme ve Diyet Dergisi, 2001; 30:1,12-8.
- 10- Yordam N, Ozon A, Alikasifoğlu A, et al. Iodine deficiency in Turkey. Eur J Pediatr 1999; 158 (6): 501-505.
- 11- Erdoğan G, Erdoğan MF, Emral R, et al. Iodine status and goiter prevalence in Turkey before mandatory iodization. J Endocrinol Invest 2002; 25: 224-228.
- 12- Delange F. Iodine requirements during pregnancy, lactation and the neonatal period and indicators of optimal iodine nutrition. Public Health Nutr 2007;10:1571–1580.
- 13- de Escobar GM, Obrego'n MJ, del Rey FE. Maternal thyroid hormones early in pregnancy and fetal brain development. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab 2004;18:225–248.
- 14- Hetzel BS. Iodine and neuropsychological development. J. Nutr. 2000;130, 493S–495.
- 15- Dunn JT, Crutchfield HE, Gutekunst R, Dunn AD. Methods for Measuring Iodine in Urine. Netherlands: ICCIDD/UNICEF/WHO; 1993.
- 16- Zimmermann MB. Iodine deficiency in pregnancy and the effects of maternal iodine supplementation on the offspring: a review. Am J Clin Nutr 2009; 89(suppl):668-72.
- 17- Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. Biyoistatistik, 8. Baskı, Ankara:Hatiboğlu Yayınevi; 1998.
- 18- Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE). 2000 Nüfus Sayımı: Nüfusun Sosyal ve Ekonomik Nitelikleri. Ankara: DİE; 2003.
- 19- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 1998. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü ve Macro International Inc., Ankara: Sağlık Bakanlığı; 1999.
- 20- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü; 2004.
- 21- Vermiglio F, Lipresti VP. Enhanced iodine concentrating capacity by the mammary gland in iodine deficient lactating women of an endemic goiter region in Sicily, J Endocrin Invest 1992; 15: 137-142.
- 22- Hetzel BS. Interrelationships between selenium deficiency, iodine deficiency and thyroid hormones, Am J Clin Nutr 1993; 57 (suppl), 236-242.
- 23- WHO, UNICEF, ICCIDD. Assessment of Iodine Deficiency Disorders and Monitoring their Elimination A guide for programme managers' Second edition, Geneva: World Health Organization; 2001.
- 24- Pekcan G. İyot yetersizliği hastalıkları, çocuklarda önemi ve önlenmesi, Klinik Çocuk Forumu 2004; Kasım-Aralık, 12-24.
- 25- Roth C, Meller J, Bobrzik S, Thal H, Becker W, Kulenkamff D, Lakomek M, Zappel H. Iodine supply of newborns, comparison of iodine absorption and iodine excretion of mother and child, Dtsch Med Wochenschr 2000; 23, 126 (12), 321-5 (Abs. in English).
- 26- Urban G, Wnek M, Bazowska G. Iodine supplementation during pregnancy and its influence on the newborn, Ginekol Pol 2000; 71 (8), 690-4 (Abs. in English).
- 27- Kurtoğlu S, Akçakuş M, Kocaoğlu C, Güneş T, Budak N, Atabek ME, Karaküçük İ, Delange F. Iodine status remains critical in mother and infant in Central Anatolia (Kayseri) of Turkey, Eur J Nutr 2004; 43: 297-303.
- 28- Akıncı A, Saraç K, Güngör S, Mungan I, Aydın O. Brain MR spectroscopy findings in neonates with hypothyroidism born to mothers living in iodine-deficient areas. Am J Neuroradiol 2006; 27:2083–2087.



Selma Şen\*, Dr. Aynur Saruhan\*\*

### Öz

Çok eski çağlardan beri, kadınlar, gebelik, doğum ve loğusalık ile ilgili nedenlerden dolayı yaşamlarını yitirmişlerdir. Kadının doğurganlığı ile ilgili hastalık ve ölüm nedenlerine bakıldığında, bunların önemli bir kısmının önlenilebilir etkenlerden kaynaklandığı görülmektedir. Anne ölümleri en sık kanamalar, toksemiler, enfeksiyonlar ve düşük komplikasyonları nedeniyle olmaktadır.

Anne ölümlerinin üç büyük nedeninden biri olan kanama, anne ve fetusun yaşamını tehdit ettiği gibi annede kaygı yaratması bakımından da önemli bir gebelik komplikasyonudur. Son trimester kanamaları daha çok plasental kökenlidir. Plasenta previa ve abrupsiyo plasentanın yönetimde amaç, erken tanı ve kanamayı önlemek üzere uygun girişimlerin sağlanması, kanamanın neden olduğu şok, Dissemine İntravasküler Koagülasyon (DIC), multisistem bozukluklar, anne ve fetus ölümü gibi komplikasyonların önlenmesidir. Ayrıca intrauterin hipoksi yok ise preterm doğumdan kaçınılmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Gebelik, Plasenta previa, Abrupsiyo plasenta, Kanama.

### Giriş

Toplumların sağlığı anne ve çocukların sağlığının iyi olmasıyla doğrudan ilişkilidir. Her yıl milyonlarca anne ve bebek, gebelik, doğum ve doğum sonrası erken dönemde yetersiz sağlık bakımı, beslenme yetersizliği ve hastalıklardan etkilenmekte ve ölmektedir (1).

Çok eski çağlardan beri, kadınlar, gebelik, doğum ve loğusalık ile ilgili nedenlerden dolayı yaşamlarını yitirmişlerdir. Bu olgu pek çok toplumda doğal olarak karşılanmış, kader olarak görülmüş, önleyici bazı uygulamalar gereksiz olarak kabul edilmiştir (1,2,3,4,5).

Anne ve bebek ölümlerinin yüksekliği ülkelerin genel nüfus yapısı ve kalkınmışlık durumu ile yakından ilişkilidir. Anne ölümlerinin nedenlerine sağlık hizmetleri açısından bakıldığında, sunulan hizmetin erişilebilirliği ve niteliği önemli görülmektedir. Bu hizmetler gebelik öncesi ve sırasında, doğum ve doğum sonrasında sunulan

### Abstract

Since the old ages, women have lost their lives from causes related to pregnancy, childbirth and puerperium. When the diseases related to female fertility and the causes of death are examined, it can easily be seen that the majority of them result from preventable factors. Maternal deaths occur most frequently due to bleeding, toxemia, infections and complications of abortion. P Hemorrhage, which is one of the three main causes of maternal deaths, is an important complication of pregnancy since it causes anxiety in mothers as well as threatening the lives of both the mother and the fetus. Third trimester hemorrhages are usually of placental origin. The purpose in the management of placenta previa and abruptio placenta is EARLY DRAGNESIS AND appropriate interventions in order to prevent hemorrhage, and complications such as shock, disseminated intravascular coagulation (DIC), multisystem disorders, and maternal or fetal deaths resulting from hemorrhage. In addition, preterm delivery should be avoided in the absence of intrauterine hypoxia.

**Key words:** Pregnancy, Placenta previa, Abruptio placenta, Hemorrhage.

hizmetleri kapsamaktadır. Diğer taraftan annelerin ve anne adaylarının beslenme ve genel sağlık durumu, sahip olduğu çocuk sayısı, eğitim düzeyi, sağlık bilinci, ailede kadına ayrılan kaynaklar ve kadının statüsü gibi birçok sosyal ve ekonomik etmen, anne sağlığını ve ölümlerini etkilemektedir. Bu nedenlerle anne ölümleri ülkelerin kalkınmışlık düzeyinin bir göstergesi olarak kullanılmaktadır (6).

Her gün 1400, her yıl da 500 binden fazla kadın, gebelik ve doğuma bağlı nedenler ile yaşamını yitirmekte ve trafik kazası nedeniyle iki kişi ölümler, bir anne ve 20 bebek önlenilebilir ve tedavi edilebilir nedenlerle ölmektedir (1).

Kadının doğurganlığı ile ilgili hastalık ve ölüm nedenleri önemli ölçüde önlenilebilir etkenlerden kaynaklanmaktadır. Anne ölümleri



en sık kanamalar, toksemiler, enfeksiyonlar ve düşük komplikasyonları nedeniyle olmaktadır. Anne sağlığını etkileyen anneye ilişkin etmenler; doğum yaşı, doğum sayısı, gebelik aralığı gibi doğurganlık özellikleri ile genel sağlık durumudur (7, 8, 9, 10).

### **Son Trimestir Kanamaları**

Gebelikte vajinal kanama ciddi potansiyel sorunların bir belirtisidir. Kanama, anne ve fetusun yaşamını tehdit ettiği gibi, annede kaygı yaratması açısından da önemli bir gebelik komplikasyonudur. Aynı zamanda anne ölümlerinin üç büyük nedeninden biridir (11).

Son trimester kanamaları gebeliğin üçüncü trimestrinde gözlenen, maternal ve/veya fetal morbidite ve mortaliteyi artırabilen klinik durumlardır. Geç gebelik kanamalarının en sık karşılaşılan üç nedeni; (12).

1. Plasenta previa,
2. Ablasyo plasenta,
3. Vasa previa.

Yukarıdaki durumlar geç gebelik kanamalarında ilk akla gelen kanama nedeni olmakla birlikte;

1. Servikal karsinom,
2. Polipler,
3. Vajinal laserasyonlar,
4. Eski sezaryen skarının ayrılması,
5. Erken servikal dilatasyon gibi farklı

patolojilerin kanama nedeni olabileceği unutulmamalıdır (12).

Ayrıca, olguların yaklaşık %50'sinde kanamanın orjini ve nedeninin tüm değerlendirmelere karşın saptanamayacağı bilinmelidir (12).

Kanamalar daha çok plasental kökenlidir. Plasanta anomalileri yüksek riskli doğum eylemine ya da acil obstetrik girişimlere yol açabilirler. Ayrıca anne ve fetüste kanama, hipoksi ve hatta ölüme neden olabilirler (13). Plasental kökenli kanamaların iki ana nedeni Plasenta previa ve ablasio plasentadır.

Plasenta previa ve ablasio plasentanın yönetimi fiziksel muayene ve kanama kökeninin ultrasonografi (USG) ile değerlendirilmesini içermektedir (14). Yönetiminde amaç; erken tanı ve kanamayı önlemek üzere uygun girişimlerin sağlanması, kanamanın neden olduğu şok, dissemine intravasküler koagülasyon (DIC), multisistem bozukluklar, anne ve fetüs ölümü gibi

komplikasyonların önlenmesidir. Ayrıca intrauterin hipoksi yoksa, preterm doğumdan kaçınmaktır (15).

