



Ankara Merkezinde Bulunan Bir Sağlık Ocağına Başvuran Kadınların Ruhsal Belirtileri ve Aile İçi Şiddet ile İlişkisi 122

Üniversite Öğrencilerinin Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı Konularındaki Bilgi Düzeyleri ve Verilen Eğitimin Etkinliğinin İncelenmesi 129

Çocuklarda Hiperlipidemiye Yaklaşım 134



Yayın Yönetmenleri

Dr. Orhan Odabaşı Prof. Dr. S. Songül Yalçın

Yayın Kurulu

Doç. Dr. Özen Aşut
 Dr. Aysun Balseven Odabaşı
 Dr. Zeren Barış
 Dr. Şamih Demli
 Dr. Arzu Dursun
 Dr. Tolga İnce
 Dr. R. Ekrem Kutbay

Dr. Banu Mutlu
 Dr. Mehmet Özen
 Dr. Murat Sincan
 Dr. Figen Şahpaz
 Stj. Dr. Emrah Şeyhoğlu
 Dr. Sevinç Yılmaz Yeltekin
 Stj. Dr. Yılmaz Yıldız

Bilimsel Danışma Kurulu

Prof. Dr. Osman Abbasoğlu
 Prof. Dr. Erdal Akalın
 Prof. Dr. Murat Akova
 Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu
 Prof. Dr. Berna Arda
 Doç. Dr. Dilek Aslan
 Prof. Dr. Semih Başkan
 Dr. Aylin Sena Beliner
 Prof. Dr. Ufuk Beyazova
 Prof. Dr. Ümit Biçer
 Prof. Dr. Aygen Bulut
 Dr. Alper Büyükakkuş
 Dr. Hayati Çakır
 Doç. Dr. Ali Süha Çalikoğlu
 Yrd. Doç. Dr. Deniz Çalışkan
 Dr. Naciye Demirel
 Dr. Polat Dursun
 Doç. Dr. Önder Ergönül
 Doç. Dr. Muzaffer Eskiocak
 Prof. Dr. Haldun Güner
 Prof. Dr. Hamit Hancı
 Prof. Dr. Şükrü Hatun
 Dr. Sema İlhan
 Doç. Dr. Levent İnan
 Prof. Dr. Alper İskit
 Dr. Remzi Karşı

Prof. Dr. Zeki Kılıçarslan
 Prof. Dr. Nural Kiper
 Yrd. Doç. Dr. Serdar Kula
 Prof. Dr. Yeşim Gökçe Kutsal
 Yrd. Doç. Dr. Esra Önal
 Doç. Dr. Nükhet Örnek Büken
 Prof. Dr. İmran Özalp
 Prof. Dr. Orhan Öztürk
 Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış
 Dr. Alfert Sağdıç
 Yrd. Doç. Dr. Özlem Sarıkaya
 Prof. Dr. İskender Sayek
 Dr. Mustafa Sülkü
 Doç. Dr. Figen Şahin
 Prof. Dr. Selahattin Şenol
 Dr. Fatih Şua Tapar
 Prof. Dr. Cem Terzi
 Prof. Dr. İlhan Tezcan
 Prof. Dr. Çetin Turgan
 Doç. Dr. Duygu Uçkan
 Prof. Dr. Fatih Ünal
 Prof. Dr. Serhat Ünal
 Doç. Dr. Hakan Yaman
 Prof. Dr. Muharrem Yazıcı
 Doç. Orhan Yılmaz

Okuyucu Danışma Kurulu

Dr. Hasan Değirmenci
 Dr. Ayça Gümüş

Dr. Sibel Serin Kılıçoğlu
 Dr. Mesut Yıldırım

Sayı Sorumlusu

Doç. Dr. Adnan Yüce
 Dr. Figen Şahpaz

Yayın Yönetim Merkezi ve İletişim Adresleri

Türk Tabipleri Birliği: Gazi Mustafa Kemal Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil
 Sok. 2 Kat: 4 Maltepe 06570 Ankara
 Tel: (0.312) 231 31 79/33 Faks: (0.312) 231 19 52-53
 E-posta: sted@ttb.org.tr İnternet: www.ttb.org.tr/STED
 STED Okurları Haberleşme Listesi: stedokur@yahoo.com

Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Prof. Dr. Gençay Gürsoy

Yayın Türü

Yerel Süreli Yayın (Aylık)

Hazırlık ve Tasarım

Yeter Canbulat

Basımcının İletişim Bilgileri ve Basım Yeri

Matus Basımevi Reklam ve Yayın Ticaret Ltd. Şti. Tel: (0.312) 395 95 96
 Adres: İvedik Organize Sanayi Matbaacılar Sitesi 558. Sok. No: 2 Yenimahalle - Ankara
 Vergi Dairesi: Yenimahalle - Vergi No: 613 046 2266 - Ticaret Sicil No: 64/1828
 Basım Tarihi: ?? ???? ???? ?