### **Plasenta Previa**

#### **Tanımı**

Plasenta normalde uterus kavitesinin üst segmentine, ön ya da arka duvara yerleşir. Plasenta previa, plasentanın kısmen ya da tümüyle uterus alt segmenti içinde yer almasıdır (12,13,15,16,17). Plasenta previa gebelikte yaygın olarak görülen bir komplikasyon değildir (13). Plasenta previa tüm gebeliklerin yaklaşık yüzde 0.3-0.8'inde ya da her 200 gebelikte bir görülür (12,13,15,16,17). Ancak sonuçları anne ve bebek yaşamını çok ciddi biçimde etkilemektedir (13). Yapılan çalışmalar göstermiştir ki, plasenta previa olgularının yüzde dördü 20-24. gebelik haftalarında belirlenmekte ve yalnızca yüzde 0.4 olguda gebelik terme kadar sürmektedir (18).

Plasenta previa dört biçimde gözlemlenir (12,13,17): (Grade 1, 2, 3, 4) (Şekil 1).

#### **Etiyoloji**

Plasenta previanın gerçek nedeni bilinmemektedir (12,13,15):

#### **Etyolojide yer alan nedenler; (12,13,15,18).**

- Önceki plasenta previa,
- Abortus,
- Önceki sezaryen doğum,
- Artmış parite ya da sık aralıklarla doğum,
- Hipertansiyon,
- Diyabet,
- Uterus skar ve patolojileri,
- Plasenta patolojileri,
- İlaç bağımlılığı,
- Sigara kullanımı,
- İleri anne yaşı,
- Çoğul gebelik.

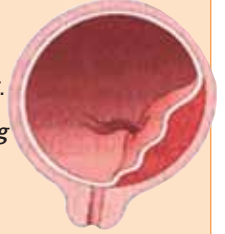
#### **Klinik**

Plasenta previa genellikle ikinci ya da üçüncü trimesterde ani ve ağrısız vajinal kanama ile ortaya çıkmaktadır (13). Kanama ağrısızdır, çünkü membranlar kapalı ve komşu dokularda basınç yoktur. Ancak çoğu olguda kanama başlamadan önce ultrasonografi ile



**Grade 1. Aşağı Yerleşimli Plasenta Previa:** Plasenta alt segmente yerleşiktir. Ancak plasenta kenarı internal os sınırına yakın olmakla birlikte, os düzeyine ulaşmamıştır.  
<http://media.photobucket.com/image/Placenta%20Previa/didi775/previa.jpg>

**Grade 2. Marjinal Plasenta Previa:** Plasenta kenarı, internal servikal os sınırındadır.  
<http://media.photobucket.com/image/Placenta%20Previa/didi775/previa.jpg>



**Grade 3. Parsiyel Plasenta Previa:** İnternal servikal os plasenta ile kısmen kapatılmıştır.  
<http://media.photobucket.com/image/Placenta%20Previa/didi775/previa.jpg>

**Grade 4. Total Plasenta Previa:** İnternal servikal os plasenta ile tamamen kapatılmıştır.  
<http://media.photobucket.com/image/Placenta%20Previa/didi775/previa.jpg>



Şekil 1.

plasenta previa tanısı konulabilmektedir (16). Çoğu hastada travay başlayana kadar kanama gözlenmez. Travay ile başlayan kanama, uterus alt segmentin biçimlenmesi ve internal servikal os'un dilatasyonu ile birlikte plasentanın implantasyon alanından ayrılmasına bağlıdır (12).

Kanama çok ya da az olabilir, kendiliğinden durabilir ve daha sonra yeniden başlayabilir. Ayrıca, doğum başlayana kadar kanama olmayabilir, servikal değişiklikler olduğunda plasenta bağlantısı bozulur. Servikal os'un dijital muayenesi, plasental ayrılma ya da plasentanın yırtılmasına neden olabilir. Bu ciddi hemoraji fetüs için büyük risk yaratmaktadır. USG ile plasentanın yerleşimi ve pozisyonu belirlenene kadar, elle muayene hiçbir biçimde yapılmamalıdır. Hızlı kanama ve plasentanın ani ayrılmasına neden olabilen oksitosin indüksiyonu ertelenmelidir (16).

#### Belirtileri

- Ağrısız, parlak kırmızı kanama vardır,
- Kanama hafif orta düzeyde olabilir,
- Prezante kısım yüksekte ve angaje değildir,

- Uterus yumuşaktır ve hassas değildir. Kan plasenta arkasına birikmediğinden uterin hassasiyete neden olmaz,

- Doğum eyleminde uterus kontraksiyonları arasında gevşektir,

- Kan genellikle normal pıhtılaşır,

- Vital bulgular ciddi bir kanama olsa bile yanıltıcı bir biçimde normal olabilir,

- Fetal kalp sesleri (FKS) genellikle normaldir (kan kaybı artıncaya kadar)

- Fetal malprezantasyon (makat, oblik, transvers) görülebilir (12,13,15,16,17).

#### Yönetim

Plasenta previanın yönetiminde belirleyici etmenler; plasenta previanın derecesi, fetüsün gestasyonel yaşı, vajinal kanamanın miktarı ve görünüşüdür (16). Plasenta previanın tanısı genellikle 20. gebelik haftasından önce yapılan rutin USG ile konur (18). Plasenta previanın tanısı doğrulandıktan sonra medikal girişim anne ve fetüse odaklanır (16).

Annenin kardiyo-vasküler durumu stabil, fetüs immatür ve durum güven verici ise USG muayenesi ve monitorizasyon ile anne izlenir.

Bazen uzun süre hospitalizasyon gerekebilir (12, 16). Doğumu ertelemek, doğum kilosunu ve matüritenin artmasını ve kortikosteroid kullanımı ile fetüsün akciğer matürasyon hızının yükselmesini sağlayabilir (16). Kanamanın kesildiği belirlenmiş ve fetüsün durumu iyi ise, hasta taburcu edilebilir (12,16). Şiddetli hemoraji durumunda gestasyonel yaşa karşı doğum başlatılır (13).

Termde gebelerde, plasentanın vajinal doğuma izin verecek düzeyde bir açıklık sağlayıp sağlamadığı değerlendirilir. Placenta previa kuşkusu olan bir gebeye, ani ve bol miktarda kanamaya neden olabileceği için vajinal muayene yapılmamalıdır. Bu yüzden değerlendirmede spekulum muayenesi ve USG bulguları önemli bilgiler verir. Grade üç/dörtte placenta previa olan hastalar yüksek riskli olarak değerlendirilir ve bu olgularda sezaryenle doğum önerilir. Grade bir/ikide placenta previa olan hastalar düşük riskli olarak değerlendirilir ve bu olgularda vajinal doğum önerilir (12).

### **Hemşirelik Yaklaşımı**

Placenta previanın tedavisi gestasyonel yaşa ve kanamanın varlığına bağlıdır. Gestasyonel yaş 36 haftadan daha azsa, kanama hafif (250 ml'den az) ve kadın doğum eyleminde değilse, bekleme tercih edilir (15).

Eğer kadın prenatal bakım almıyorsa ise, placenta previa bulguları ya da ağır kanama olmadığı sürece placenta previa tanısı koymak zor olabilir. Placenta previa kuşkusu varsa, anneye asla vajinal muayene yapılmamalı ya da uterin aktiviteyi uyarıcı davranışlarda bulunulmamalıdır. Fakat spekulum muayenesi ile kanamanın nereden geldiği incelenmelidir (15). Doğum odası sezaryenle ya da vajinal doğum için hazırlanmalıdır (13).

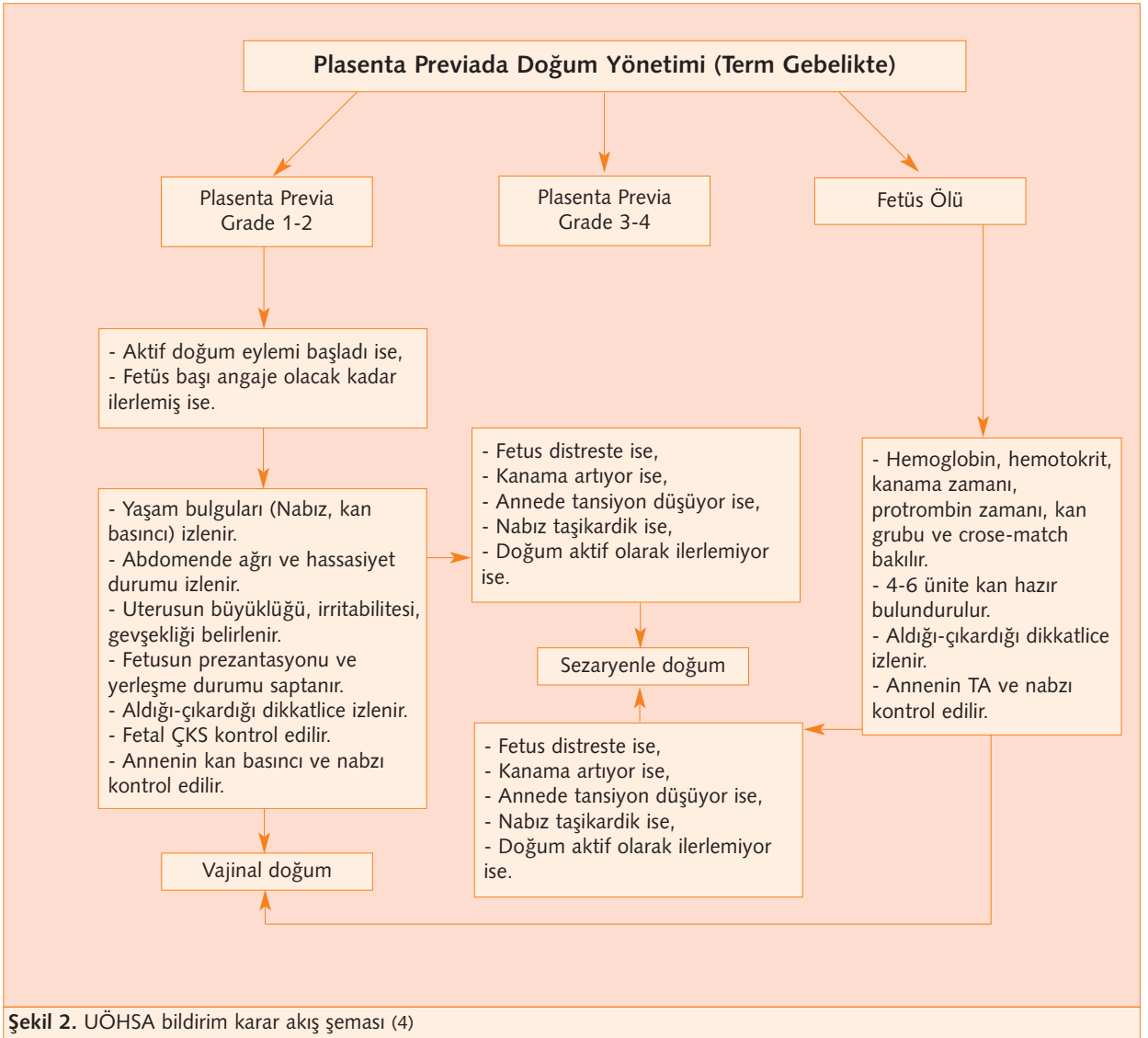
Placenta previa da hemşirelik bakımı, bulgu ve belirtileri, vajinal kanamayı, laboratuvar bulgularını, bakım desteğini ve eğitimi içeren özel bir bakım olmalıdır. Sıklıkla vajinal kanama doğaldır ve uyarıcı bir belirti değildir. Bu durum anne ve ailesi için tehlike belirtisi olarak algılanır (13). Ailenin emosyonel durumunu desteklemek hemşirelik bakımının önemli amaçlarından biridir (17). Bu yüzden hemşire, anne ve ailesine içinde bulunulan durum, potansiyel riskler ve planlanan bakım hakkında gerekli bilgileri vermelidir (13,17).

Kanamaya az miktarda ise, iyi bir bakım ve izlem ile kadın yatak istirahatine alınır. Böylece fetüsün olanaklı olduğu kadar anne karnında kalması sağlanır (13). Hemşirelik izlemi, anne ve bebeğin durumunu ve kanamaya verdiği yanıtı belirlemeye yönelik olmalıdır (17). Kadın hastanede 72 saatlik tam yatak istirahatine alınır. Vajinal kanamanın miktarını belirlemek üzere her saat ped izlemi yapılır. Fetal distresin erken tanınmasını sağlamak üzere ya sürekli fetal monitörizasyon ya da her dört saatte bir Doppler ya da fetoskopiyle FKS izlenir (15). Kadının vital bulguları her on beş dakikada bir denetlenir (17). Fetal sağlığı değerlendirmek üzere genellikle haftada bir nonster test (NST) ve biyofiziksel profil yapılır. Kanama ciddiyetine göre bu testlerin daha sık yapılması istenebilir (15).

Stabilleştikten sonra kadının eve dönmesine izin verilirse kadın, aktivitelerinin sınırlandırılması ve vajinal duş, lavman ya da koitustan kaçınması konusunda mutlaka eğitilmelidir. Kadın hastaneye 15 dakika uzaklıkta bulunmalı, telefonu olmalı, nakil için hazır bulunmalı ve evde ailenin çok yakın denetiminde olmalıdır. Fetal aktive çizelgesi günlük olarak tutulmalı ve haftalık olarak NST ya da biyofiziksel profil yapılmalıdır (15).

Uzun süreli hospitalizasyonda uğraş ve eğlence terapisi kadına yardımcı olabilir. Sosyal destek için danışmanlık, ailenin kaygısının giderilmesi ve ziyaret saatlerinin düzenlenmesi sağlanmalıdır. Fiziksel aktivite sınırlanmasında, cilt durumunun tanınması ve hijyene dikkat edilmesi hemşirelik bakımı açısından önemlidir. Annenin yatak istirahatine alındığı yatak, cilt ve dokulara zarar vermeyecek biçimde hazırlanmalı ve annenin rahatlığı sağlanmalıdır (13).

Aktif vajinal kanamada perine, kanama durumu yönünden sık sık kontrol edilmelidir. Kanama durumunda önemli bir artış var ise, hemen hekime rapor edilmelidir. Kadının vital bulguları her beş dakikada bir izlenir (17). Akut kanama durumunda ise, hızlı bir biçimde iv damaryolu açıklığı sağlanmalıdır. Kan transfüzyonu için kanamanın tipi ve genel durum değerlendirilmelidir. Hemoglobün, hematokrit, kanama zamanı, protrombin zamanı, kan grubu ve cross-match yapılarak kan transfüzyonu yapılır, oksijen verilir ve sezaryenle doğum gerçekleştirilir (13).



Şekil 2. UÖHSA bildirim karar akış şeması (4)

Yenidoğanın fizyolojik adaptasyonunun sağlanması diğer önemli hemşirelik girişimlerindedir. Yenidoğanın hemoglobini, hücre hacmi, eritrosit miktarı hemen değerlendirilmelidir. Gerekli ise yenidoğana oksijen desteği verilmeli ve kan değerlerinin yönetimi için özel bir hemşirelik bakımı yapılmaktadır (17).

### **Ablasyo (Abrupsiyo) Plasenta**

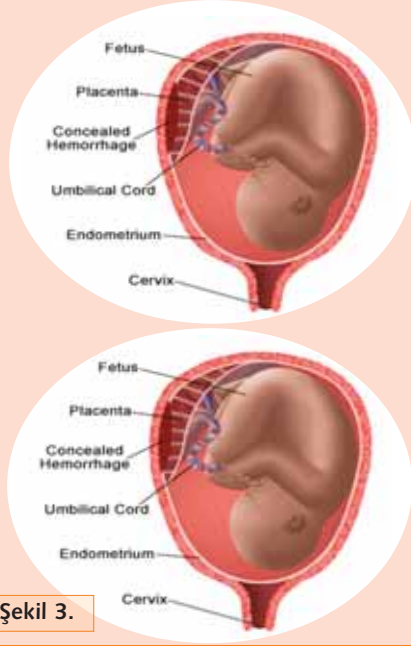
#### **Tanım**

Ablasyo plasenta, normal implante olan plasentanın gestasyonun 20. haftasından sonra uterus desiduasından erken ayrılmasıdır (13,14,16). Ablasyo plasenta 150 doğumda bir meydana gelmektedir. Bu durum çoğunlukla gebelik hipertansiyonu ile ilişkilidir (13).

Ablasyo plasenta, hastalık şiddetine göre üç alt grupta değerlendirilir (13).

- Hafif (Grade1),
- Orta (Grade2),
- Ciddi (Grade3) ablasyo.
- Uterusun kanlanma bozuklukları,
- Preeklampsi,
- Daha önce ablasyo plasenta risk yüzde 10,
- Genç ve ileri anne yaşı,
- Karın bölgesine olan doğrudan travmalar,
- Psikolojik travmalar,
- Amnion sıvısının birden boşaldığı durumlar,
- Sigara kullanımı,
- İlaç bağımlılığı,
- Erken membran rüptürü,
- Çoğul gebelik,
- Umbilikal kord insersiyonu,





Şekil 3.

### Hafif (Grade 1) Ablasyo (Marjinal):

Klinik olarak doğumdan önce tanı konulamaz, postpartum incelemede retroplasental pıhtı varlığı ile tanı konur (12,13).

**Orta (Grade 2) Ablasyo (Parsiyel):** Ablasyonun klasik belirtileri vardır, ancak fetüs canlıdır (12,13).

**Ciddi (Grade 3) Ablasyo (Total):** Fetüs ölmüştür ve koagulopati olabilir (12,13).

### Etiyolojisi

Ablasyo plasentanın nedeni çoğunlukla bilinmemektedir. (17). En önemli risk faktörü preeklamsidir (12, 17, 18).

[http://images.main.uab.edu/healthsys/ei\\_0356.jpg](http://images.main.uab.edu/healthsys/ei_0356.jpg)

- Önceki fetüs kayıpları,
- Sık ve çok doğum,
- Düşük öyküsü.

### Klinik

Ablasyo plasentada, desidua bazalis içine olan kanama sonucu hematom gelişimi, hidrostatik basıncı artırır. Hematom alanı küçük kendini sınırlayıcı tarzda olabileceği gibi çok daha büyük boyutlarda da olabilir. Bazı olgularda hematom plasentanın kenarına ve servikse kadar ulaşamaz ve kanama kısmen ya da tamamen gizli kalabilir (12). Ablasyo plasentalı annelerin yüzde 10'unda kanama gizli olabilmektedir (13). Bu yüzden vajinal kanama miktarı, gerçek kanama düzeyini yansıtmayabilir (12,13).

Klasik ablasyo plasenta tablosunda vajinal kanama, karın ağrısı, uterusu kontraksiyon ve hassasiyet vardır (12). Ayrıca uterusu kontraksiyonların sıklığı ve şiddeti yüksektir (13). Uterusta bazal tonüs artmıştır. Fetal distres bulguları olabilir. Ciddi olgularda gebede hipovolemi bulguları ve kardiyak dekompenasyon gözlemlenebilir (12). Fetal kalp sesleri alınamayabilir ya da güven verici kalp sesleri olmayabilir (13). Pıhtılaşma etmenlerinin tüketilmesi nedeniyle annede koagulopati gelişme riski yüksektir (12).

Maternal morbidite ablasyoda yaygındır ve ciddi bir durum olabilir. Fetal morbidite

artmıştır ve büyük oranda prematürite kaynaklıdır. Fetal mortalite ablasyonun boyutları ile ilişkilidir (13).

### Belirtileri

- Vajinal kanama,
- Abdominal ağrı,
- Abdominal duyarlılık,
- Abdominal sertlik,
- Uterusta bazal tonüs artışı,
- Hipovolemi bulguları,
- Kardiyak dekompenasyon,
- Fetal distres bulguları (12,13).

Ablasyo plasentanın tanısı klinik olarak konur ve doğumdan sonra plasentanın muayenesi ile doğrulanır. Klinik olarak ciddi ablasyo olgularında negatif bulguların sık gözlenmesi nedeniyle tanısını koymak zordur ve belirtilerin ayırıcı tanısı yapılmalıdır (12,13). Ablasyonun tanısında ya da ekarte edilmesinde USG duyarlı ve güvenilir bir yöntem değildir (12).

### Yönetim

Ablasyo plasentadan kuşkulandırılması durumunda verilecek tedavi planı seri ve kesin olmalıdır (12). Tedavi, anne ve fetüsün durumu, bağlı kalınarak planlanmalıdır (13). Eğer tedavi ve bakım uygulamasında gecikme olursa, anne ve fetüsün prognozu olumsuz yönde etkilebilir. Ablasyo plasentada tedavi

yaklaşımı, ablasyonun düzeyine, annenin ve fetüsün reaksiyonuna ve fetüsün gestasyonel yaşına göre kişiselleştirilmelidir (12).

### **Yönetimde üç pratik seçenek vardır:**

**Bekle-gör yaklaşımı:** Gebeliğin sürmesi için izin verilir (12).

- Acil sezaryen,
- Vajinal doğum.

Hafif ablasyo plasenta olgularında; kanama başladığı zaman çok ciddi bir durum yoksa ve annenin durumu stabil ise, fetüsün durumu ve gestasyonel yaş belirlendikten sonra bakım planlanır. Annenin durumu stabil ve fetüs preterm ise, anne gözlem altına alınarak tokolitik ajanlar ile uterus kontraksiyonları durdurulur ve belirtiler yavaş yavaş kaybolabilir (13). Bu durumda anne artık ayaktan izlenebilir (12). Orta ve ciddi ablasyo plasentanın yönetiminde resusitasyon, fetüsün doğurtulması ve gelişebilecek koagülasyon defektleri bakımından annenin izlenmesi ve gerekli düzenlemelerin yapılması uygun yaklaşımlardır (12). Termini yakın olan, yaşayabilecek durumda olan fetüslerde ise doğum başlatılır (13). Anne ve fetüs doğumhane ortamında ve yoğun izlem altında olmalıdır. Anne ve fetüs açısından uygunsuz öncelikle vajinal doğum denir. Travay genellikle hızlıdır; fetal kalp sesleri sürekli izlenmelidir. Fetal distres durumunda sezaryenle doğum tercih edilmelidir (12). Akut kanama durumunda, resusitasyon, kan transfüzyonu ve iv sıvı başlanarak acil doğum başlatılmalıdır. Yaşamı tehdit eden komplikasyonlar genellikle, iv sıvı tedavisini, kan hacminin yerine konmasını, kan basıncının desteklenmesini ve uterusun boşaltılmasını gerektirmektedir (13).