Araştırma

**Ankara Merkezinde Bulunan
 Bir Sağlık Ocağına Başvuran
 Kadınların Ruhsal Belirtileri ve
 Aile İçi Şiddet ile İlişkisi** 122

*Dr. Özge Karadağ, Dr. Sarp Üner,
 Dr. Merve S. Durak,
 Dr. Seda Demireğen,
 Dr. M. Fazıl Bağcı*

**Üniversite Öğrencilerinin Cinsel
 Sağlık/Üreme Sağlığı Konularındaki
 Bilgi Düzeyleri ve Verilen Eğitimin
 Etkinliğinin İncelenmesi** 129

*Dr. Hilmiye Aksu, Dr. Banu Karaöz,
 Dr. Filiz Ergin*

Derleme - Olgu Sunumu

**Çocuklarda Hiperlipidemiye
 Yaklaşım** 134
Dr. Emel Örün



**Kapak Fotoğrafı:
 "Eve Dönüş"**

Dr. Güveh Akaboş, Bursa
 TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2007
Kapak Ödülü



Merhaba,

Ne zaman "çoşkuyla" bir iş yaptınız? Kendinizi "süper" hissettiniz? "Bayıldığınız nedir?" diye sorduklarında "güne kahveyle başlamak" dediniz. Kilo vermektense "fit" olup kendinizi iyi hissettiniz. Telefonu kapatırken "by by" diyen bir arkadaşınıza yutkunarak da olsa "by" diyebildiniz.

Bu girişi okurken, işte yine dilimizdeki yabancı sözcüklere gönderme yapacak, olumsuzluklarından söz edecek bir yazıyla karşı karşıyayım diye düşünebilirsiniz. Oysa öyle olmayacak.

"Süper" sözcüğüne takılmadan, yakınlarda kendinizi çok iyi, çok güçlü, enerjik, harika hissettiğiniz oldu mu?

Kendime "bayılıyorum" diyebileceklerimi sordum bu sabah. Sonra sevgili eşime neye bayıldığımı sordum. "Lahmacun" dedi.

Gerçekten çtır çtır, acısı bol lahmacunu severim. Ancak bayıldığımı söylemek biraz güç.



Fotoğraf: "Yağmurda Yürüyüş" Dr. Tunç Alp Kalyon, Urfa STED Fotoğraf Yarışması 2007 Sergi Ödülü

Çikolata olabilir mi? Çocukluğumda şeker bayramlarında çocuklara şeker verirdi, büyüklere bademle çikolata. O yaşında şeker bana dokunuyor demiştim bir komşumuza, dolaylı da olsa çikolata istemişim. Yıllar geçti, her gördüğünde komşumuz bana anımsatırdı bu davranışımı. Yine de düşünüyorum da çikolataya düşkünlüğüm bayılacak denli değil.

Üniversite yıllarımda İstanbul Atatürk Kültür Merkezi'nde Çarşamba günleri Oda Tiyatrosu'na giderdim. Önce öğrenci harçlığımla İstiklal Caddesi'nde birkaç lokma atıştırırdım. İstanbul'da yaşayanlar, İstiklal Caddesi'nde tavuklu yumurta yapan, yanında yarım ekmek ve ayranla sıradan bir yemeği ziyafete dönüştüren lezzeti anımsayacaklardı.

Sonra çoğunlukla tek başıma kimi zaman da bu heyecanıma ortak olan bir arkadaşımın saat 19'da Oda Tiyatrosu'nun salonuna girerdim. Koca İstanbul'da küçücük bir sahnede, birkaç kişi için kocaman bir dünya kurulurdu. Doğrusu kendimi çok özel hissederdim. Küçük bütçeli, çoğunlukla birkaç oyuncunun oynadığı oyunları izlerdim. İzlediklerim arasında en çok sevdiğim, şimdi düşünüyorum da belki de bayıldıklarım, tek kişilik oyunlardı.

Atatürk Kültür Merkezi'nin dışında pek çok tiyatrodaki tek kişilik oyunlar izledim. Çok etkilensem de, Oda Tiyatrosu'ndaki tadı alamadım. Sanırım yüklediğim anlam, gençlik çağımın coşkusu ve doğal olarak o sahnede, salonda bulduklarım orasını ayrıcalıklı yaptı benim için. Biletim olmasa da, geciksem de, kapıdaki görevlinin beni içeri alması, tüm çekingenliğimle, kimseyi rahatsız etmeden bir kenara girip oturmam yaşadığım sevginin tek yanlı olmadığının belirtisiydi.