Ablasyo plasenta nedeni ile intrauterin fetal ölüm oldu ise, annenin durumu stabil tutularak ve oluşabilecek komplikasyonlar yakından izlenerek vajinal doğum indüklenebilir (13).

### **Hemşirelik Yaklaşımı**

Ablasyo plasentalı bir annenin hemşirelik bakımı, ortaya çıkan vajinal kanamanın, kanama miktarının ve normal bir kanama olup olmadığının tanınmasını içerir. Hemşire uterustaki ağrının lokalizasyonunu, uterustaki duyarlılığı palpe ederek tanımlayabilir. Bazen uterus kontraksiyonlarından dolayı oluşan ağrının ablasyo ile ilişkisini belirlemek zordur (13). Gizli ya da açık kanama belirtileri

yakından gözlemlenir (15,16). Aşırı kan kaybı ve fetal hipoksinin, ablasyo plasentanın majör komplikasyonu olduğu unutulmamalı, hemşire anne ve fetüsü yakından izlenmelidir (16).

Akut kanamada vital bulgular, hipovolemik şok belirtileri yönünden yakından gözlenmelidir. Fetüs uteroplasental yetmezlik sonucu tehlikeye girebilir. Bu yüzden fetüs elektrofetal monitorizasyon ile izlenmelidir. Ablasyolu annedeki hemodinamik değişim ya da fetüs kalp seslerinin güven verici olmaması durumunda, hemen hemşire ilgili ekibe resusitasyon için bilgi vermelidir (13).

Plasental ayrılma alanında serbestleşen prostaglandinin stimüle edebileceği preterm uterin kontraksiyonlar izlenir. Pretermkontraksiyonlar ortaya çıkarsa, tokolitik ajan, tercihen magnezyum sülfat kullanılabilir (15).

Akut kan kaybı durumunda, iv kateter uygulanarak sıvı ve kan replasmanı sağlanmalıdır. Hemşire, laboratuvar bulgularından hemoglobin, hematokrit, kanama zamanı, protrombin zamanı, cross-match ve kan grubunu elde etmelidir. Foley kateter ile annenin saatlik aldığı-çıkardığı sıvı miktarı ölçülmeli ve kayıt etmelidir (13). Etkin volüm replasman tedavisine karşın, idrar çıkışı saatte 30 ml'nin altına düşerse, intravasküler hacmi belirlemek üzere bir santral venöz kateterin yerleştirilmesi gerekir. Sıvı tedavisi Ringer laktat gibi kristalloid solüsyonlarla gerçekleştirilir ve olanaklı olduğunca çabuk kan ürünleri tedavisi uygulanır. Nadir olgularda hastaların kan kaybı ciddi şokla sonuçlanacak kadar ağır ve hızlıdır. Bu olgularda, hacim artırıcılar verilebilir ya da uygun kan için cross-match yapılabildiği kadar acil olarak O Rh (-) kan tranfüzyonu yapılabilir. Yüz maskesi ile oksijen uygulanmalıdır. Doğum gerçekleşene kadar fetüs sürekli izlenmelidir (15). Acil sezaryen için gerekli hazırlıklar yapılmalıdır. İntrauterin fetal kayıp nedeni ile doğum eylemi başlatıldığı zaman, annenin ağrısını hafifletmek için gerekli girişimlerde bulunulmalıdır (13).

Hemşire, kadın ve ailesine, annenin ve fetüsün durumu hakkında gerekli açıklamaları yaparak, korku ve kaygıları azaltmalıdır (13,16). Ayrıca anne ve ailesi ile potansiyel komplikasyonlar ve önerilen bakım hakkında görüşülmelidir. Fetal ya da neonatal ölüm olduğunda, anne ve aileye üzüntü için destek sağlanmalıdır (13).

Ablasyo plasenta orta düzeyde ya da şiddetli ise, fetüs 36 haftadan daha büyükse ya da herhangi bir zamanda fetal distres gelişti ise doğum gerçekleştirilmelidir. Eğer fetüs matür ve sefalik prezantasyonda ise, acil olarak sezaryenle doğum gerçekleştirilebilecek bir ortamda normal doğum denenebilir. Eğer kadın doğum eyleminde değilse fetal stres belirtileri yoksa, amniotomi ya da oksitosin gibi eylemi stimüle edecek ajanlar kullanılarak vajinal doğum başlatılabilir. Eğer fetüs sefalik prezantasyonda değil ise ya da eylemin indüksiyonu sırasında kanama artarsa, uterus kontraksiyonlar arasında gevşemezse, fetal distres gelişirse ya da eylem aktif olarak ilerlemezse, doğum sezaryenle gerçekleştirilir (15).

Şiddetli ablasyo plasentanın varlığında, eğer fetüs canlı ise, sezaryen doğum olanaklı olduğu kadar çabuk gerçekleştirilmelidir. Fetüs ölü ise, kanamanın kontrol edilmemesi riski söz konusu olmadıkça, vajinal doğum tercih edilir (15).

**İletişim:** Selma Şen










**E-posta:** selmasen77@gmail.com



**Fotoğraf: "Mutluluğu Resmi" Cüneyt Karabiber**  
Ankara, TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2001'den

## Kaynaklar

- 1- Başer M, Güvenli Annelik. Hemşirelik Forumu. 2005; Mayıs-Haziran, 36-41.
- 2- Akın A, Bayar N. Güvenli Annelik. Toplum ve Hekim. 1998; 8:3-4, 33-36.
- 3- Bertan M, Güler Ç. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara: Güneş Kitabevi Ltd. Şti; 1995. p. 182-185.
- 4- Biliker MA. Güvenli Annelik. Aktüel Tıp Dergisi. 2001; 6:1:37-41.
- 5- Bilgel N. Ana ve Çocuk Sağlığı. İstanbul: Güneş ve Nobel Tıp Kitapevi; 1997. p. 65-102.
- 6- T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı - Güvenli Annelik Katılımcı Kitabı. Ankara: Bulus Tasarım ve Matbaacılık Hizmetleri; 2005. p. 2-17.
- 7- Cook RJ, Dickens BM. Human Rights To Safe Motherhood. International Journal Of Gynecology & Obstetrics. 2002; 76:225-231.
- 8- Herczeg J. Postpartum Hemorrhage. Textbook of Perinatal Medicine. 1st ed. Newyork: The Parthenon Publishing Group; 1998: p. 1836-1853.
- 9- Meydanlıoğlu AU, Emiroğlu ON. Kadınların Sağlık Ocağı Hizmetlerini Bilme Durumu ve Bu Hizmetlerden Beklentileri. Hemar-G Dergisi. 2004; 6:1,2:44.
- 10- Selo-Ojeme DO. Primary Postpartum Haemorrhage. Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2002; 22:5:463-469.
- 11- Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. VII. Baskı. Ankara: 2005. p.
- 12- Kiran G. Geç Gebelik Kanamaları. Çiçek N, Mungan T. Editörler. Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2007. p. 345-350.
- 13- Littleton LY, Engebretson JC. Maternal, Neonatal and Women's Health Nursing. 1st ed. America: Delmar; 2002. p. 837-840\510-514.
- 14- Magann EF, Cummings JE, Niederhauser A, Rodriguez-Thompson D, McCormack R, Chauhan SP. Antepartum Bleeding of Unknown Origin in the Second Half of Pregnancy: A Review. Obstetrical And Gynecological Survey, 2005; 60:11: 741-745.
- 15- Gilbert SE, Harmon SJ. Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı. Taşkın L. Çev. Ed. Ankara: Palme Yayıncılık; 2002. p. 688-784
- 16- Murray SS, Mckinney ES. Foundations of Maternal-Newborn Nursing. 4st ed. America: Westline Industrial Drive; 2006. p. 632-639
- 17- Ladewig PA, London ML, Davidson MR. Maternal-Newborn Nursing Care. 4st ed. America: Pearson Education Ltd; 2006. p. 513-521.
- 18- Sakornbut E, Leeman L, Fontaine P. Late Pregnancy Bleeding. American

	<b>STED'den</b>	I		<b>Yaşlı Sağlığı</b> "Yaşlılarda İlaç Kullanımı"	VII
	<b>STED Yazarlarına Bilgi</b>	II		<i>Dr. Füsun Toraman, Dr. Aylin Yaman</i>	
	<b>Türkiye'nin Sağlığını Okumak</b> "Komşular"	IV		<b>Klavyem, Stetoskopum ve Ben</b> "PDF Dosyalarla Çalışmak"	X
	<i>Dr. Onur Hamzaoğlu</i>			<i>Dr. Şamih Demli</i>	
	<b>TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2009</b>	V		<b>Ne Yapmalı?</b>	XII
				<i>Dr. Orhan Odabaşı, Av. Mustafa Güler</i>	
	<b>Dergilerden</b>	VI		<b>Ödüllü Bulmaca</b>	XIII
	<i>Dr. Özen Aşut, Dr. Yılmaz Yıldız</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 yazılığa hak kazanmış olmalıdır. (Bkz, STED Temmuz 2004 ya da [www.ttb.org.tr/STED/sted\\_yazar.pdf](http://www.ttb.org.tr/STED/sted_yazar.pdf))

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

- Metinle ilgili 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 verilmelidir. Sonuçların amaçlarla bağlantısı kurulmalıdır. Verilerin tam olarak desteklemediği sonuç ve açıklamalardan kaçınılmalıdır. Öneriler de bu bölümde yer alabilir.

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

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

#### **Tipik dergi makalesi**

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

ya da

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

#### **Kitap**

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

#### **Kitap bölümü**

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

#### **Web Sitesi**

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

**Kaynak göstermede diğer özellikler ve özel durumlar için Bkz,**  
[http://www.ttb.org.tr/STED/sted\\_yazar.pdf](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 numaralandırarak, çift aralıkla listelenmesi gereklidir.

#### **Yazılarda Uygulanacak Biçimsel Özellikler Kılavuzu**

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

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

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

4. Rakamlar: Bir ile dokuz arası rakamları yazıyla yazınız. 10 ve üstünü sayıyla yazınız. İstisna: Dozaj, yüzde, sıcaklık derecesi ve metrik ölçümleri her zaman sayıyla belirtiniz.

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

6. Kısaltmalar: Standart kısaltmalar ve ölçüm birimleri dışında, kısaltmadan olanak ölçüsünde kaçınılmalıdır. Kısaltma, metindeki ilk geçişinde açık yazılışıyla birlikte verilmelidir. Başlıkta ve özetinde 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](http://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 Tunalgil Sok. No:2 Kat:4 Maltepe 06570 Ankara" adresine postayla ya da [sted@ttb.org.tr](mailto:sted@ttb.org.tr) adresine e-posta ile gönderilebilir. Yayımlanması uygun görülen yazılarda, belirlenen eksikliklerle ilgili düzeltme ve düzenlemeler Yayın Kurulu'na yapılabilir. Yayımlanmayan yazılar geri gönderilmez. Klinik ve toplumsal araştırma çalışmalarında yerel etik kurul onayı alınmış olmalıdır. Etik kurulun bulunmadığı yerler için [sted@ttb.org.tr](mailto:sted@ttb.org.tr) e-posta adresinden bilgi istenebilir.

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

# Türkiye'nin Sağlığını Okumak

"Komşular"

Dr. Onur Hamzaoğlu\*



	kGSMG	Kişi başına sağlık harcaması	Çocukta anemi (%)	Gebede anemi (%)	Adölesan doğum (%0)
Bulgaristan	4580	297	27	30	40
Yunanistan	25740	2280	12	19	9
Suriye	1780	66	41	39	35
Irak	-	-	-	-	-
İran	3540	215	35	-	20
Azerbaycan	2640	102	32	38	29
Ermenistan	2630	98	24	12	30
Gürcistan	2120	147	41	42	30
Türkiye	8030	352	33	40	37

*kGSMG: kişi başına düşen gayri safi milli gelirleri (ABD\$), 2007, Kişi başına sağlık harcaması(ABD\$/yıl), 2006  
Çocukta anemi: Beş yaş altı çocuklarda anemi prevalansı, 2000-2005, Gebede anemi: Gebe kadınlarda anemi prevalansı, 2000-2005, Adölesan doğum: 15-19 yaş bin kadında doğum, 2007*

Dünya Bankası (DB) bir süredir çeşitli ülkelerde yaptırdığı, katkı sunduğu ya da yapılmış araştırmalardan yararlanarak toplanan verileri, tablolar halinde "Dünya Gelişme Göstergeleri" başlıklı bir kitapta yayımlıyor. Kitap dünyanın durumu, toplum ve çevre olmak üzere üç ana bölümden oluşuyor. Ekonomik göstergeler dünya görüşü bölümünde, sağlık, beslenme ile ilgili veriler ise toplum bölümünde yer alıyor.

Bu yazımızda tabloda da görüldüğü gibi, DB'nin 2009 yılında yayımladığı kitaptan Türkiye ve komşusu ülkelerle ilgili bazı verileri paylaşacağız. Kitapta Kuzey Irak ile ilgili bazı veriler sunulmuş olmakla birlikte, Irak geneli ile ilgili herhangi bir veri yer almamaktadır. İşgalle, talanla "demokrasi götürülen" "Koalisyon Güçleri" sayesinde Irak ile ilgili hemen bütün tablolarda sayı yerine "çizgi"ler yer alıyor. Kitabı incelediğimizde DB'nin, söz konusu durumla ilgili olarak, kitabında herhangi bir açıklama yapma gereği duymadığına tanık oluyoruz.

Türkiye, komşuları arasında kGSMG açısından Yunanistan'ın ardından ikinci sırada bulunuyor. Son sıradaki komşu ülke Suriye. En "zengin" ülke Yunanistan, en "yoksulu" Suriye. İki bin altı yılda kişi başına yapılmış sağlık harcaması yönünden sıralama yaptığımızda, Türkiye Yunanistan'ın ardından kişi başına en fazla sağlık harcaması yapan ikinci ülke konumunda yer alıyor. Suriye bu sıralamada da sonuncu, sağlık için kişi başına en az harcama yapan komşu ülke. Bulgaristan her iki sıralamada da üçüncü sırada yer alıyor.

İki bin-iki bin beş yılları arasında, beş yaş altı çocuklarda anemi prevalansının en düşük olduğu ülke Yunanistan, ardından Ermenistan geliyor. Suriye, Gürcistan ile birlikte en alt sırada yer

alırken, Türkiye en kötü dördüncü ülke durumunda. Aynı yıllar için gebe kadınlarda anemi prevalansı açısından değerlendirdiğimizde, Ermenistan en iyi durumdaki komşu ülke, ikinci sırada Yunanistan var. Türkiye, Gürcistan'ın arkasından en kötü durumdaki ikinci ülke. Adölesan doğumları yönünden değerlendirdiğimizde, en iyi durumda Yunanistan bulunurken, İran ikinci sırada yer alıyor. Türkiye, Bulgaristan'dan sonra en kötü durumdaki ikinci ülke olarak sıralamadaki yerini alıyor.

Ülkelerin zenginlikleri kadar sağlıklı olup olmadıklarını incelememiz de olanaklı. Bunun için ülkeleri kişi başına gayri safi milli gelirleri ve sağlığa yaptıkları harcamalar yönüyle en fazladan en aza göre sıraladığımızda, yer aldıkları sıraların, sağlık ve beslenme ile ilgili göstergelerde de en iyiden en kötüye doğru yapılan sıralamada yer aldıkları sıralarla benzer olmaları beklenir. Bir başka ifadeyle, her ülke için iki sıralama arasındaki farkın sıfır olması gerekir. Zenginlik ile sağlık durumunun aynı olması beklentisi ile Türkiye'yi değerlendirdiğimizde, kişi başına düşen gayri safi milli gelir ve kişi başına sağlık harcamasına göre sıralama farklarının, beş yaş altı çocuklarda anemi prevalansı yönünden eksi üç, gebe kadınlarda anemi prevalansı yönünden eksi dört ve adölesan doğum sıklığı yönünden de eksi beş olduğunu görmekteyiz.

Bu verilere göre, Türkiye'de çocukların ve gebelerin sağlığı ülkenin zenginliği ve sağlık için yapılan harcamayla paralellik göstermiyor. Çocuklarımız ve gebelerimiz hem ülke zenginliğinden, hem de sağlığa yapılan harcamalardan yararlanamıyor.

## Kaynak

World Development Indicators. Washington, DC: World Bank; April 2009.

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



TTB - STED Fotoğraf Yarışması, fotoğraf çekmeye meraklı okurlarımızın ilgisi ve katkılarıyla sekizinci yılını geride bıraktı. 2009 yılında yapılan yarışmada dereceye giren fotoğraflar 2009 yılı sayılarımızın kapağında yayımlanacak, diğer fotoğraflar ise dergimizin iç sayfalarının görsel zenginliğini artıracak. Daha önceki yıllarda yarışmamıza katılmamış ya da dereceye girememiş olan fotoğraf çekmeye meraklı okurlarımız için ise TTB - STED Fotoğraf Yarışması - 2009 yeni bir fırsat olacak, sizi değerli çabalarınızın ürünü olan eserlerinizle yarışmaya katılmaya davet ediyoruz.

## Yarışma Kuralları:

- Yarışmaya; tüm sağlık çalışanları ve tıp öğrencileri katılabilir.
- Yarışmaya gönderilen eserlerin daha önce herhangi bir yarışmada derece almamış olması gerekmektedir.
- Her katılımcı en fazla beş adet renkli fotoğrafla yarışmaya başvurabilir.
- Yarışma konusu "serbest"tir.
- Fotoğraflar 20 X 30 cm boyutunda fotoğraf kağıdına basılı olmalıdır. Farklı boyutta olan fotoğraflar değerlendirmeye alınmayacaktır.
- Fotoğraflar herhangi bir yüzeye yapıştırılmamalı, etrafında çerçeve ya da paspartu oluşturacak biçimde boşluk ya da çizgi bulunmamalıdır.
- Gönderilecek her bir fotoğrafın arkasına, sol üst köşeye bir etiket yapıştırılarak yarışmacı tarafından belirlenecek (en az beş harf ya da rakamdan oluşan) bir rumuz ve sıra numarası yazılmalıdır ('RUMUZ - 1', 'RUMUZ - 2', ... gibi).
- Aşağıda basılı Katılım Formu fotokopi ile çoğaltılarak ya da STED'in Internet sayfalarından ulaşıp, çıktısı alınarak eksiksiz doldurulmalıdır.
- Katılım formu küçük bir zarfa konularak ağız kapatılacak ve bu zarfın üzerine yalnızca yarışmacı tarafından belirlenen rumuz yazacaktır.
- Katılım formunun bulunduğu zarf ve fotoğraflar, ulaşım sırasında hasar görmeyecek biçimde paketlenip aşağıda belirtilen adrese posta ya da kargo ile gönderilebilir ya da elden teslim edilebilir.
- Yarışmaya gönderilen fotoğraflar iade edilmez. TTB, katılımcıların fotoğrafları ile ilgili izinler ve telif hakları ile ilgili herhangi bir sorumluluk üstlenmez. Katılımcı, yarışmaya gönderdiği fotoğraf(lar)ın, isminin ve eser adının belirtilmesi şartıyla, TTB yayınlarında ve sağlıklı ilgili eğitim, sanat vb. etkinliklerde kullanım hakkını ve buna bağlı olarak Fikri ve Sınai Haklar Kanunu ve ilgili mevzuat gereğince eser(ler)in çoğaltma, yayma, temsil, umuma iletim, faydalanma ve gerekli diğer haklar için TTB'ye izin verdiğini kabul eder.
- Yarışmaya fotoğraf gönderen katılımcılar yukarıda belirtilen koşulları kabul etmiş sayılırlar.

## Yarışma Takvimi:

Son katılım tarihi: 30 Ekim 2009

Seçici Kurul'un değerlendirmesi ve sonuçların duyurulması: Kasım 2009

Ödül töreni ve Yarışma sergisi: Kasım 2009

## Ödüller:

**Büyük Ödül:** Bir adet dijital SLR fotoğraf makinesi, TTB yayınlarından oluşan bir armağan paketi ve plaket (bir kişiye),  
**Başarı Ödülü:** Tanınmış fotoğraf sanatçıların albümleri, TTB yayınlarından oluşan birer armağan paketi ve plaket (Üç kişiye)

Seçici Kurul tarafından uygun görülmesi halinde başka ödüller de verilebilir. Yarışmada ilk 6'ya giren fotoğraflar 2010 yılında STED'in kapağında yayımlanacaktır. Yarışmada ödül alan ve seçici kurul tarafından sergilenmeye değer bulunan diğer yapıtlar TTB etkinliklerinde sergilenebilecektir.

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

**Yarışma Duyurusu ve Katılım Formu için Internet Adresi:** [www.ttb.org.tr/STED/fotograf2009.htm](http://www.ttb.org.tr/STED/fotograf2009.htm)

## TTB - STED Fotoğraf Yarışması - 2009

## Katılım Formu

Yarışmacının Rumuzu: .....

Adı - Soyadı: .....

Mesleği: .....

Branşı (varsa): .....

Görev yeri: .....

Adresi: .....

Telefon: İş: (0....) ..... GSM: (05....) ..... Diğer: (0....) .....

E-posta adresi: ..... @ .....