Bakın bir Pazar sabahı kahvaltımı yaparken televizyondaki magazin programındaki bir sanatçının bayıldığı kahvenin bana anımsattıklarına... Tek kişilik oyunlar, oda tiyatrosu, tavuklu yumurta, sevginin hissedilmesi, İstanbul ...

Aklıma gelmişken bir arkadaşım acı bademe bayılır. Yarın masasında acıbadem bulsa hoşlanır sanırım.

Bilimsel ve dostça kalın...

Ankara Merkezinde Bulunan Bir Sağlık Ocağına Başvuran Kadınların Ruhsal Belirtileri ve Aile İçi Şiddet ile İlişkisi

Mental Symptoms and Their Association with Domestic Violence Among Women Attending a Primary Health Care Center in Ankara



*Dr. Özge Karadağ**, *Dr. Sarp Üner***, *Dr. Merve S. Durak****,
*Dr. Seda Demireğen****, *Dr. M. Fazıl Bağcı****

Öz

Giriş: Fiziksel yakınmalarla sağlık merkezlerine başvuran kadınların azımsanmayacak bir kısmında yakınmaların altında yatan asıl neden ruhsal sorunlardır. Bu çalışmada, Ankara merkezinde bir sağlık ocağına başvuran 18 yaş ve üzeri kadınların ruhsal durumlarının Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) ile değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Tanımlayıcı tipteki araştırmanın evrenini, Ankara merkezinde hizmet veren bir sağlık ocağına üç iş günü içinde herhangi bir nedenle başvuran ve en az ortaokul mezunu olan 18 yaş ve üzeri kadınlar oluşturmaktadır. Araştırmanın verileri, kadınların bazı sosyo-demografik özelliklerini ve şiddete maruz kalma durumlarını içeren anket formu ve Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) ile toplanmıştır. Verilerin analizinde SPSS 15.0 istatistiksel paket programı kullanılarak ki-kare, t testi ve ANOVA önemlilik testleri uygulanmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan 268 kadının yaşları 18-67 arasında olup, yaş ortalaması $33,7 \pm 9,9$ yıldır. Kadınların yüzde 51,5'i şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. Araştırmaya katılan kadınların yüzde 18,7'sinin "Genel Belirti Düzeyi" puanı, kesim puanı olan "1" in üzerinde bulunmuştur. Eğitim düzeyi düşük olanların, gelir getiren bir işte çalışmayanların, evli olanların, çok çocuğa sahip olanların ve şiddete maruz kalanların "Pozitif Belirti Toplamı" puanı ortalaması yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$).

Sonuç: Araştırmaya katılan beş kadından birinin, ruh sağlığı açısından ileri tetkiklerinin yapılması gerekmektedir. Bu bulgu, sağlık çalışanlarının ruhsal bozukluklar konusunda farkındalık düzeyinin yüksek olmasını gerekli kılmaktadır. Kadın ruh sağlığı ile ilişkili bulunan etmenler, sağlık hizmeti sunumunda ruhsal belirtiler konusunda daha dikkatli olunması açısından yol gösterici olabilir. Özellikle birinci basamakta görevli sağlık çalışanlarının ruhsal belirtileri olan kadınları daha kolay tanıyarak, uygun müdahale ve yönlendirmeyi yapabilmeleri için ulusal çapta hizmet içi eğitimler düzenlenmesine gereksinim bulunmaktadır.

Anahtar sözcükler: Belirti tarama listesi, Kadın, Ruhsal belirti, Şiddet.

Abstract

Introduction-Objective: A significant number of women presenting with physical symptoms to health care centers have mental problems as the underlying cause of their symptoms. This study aimed to assess the mental symptoms of women, who are at least 18 years of age, attending a primary health care center, using the Symptom Check List (SCL-90-R).

Materials-Methods: The universe of this descriptive study was defined as all the female outpatients who were at least 18 years of age, who were junior high school graduates or above and who visited the selected primary health care center in Ankara in one of the three consecutive working days in which this study was underway. Data were gathered by SCL-90-R and a questionnaire regarding some sociodemographic characteristics and exposure to violence. Chi-square, t-test and ANOVA were used to analyse the data by SPSS 15.0 statistics package programme.