## Fotoğraf(lar): No

### No Eserin Adı

### Çekildiği yer

### Açıklama

1	.....	.....	.....
2	.....	.....	.....
3	.....	.....	.....
4	.....	.....	.....
5	.....	.....	.....



### Erkeklerde İdrar Örneği ile Chlamydia Tanısı Konabilir

Cambridge Üniversitesi'nde geliştirilen ve bir saatte sonuç verebilen bir hızlı tanı testi ile organizma yoğunluğunun daha fazla olduğu ilk akım idrarında Chlamydia saptanabilmektedir. British Medical Journal'da yayımlanan bir çalışmada, Chlamydia Hızlı Tanı Testi, polimeraz zincir reaksiyonu ile karşılaştırılmış ve duyarlılığı %82,6, özgüllüğü %98,5 bulunmuştur. Genç erkeklerde Chlamydia prevalansının yüksek olduğu bölgelerde Chlamydia Hızlı Tanı Testi ile tarama programlarının bu kişilerin kadın partnerlerinde de Chlamydia enfeksiyonunu ve komplikasyonlarını azaltabileceği belirtilmektedir.

*BMJ. 2009;339:b2655.*

### Femur Kırığı Olan Küçük Çocukların İstismar Yönünden Değerlendirilmesi Öneriliyor

Amerikan Ortopedi Cerrahları Akademisi'nin Temmuz 2009'da çocuklarda femur diyafiz kırıklarının tedavisine ilişkin yayımladığı kılavuzda, kanıtlarla en güçlü biçimde desteklenen öneri olarak, 36 aylıktan küçük çocukların istismar yönünden değerlendirilmesi gerektiği belirtildi.

*Reuters Health Information, 2009-08-05*

### Avrupa Birliği Hipertansiyon Önerileri Yenilenmekte

Avrupa Hipertansiyon Derneği'nin, Journal of Hypertension dergisinin Ekim 2009 sayısında, 2007'deki önerilerini güncelleyen bir kılavuz yayımlayacağı belirtildi. Yeni kılavuzda, hangi ilaç gruplarının tedavide ilk tercih, hangilerinin ikinci tercih olacağı gibi bir sıralamadan çok, tedavinin her hasta için bireysel olarak planlanması üzerinde durulacak. Bu kılavuz, ayrıca, çocuk ve ergenlerde hipertansiyon tedavisine ilişkin Avrupa'da yayımlanan ilk kılavuz olacak. Yeni öneriler arasında, yüksek riskli hastalarda kan basıncının 120/70 mmHg altına düşürülmemesi gerektiği yer alacak.

*Heartwire, 2009*

### Yeni bir Test, Alzheimer Hastalığı'na Erken Dönemde Tanı Koyabilir

10 Haziran 2009'da British Medical Journal'da yayınlanan bir çalışmada, hızlı

uygulanabilen ve kelime bilgisi, hesap becerisi, adlandırma gibi 10 farklı beceriyi sınanan bir testin Alzheimer hastalarının %93'ünü saptayabildiği belirtiliyor. Hasta bekleme salonunda iken yaklaşık 10 dakikada uygulanabilen bu test, uzman bir kişi tarafından yaklaşık iki dakikada değerlendirilebileceği gibi, bilişsel bozukluklar konusunda deneyimi olmayan hemşirelerin de 10 dakika süren bir eğitim sonrasında test sonuçlarını uzmanlar kadar iyi değerlendirebildikleri saptanmış. Bu testin, polikliniklerde sıkça kullanılan Mini Mental Durum Değerlendirme testinden çok daha duyarlı olduğu vurgulanıyor (%93'e %52). Ancak testin sınırlı bir bölgede uygulandığı ve henüz geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarının yapılması gerektiğinin üzerinde duruluyor.

*BMJ. 2009;338:b2030*

### Diz Osteoartritine Yönelik Yeni Öneriler

Yıllık Avrupa Romatoloji Kongresi'nin diz osteoartritine yönelik önerileri, Amerikan Romatoloji Derneği önerilerinin aksine, hastalığın sınıflandırılmasından çok klinik tanısı üzerinde odaklanıyor. Kadın cinsiyet, yaş, şişmanlık, travma, eklem laksitesi, meslek, diğer nedenlerle aşırı kullanım, aile öyküsü ve elde distal interfalangeal eklemlerde Heberden nodüllerinin varlığı, diz osteoartriti için risk faktörleri olarak belirtiliyor. Klinik tanıya yönelik olarak ise, üç belirtinin (hareketle ağrı, kısa süren sabah tutukluğu, işlev kısıtlılığı) ve üç bulgunun (krepitasyon, hareket kısıtlılığı, kemiklerde genişleme) varlığında diz osteoartriti olan hastaların %99'unun saptanabildiği vurgulanıyor. Doğru tanıya ulaşmak için risk faktörleri, yukarıda sayılan üç belirti ve üç muayene bulgusunun yanı sıra, radyografilerin de kullanılabileceğini belirten uzmanlar, ağırlık taşıyan semi-fleksiyon pozisyonuna ek olarak lateral grafilerin de çekilmesini öneriyorlar. Osteoartritin klasik radyografik bulguları olarak, eklem aralığında daralma, osteofitler ve kemiklerde subkondral skleroz sıralanıyor.

*EULAR 2009: The Annual European Congress of Rheumatology: Abstract OP-0209. Sunum tarihi*

*12 Haziran 2009.*





Dr. Füsün Toraman\*, Dr. Aylin Yaman\*\*

Yaşlı bireylerde ilaçların istenmeyen etkileri, genç yaşlardaki bireylere göre yedi kat daha fazladır ve yaşlılar ilaç yan etkilerine daha duyarlıdır. Bu duyarlılığın olası nedenleri, reçete edilen ilacın ve dozun yaşlıya uygun olmayışı, yaşlının çok sayıda ilaç kullanması dolayısıyla ilaç etkileşimi, farklı branş hekimleri tarafından yazılan ilaçların karşılaştırma ve kontrolünün yapılmaması, farklı ticari ada sahip ancak benzer etken maddeli ilaç kullanımı, yaşlıda organ işlevlerindeki azalma ve kayıplar, ilacın kullanılmasına neden olan tanının değişmesi ya da ortadan kalkması, yaşlının reçete edilmeyen ilaçları ya da bitkileri kullanma alışkanlığıdır.

Yaşlılarda beden kütle indeks farklılıkları, beslenme bozukluğu, kalp hastalıkları, böbrek yetmezliği, karaciğer işlev bozukluğu gibi homeostaz düzensizlikleri, ilaçların farmakokinetiğini etkiler ve yan etkilerin daha

sık ve daha şiddetli görünümüne neden olur. Yaşla birlikte karaciğer kan akımı %12-40 oranında, böbrek kan akımı ise 50 yaşından sonra yılda %1 azalır. Azalmış kan akımı ilacın atılımını yavaşlatır. Bu durum, düşük dozda alınsa bile ilacın serum konsantrasyonunu artırarak toksik etkiye neden olur. Yaşlının sağlık ve işlevselliğini en fazla etkileyen ilaca bağlı yan etkiler antikolinergik bulgular, mental durum değişiklikleri, ortostatik hipotansiyon, davranış değişiklikleri ve gastrointestinal bozukluklardır.

Gerek birçok sistem hastalığının bir arada bulunması, gerekse çok sayıda branş hekimine başvurma gibi nedenlerle yaşlılarda çoklu ilaç kullanımı siktir. Çoklu ilaç kullanımı, fazla ilaç kullanımını ifade eden bir kavramdır. İlaç sayısına ilişkin kesin bir rakam bulunmamaktadır (farklı çalışmalar çoklu ilaç kullanımı için 2, 4, 5 ya da 9 ve daha üstü ilacın kombinasyon halinde kullanımını tanımlamıştır). Yüksek polifarmasi kombinasyonlarına ilişkin de tanımlamalar bulunmaktadır (iki ya da daha fazla narkotiğin, iki ya da daha fazla benzodiyazepinlerin, nitrat ve sildenafilin, HgbA1C > %8,5 olduğu durumlarda üç ya da daha fazla ağızdan antidiyabetiğin kullanılması).

Çoklu ilaç kullanımı kavramına, ilaçlarla birlikte, bitkisel ilaçlar, besinler ve vitaminler de dahil edilir. İki ilaç kullanımında etkileşim olasılığı %6 iken, sekiz ilaç kullanımında etkileşim olasılığı %100'dür. Kullanılan ilaç sayısından daha önemli olanın ise, kullanılan ilacın tipi olduğu savunulmaktadır. Yaşlı bireylerde, antikolinergik ve sedatif-hipnotik ilaçlar dışlandığında, çok sayıda ilaç kullanımının fiziksel ve bilişsel işlevle ilişkili olmadığı belirtilmektedir.

65 yaş üzerinde ve çoklu ilaç kullanan yaşlılarda, kullanılan her ilacın endikasyon, etkililik, doz, uygulama pratikliği, uygulama doğruluğu, ilaç-ilaç etkileşimi, ilaç-hastalık



Fotoğraf: “Suskun” Derya Sarıkaya  
Ankara, TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2001'den

etkileşimi, benzer etken maddeli ilaç kullanımı, süre ve maliyetinin sorgulandığı bir araştırmada, ilaçların %12'sinin endike olmadığı, %6'sının etkisiz olduğu, %7'sinin yetersiz dozda verildiği, %1'inin doğru uygulanmadığı, %1'inin uygulamasının pratik olmadığı, %1'inin ilaç-ilaç etkileşimine ve %9'unun ilaç-hastalık etkileşimine sahip olduğu, %3'ünün benzer etken maddeli çoklu kullanım olduğu, %17'sinin yeterli sürede uygulanmadığı, %27'sinde daha ucuz olan alternatif ilacın seçilmediği belirlenmiştir.

Endikasyon olmadığı halde kullanılan ilaçlar peptik ülser, ilaçları steroid olmayan antiromatizmal ilaçlar, ağrı kesiciler, psikoleptikler, antidepresanlar, kinin, selektif beta-2 adrenoseptör agonistleri ve glukokortikoidlerdir.

Yetersiz dozda kullanılan ilaçlar ise asetil salisilik asit, inhale steroidler ve proton pompası inhibitörleridir. 60 yaş üzerindeki, bilişsel olarak sağlam olan yaşlılardan %59'u en az bir tane uygun olmayan ilaç kullanır. İlacın uygun bulunmamasının en sık rastlanan nedeni (%41'inde) etkinliğinin yetersiz olmasıdır. Uygun olmayan ilaç kullanımı en çok santral sinir sistem ilaçları (%20), gastrointestinal sistem ilaçları (%18) ve vitaminler (%16)'dir.

“Uygun olmayan ilaç kullanımı”, yarardan çok risk oluşturan, özellikle daha güvenilir alternatifi olan ilaçlar için kullanılan bir kavramdır. Yine bu kavram içinde ilaç kötü kullanımı (yetersiz süre ve doz), önemli ilaç-ilaç ve ilaç-hastalık etkileşimine sahip ilaç reçeteleme ve yararlı olması kuvvetle olası ilacın az kullanımı da vardır. Uygun olmayan ilaç kullanımı saptanması iki biçimde yapılır: kesin (ölçüt temelli) ve örtülü (hüküm temelli). Kesin (ölçüt temelli) uygun olmayan ilaç kullanımı için en sık kullanılan ölçüm araçları Beers ölçütleri ve STOPP'dur (*screening tool of older persons' potentially inappropriate prescriptions*). Beers ölçütlerinde, yaşlılarda kullanılması yasak olan iki ilaç grubu vardır:

1- 65 yaş üzerinde olan yaşlılarda, etkin olmadığı ya da yüksek riski olduğu için sakınılması gereken ilaçlar,

2- Bilinen bir hastalığı olan yaşlılarda kullanılmaması gereken ilaçlar. Örtülü (hüküm temelli) uygun olmayan ilaç kullanımı için ise

İlaç Uygunluk İndeksi (*MAI-medication appropriateness index*) kullanılır ve daha çok araştırma amacıyla tercih edilir. Beers ölçütleri dikkate alındığında ilaçların yan etki riskinin artmadığını vurgulayan araştırmalar yanı sıra, STOPP ölçütlerinin daha belirleyici olduğunu bildiren araştırmalar da vardır.

Uygun olmayan ilaç kullanım risk faktörleri ileri yaş, çoklu ilaç kullanımı ve çok sayıda hekim-eczacıya başvurmadır. Uygun olmayan ilaç kullanımı morbidite, mortalite, sağlık harcamaları artışı ve yan etki sayısındaki artışla birlikte dir.

İlaç yan etkisi, kullanılan ilaç sayısı arttıkça riski artan bir durumdur. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, ilaç yan etkisi profilaksi, tanı ve tedavi için kullanılan dozlarda gelişen zararlı ve istem dışı etkilerdir. Yaşlı bireylerde poliklinik başvurularının %5-35'inin hastaneye yatışların %12-30'dan fazlasının ilaç yan etkilerine bağlı olduğu bildirilmektedir. Çoklu multimorbidite, warfarin kullanımı ya da alınan ilaç sayısı ile ilintilidir.

İlaç yan etki nedenlerini belirlemede Naranjo ölçütleri yaygın olarak kullanılır. Ancak çok sayıda hastalığı olan ve çok sayıda ilaç kullanan yaşlılarda, ilaç yan etki nedenlerini belirlemek çok kolay değildir. Yaşlılardaki ilaç yan etkileri özgün olmayan bulgularla ya da bilişsel işlev bozukluğu ve düşme gibi geriatrik sendromlarla görünür duruma gelebilir. Ancak aynı bulgular benzodiazepinler gibi ilaç yan etkilerine bağlı olabildiği gibi, görme işlevindeki azalmaya ya da eşlik eden osteoartrit gibi bir hastalığa da bağlı olabilir.

Naranjo ölçütleri ilaçları tek olarak değerlendirir ve ilaç-ilaç etkileşimlerini işaret etmez, bu nedenle nedensel birlikteliği belirlemek zordur. Hallas ölçütleri, ilaç yan etkilerini önlenemez, muhtemelen önlenemez, muhtemelen önlenemez ve kesin olarak önlenemez biçiminde sınıflar.

Önlenemez yan etkiler, potansiyel olarak uygun olmayan ilaç kullanımı, suboptimal monitorizasyon ve doz ayarlamasındaki yetersizliklere bağlı olarak ortaya çıkar. Önlenemeyen yan etkiler alerjik ve idiyosenkrazik reaksiyonlardır. Çoklu ilaç kullanımı ile yaşlılarda bilişsel bozulma, üriner inkontinans, düşmelerde artış gözlenmiştir.

İkiden fazla psikotrop ajanın kullanımı düşmeleri 2.4-4.5 kat artırmaktadır.

**Yaşlılarda ilaç kullanımının düzenlenmesinde dikkat edilmesi gereken noktalar 4 ana başlıkta tanımlanabilir'**

- 1- Uygun olmayan reçetelemeyi azaltmak.
- 2- Çoklu ilaç kullanımını düşürmek.
- 3- Yan etkilerden sakınmak.
- 4- İşlevselliği sürdürmek.

**Uygun olmayan reçetelemeyi azaltmak için,**

- a) Kullanılan ilaçların gözden geçirilmesi,
- b) Beers ölçütlerinin ve
- c) İlaç uygulama rehberi kullanılması,
- d) Maliyet ve
- e) İlacın kullanımına uyum değerlendirmesi yapılması önerilir.

**Çoklu ilaç kullanımını azaltmak için**

- a) Hamdy ölçütleri (kullanılan ilaca ilişkin tanının varlığı),
- b) aynı tanı için çift ilaç kullanımı,
- c) ilaç kullanımında sadeleştirmenin yapılabilirliği,
- d) verilen ilacın kullanılan diğer ilaçların istenmeyen etkilerini önlemek amacıyla verilip verilmediği,
- e) ilacın dozunun yaşa ve böbrek işlevlerine göre düzenlenip düzenlenmediği) kullanılır.

**İlaçların istenmeyen etkilerinden sakınmak için,**

- a) Cockcroft-Gault formülü kullanılarak böbrek işlev bozukluklarına göre doz ayarlaması yapılır,

**b-** DRUGS ölçeği (*DRUGS-drugs regimen unassisted grading scale*) kullanılabilir,

**c-** Reçetelenmeden kullanılan ilaçların (tamamlayıcı tıp kavramındaki ilaçlar) yan etkileri sorgulanır.

İşlevselliği sürdürmek için günlük yaşam aktiviteleri (GYA) ve enstrümental günlük yaşam aktiviteleri değerlendirilir. GYA'yı bağımsız sürdürebilen yaşlılarda, işlevi olumsuz etkileyen (özellikle uyku düzeni vb.) ilaç kullanımından sakınılır.

Yaşlılarda ilaç reçetelemede organ yetersizlikleri, bireyin işlevselliği, var olan hastalıklar ve kullanılmakta olan ilaçlar dikkate alınmalıdır.

**İletişim:** Dr. Füsün Toraman  
**E-posta:** ftoraman@windowslive.com

**Kaynaklar**

- 1- Bergman-Evans B. Evidence-Based Guideline Improving Medication Management for Older Adult Clients. *Journal of Gerontological Nursing* 2006; 32(7):6-14.
- 2- Bregnhøj L., Thirstrup S., Brandt M., Bjerrum KL., Lesper Sone J. Prevalence of inappropriate prescribing in primary care. *Pharm World Sci* 2007; 29:109-115.
- 3- Ferrario CG. Geropharmacology. A Primer for Advanced Practice Acute Care and Critical Care Nurses, Part I. *AACN Advanced Critical Care* 2008;19 (1): 23-37.
- 4- Fick D., Mion LC., Beers MH., Waller JL. Health Outcomes Associated With Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *Res Nurs Health* 2008;31(1): 42-51.
- 5- Hajjar ER, Cafiero AC, Hanlon JT. Polypharmacy in elderly patients. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy* 2007;5(4):345-351
- 6- Hamilton HJ., Gallagher PF., O'Mahony D. Inappropriate prescribing and adverse drug events in older people. *BMC Geriatrics* 2009; 9:5
- 7- Rossi M., Young A., Maher R., Rodriguez KL., Appelt C., Perera S, Hajjar ER, Hanion JT. Polypharmacy and Health Beliefs in Older Outpatients. *Am J Geriatr Pharmacother* 2007; 5:317-323.
- 8- Steinman MA., Landefeld CS., Rosenthal GE., Berthenthal D., Sen S., Kaboli PJ. Polypharmacy and Prescribing Quality in Older People. *J Am Geriatr Soc*; 2006; 54: 1516-1523
- 9- Yaman H, Yazıcı S, Sandholzer H. Geriyatrik değerlendirme: Aile hekimliğinde yaşlının kanıt dayalı rehberler ışığında periyodik muayenesi. *Türk Aile Hek Dergisi* 2009; 13(1):27-38.
- 10- Zarowitz BJ, Stebelsky L, Gillanders F, et al. Improving medication safety through the reduction of polypharmacy in a large capitated population [abstr]. *Pharmacotherapy* 2003;23:1349.

# Klavyem Stetoskopum ve Ben

"PDF Dosyalarla Çalışmak"



Dr. Şamih Demli\*

PDF, başlangıçta "Adobe" firması tarafından geliştirilen bir format olup açılımı "Portable Document Format" (Taşınabilir Dosya Formatı)'dır. Başta yalnızca ücretsiz Acrobat Reader programı tarafından açılabilen PDF belgeleri, günümüzde birçok profesyonel yazılım ile kullanılabilir. Gerek Acrobat Reader, gerekse grafik tasarım sektöründeki yazılımların farklı işletim sistemleri üzerinde çalışabilmeleri, PDF formatının "taşınabilirliği"ni pekiştirmiş; başta dosya paylaşımı olmak üzere, daha da ileriye taşınarak baskı ve prova teknolojilerinde kullanılmaya başlanmıştır.

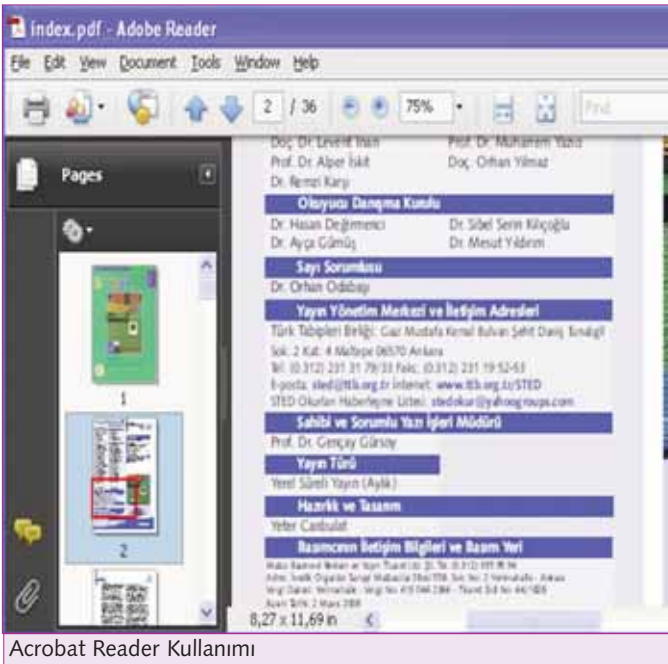
PDF dokümanının taşınabilirliğinin en önemli özelliklerinden birisi, orijinal dokümanda kullanılan bütün verilerin (yazı karakterleri, resim nesneleri, vektörel objeler vs.) PDF dosyalarına, özelliklerini koruyarak gömülebilmesidir.

Bilgisayarımızda böyle bir uygulamayı kullanmak istiyorsak ilk adım, PDF dosyalarını

okumamızı sağlayacak ve bu dosya formatını bilgisayarımızın tanınmasını sağlayacak, bu işe özel bir "reader" programını bilgisayarımıza kurmak olacaktır. Bu iş için çok yaygın olarak kullanılan, tamamen ücretsiz bir yazılım olan "Adobe Reader" programı kullanılabilir. Bu programı edinmek için web üzerinden <http://get.adobe.com/reader/> adresine gidilir. Sayfanın alt kısmında bulunan "Download" butonuna tıklamak, gerekli olan kurulum dosyasını bilgisayarımıza indirme işlemi başlatacaktır. Dosya indirme işlemi Internet Explorer aracılığıyla yapılıyor ise bir sonraki sayfada kısa bir bekleme süresi sonunda tarayıcı üzerinde sarı renkli bir bilgi çubuğu çıkacaktır. Bu sarı bilgi çubuğunun üzerine tıkladığı zaman fare imleci yanında çıkan menüden "ActiveX Denetimini Yükle" seçeneği seçilmelidir. Bu seçenek seçildikten sonra karşımıza yazılımı yüklemek isteyip istemediğimizi soran bir güvenlik uyarısı gelecektir. Bu pencerede "Yükle" butonuna basarak dosya indirme işleminin başlamasını sağlayacaktır. Bu işlemin süresi, internet hızına bağlı olmak üzere birkaç dakika sürer. İndirme işlemi bitince program kurulumu otomatik olarak başlayacaktır. Kurulum işleminin sonuna doğru, kurulumun tamamlanabilmesi için bilgisayarın yeniden başlatılması gerektiği ile ilgili bir pencere çıkabilir. Onay verilerek kurulum işleminin sonlanması için bilgisayarın yeniden başlaması beklenmelidir.

## Acrobat Reader Kullanımı

Program bilgisayara yüklendiğinde, PDF uzantılı dosyaları doğrudan açacak şekilde kendini ayarlayacaktır. Ekranın sol tarafında tüm sayfalar görüntülenirken, sağ tarafta aktif sayfa içeriği görülür. Kolay kullanımlı bir araç çubuğu vardır. Sayfa içeriği görüntüsünü yakınlaştırma/uzaklaştırma, sayfalar arası dolaşma, istenilen sayfaya doğrudan gitme, dosyayı yazıcıya gönderme vb. araçlar, araç çubuğu üzerinden kolaylıkla kullanılabilir.



Acrobat Reader Kullanımı



Önemli Not: PDF okuyucu programlar, dosya içeriğini kopyalamaya izin vermezler. Dosya içeriği üzerinden metin, resim vb. bilgilerin kopyalanabilmesi için, bu özellikleri taşıyan okuyucu programların kullanılması (FoxitReader vb.) önerilir.

### PDF Dosyası Oluşturmak

Bir dosyayı PDF dosyasına dönüştürmek için, PDF dönüştürücüler kullanılır. PDF formatına dönüştürülmek istenen dosya türüne uygun dönüştürücü kullanılması gereklidir. PDF dönüştürücü dosyalar, genellikle belirli bir lisans ücreti olan programlardır. Bu makalede <http://www.amicutilities.com/pdf-writer/> adresinden 15 gün ücretsiz kullanılabilen PDF Writer Pro programı ile PDF dosya oluşturma örneklenecektir.

Program, kendini yazıcı olarak bilgisayara kurar. Böylece değişik ofis uygulamalarından



PDF dosyası oluşturulmasına olanak sağlar. Dönüştürme işlemi için aşağıdakilerin adım adım yapılması yeterli olacaktır.

1. İlk olarak, PDF'ye dönüştürülecek dosya, uygun programla (Word, Excel vb) açılır.
  2. Dosya . Yazdır komutu seçilir.
  3. Yazıcı listesinden PDF Writer Pro seçilir.
  4. Tamam düğmesine basılarak PDF Writer Pro penceresine geçilir.
  5. Kaydetme işleminin son aşamasında dosyanın kaydedileceği adres ve dosya adı sorulacaktır.
- Save düğmesine basılarak kaydetme işlemi tamamlanır.

Dostlukla kalın...

*Dr. R. Şamih DEMLİ*

*TTB-GPE Bilgisayar Modülü*





Dr. Orhan Odabaşı\*, Av. Mustafa Güler\*\*

Sağlık ocağında birlikte çalıştığımız hekim arkadaşımızın şizofren tanısı aldığını öğrendik.  
**Ne Yapmalı?**

Hekimlik mesleğinin temel kurallarının belirlendiği 1219 sayılı Yasa'da hangi durumlarda bu mesleğin yapılamayacağına ilişkin de hüküm bulunmaktadır. Yasanın 28. maddesi bu durumu düzenlemektedir. (Bu hüküm 2008 yılında değiştirilerek, başta hekimlik yapılamayacak durumları çok genişlettiği için çok eleştirilecek bir içeriğe kavuştu.)

Bu hükümde bir takım cezaların alınması halinde hekimlik mesleğinin yapılamayacağına belirtilmiş olmasının yanı sıra bir de tıbbi olarak hekimlik yapılamayacak durum tanımlanmaktadır: "İcrayı sanat etmesine mani ve gayrikabili şifa bir marazı akli ile malul olduğu bilmuayene tebeyün eden tabipler, Sağlık Bakanlığı'nın teklifi ve

Sağlık Bakanlığı Yüksek Disiplin Kurulu kararıyla icrayı sanattan menolunur ve diplomaları geri alınır."

Bu hüküm uyarınca, bir hekimin şizofren olması tek başına mesleğini uygulamasına engel değildir. Ancak, hastalığı mesleğini uygulamasına engel oluşturan ve iyileşmeyecek durumda ise Sağlık Bakanlığı tarafından meslek uygulamasından yasaklanarak diploması alınır. Doğaldır ki hekimin hastalığının niteliği tıbbi bir kurul tarafından saptanacaktır. Belirtmek gerekir ki, tıbbi kurullar tarafından iyileştiğine karar verildiğinde hekimin diplomasını geri alarak mesleğini uygulamaya başlaması da olanaklıdır.

**Hekimlik uygulamaları ve sağlık hizmeti sunumu sürecinde karşılaştığınız olayları, yaşadığınız sorunları bize iletiniz. Uzmanlara, hukukçulara ve ilgililere danışarak konunun yasal yönü ve işleyişe ilişkin bilgileri derleyip, sayfalarımızda herkesin yararlanımına sunalım. Haklarımızı, sorumluluklarımızı ve yetkilerimizi bilerek, sağlık ortamına ve çalışma barışına katkıda bulunalım..**

## STED Okurları Haberleşme Grubu

STED okurların 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**

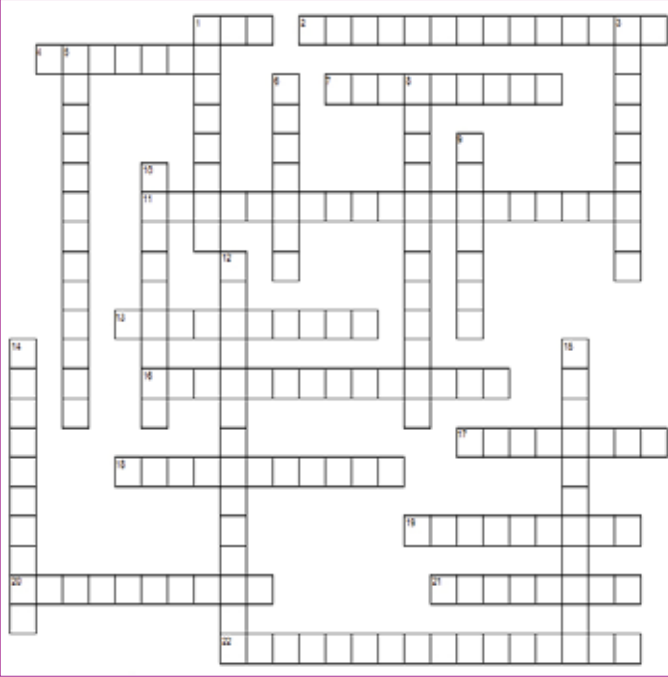
sted  
okur

\* Öğr. Gör.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Tıp Eğitimi ve Bilişimi AD, Ankara

\*\*Av. TTB Hukuk Danışmanı



Bulmacamızda yer alan soruları bu sayımızdaki yazılardan seçtik. Doğru olarak yanıtlayıp Dergi'nin postalanma tarihinden sonraki bir ay içinde bize gönderen okuyucularımıza **2 TTB-STE Kredi Puanı** veriyoruz. Ayrıca beş kişiye Kocaeli Tabip Odası'nın hazırladığı "**Sağlık Olsun**" adlı karikatür kitabını armağan ediyoruz. Bulmacanın doğru yanıtlarını **Kasım Aralık 2009** sayımızda yayımlayacağız.



1- Taşınabilir dosya formatı (kısaltma), 1- Geç gebelik kanamalarında akla gelmesi gereken bir neden, 2- Geç gebelik kanamalarının en sık görülen nedenlerinden biri, 3- İyot yetersizliğini önleme yöntemlerinden biri,

4- İlaç yan etki nedenlerini belirlemede kullanılan bir ölçüt, Ablatio plasentanın bir bulgusu, 6- Kretenizmin sonuçlarından biri, 7- Erkeklerde idrar örneği ile tanınabilen bir bakteri, 8- Ablatio plasenta yönetiminde bir yöntem, 9- Kuş gribinin bulaşma yollarından biri, 10- Anne ölümlerinin en sık nedenlerinden biri, 11- Yaşlılarda yetersiz dozda kullanılan bir ilaç, 12- Ablatio plasenta yönetiminde kullanılan bir tanı yöntemi, 13- Ülkemizde önemli bir sağlık sorunu, 14- Kuş gribinin etkeni olan virüs grubu 15- Ablatio plasenta nedenlerinden bir, 16- Kuş gribinde son dönemde ölümlere neden olan alt grup, 17- Femur kırığı olan küçük çocukların istismar yönünden değerlendirilmesi için önemli olan ay (yazı ile), 18- Kuş gribinin doğal konağı olan hayvan, 19- Maternal iyot yetersizliğinin yol açtığı durum, 20- Plasenta previa etyolojisinde bir neden, 21- Günümüzün güncel hastalıklarından biri, 22- Gebelerde beslenme yetersizliği sorunlarından biri.

## STED Temmuz - Ağustos 2009 Ödüllü Bulmaca Doğru Yanıtları:

1- PDF, 1- Polipler (YA), 2- Plasenta Previa, 3- İyotlu Tuz, 4- Naranjo, 5- Abdominal Ağrı, 6- Cücelik, 7- Chlamydia, 8- Acil Sezaryen, 9- Solunum, 10- Kanamalar, 11- Asetilsalisilik Asit, 12- Ultrasonografi, 13- Basit Guatr, 14- İnfluenzaa, 15- Sigara İçimi, 16- Avian İnfluenza, 17- Otuz Altı, 18- Yaban Ördeği, 19- Kretenizm, 20- Abortuslar, 21- Kuş Gribi, 22- İyot Yetersizliği.