Results: The ages of the women ($n=268$) participating in the study ranged from 18 to 67 years with a mean age of $33,7 \pm 9,9$ years. 51.5 percent of the women were exposed to some kind of violence. In the study, the "global symptom index" scores of 18.7 percent of the women were above the cut-off point of 1. Mean "positive symptom total" scores were found to be higher in less educated, unemployed, married women as well as in women who had more children and who were exposed to some kind of violence ($p < 0,05$).

Conclusion: One out of five women participating in the study required further evaluation of their mental health. This finding, which indicates high prevalence of mental symptoms among women, shows that health care professionals need to be highly aware of mental disorders. The study findings on factors associated with women's mental health may guide health workers for being more aware of mental symptoms during health service delivery. There is a need for interventions such as nationwide in-service training of health care workers who especially work in primary health care for easier identification, appropriate management and referral of women with mental symptoms.

Key words: Symptom check list, woman, mental symptom, violence.

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

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

***Int.; Hacettepe Ü, Tıp Fakültesi, Ankara

Giriş

Günümüzde küresel hastalık yükünün yüzde 14'ünü nöropsikiyatrik bozukluklar oluşturmaktadır (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), ruhsal bozuklukların ve özellikle depresyonun, 2020 yılında küresel hastalık yükünün en önemli ikinci nedeni olacağını öngörmektedir. Öte yandan, kadınların depresyon geçirme riskinin, gerek gelişmiş, gerekse gelişmekte olan ülkelerde, erkeklere kıyasla iki kat daha fazla olduğu bildirilmektedir (2). Ülkemizde ruh sağlığı alanında yapılan pek çok çalışma kadınların özellikle depresyon ve anksiyete bozuklukları açısından risk altında olduklarını göstermektedir (3-5). Bu durum, kadın ruh sağlığı sorunlarını, halk sağlığı açısından önemli kılmaktadır.

Fiziksel yakınmalarla sağlık merkezlerine başvuran kadınların azımsanmayacak bir kısmında yakınmaların altında yatan asıl neden ruhsal sorunlardır. Bu gibi durumlarda fiziksel yakınmaya yönelik tedaviler uygulanmakta, ruhsal sorunlar ise çoğu zaman gözden kaçmaktadır. Ayrancı ve Yenilmez, ruhsal bozuklukların fiziksel bir hastalığa eşlik edebildiğini ve birinci basamak hekimlerinin hastalardaki ruhsal belirtilerin yeterince farkına varamadıklarını bildirmektedirler (6). Öztürk'e göre de, her yıl yaklaşık beş yetiştikenden birinde ruh sağlığı sorunu görülmesine karşın, birinci basamakta bu rahatsızlıkların yüzde 30-80'ine tanı konamamaktadır (7).

DSÖ'nün 2020 yılında küresel hastalık yükünün en önemli nedeni olarak öngördüğü sağlık sorunlarından bir diğeri ise şiddettir (2). Birleşmiş Milletler'in tanımına göre şiddet; kişinin fiziksel, cinsel ya da psikolojik zarar görmesi ya da acı çekmesi ile sonuçlanan ya da sonuçlanması olası olan hareketlerin tehdidini, baskıyı ya da özgürlüğün keyfi engellenmesini de içeren her türlü istenmeyen davranış ve tutumları ifade etmektedir (8). Kadınlara karşı özellikle fiziksel, psikolojik, cinsel ve ekonomik boyutları ile tanımlanan şiddet, kadın ruh sağlığını olumsuz etkilemektedir (9-12). Sağlık çalışanlarının, ruhsal belirtiler kadar, aile içi şiddeti mahrem bir konu olarak gören şiddet mağduru kadınları tanıyamamaları ve müdahalede bulunamamaları nedeni ile sorunlar yaşanmaktadır.

Ruhsal sorunları tarama amacıyla kullanılan ölçekler, genellikle kendini değerlendirme ölçeği türünde formlardır ve normal toplumda ruhsal bozuklukların belirtilerini saptamak amacıyla uygulanırlar. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması olan Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R), birinci basamak sağlık hizmetlerinde uygulanabilecek ölçekler arasındadır (13).

Bu çalışmada, bir sağlık ocağına başvuran ve en az ortaokul mezunu olan 18 yaş ve üzeri kadınların ruhsal belirtilerinin SCL-90-R ile değerlendirilmesi ve şiddete maruz kalma durumu ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı tipteki araştırmanın evrenini, Ankara merkezindeki bir sağlık ocağına üç iş günü içinde herhangi bir nedenle başvuran 18 yaş ve üzeri kadınlar oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçilmemiş, polikliniğe başvuran kadınlardan ortaokul ve üzeri öğrenim düzeyine sahip olan tüm kadınların çalışmaya alınması planlanmıştır.

Araştırmanın verileri, kadınların bazı sosyodemografik özelliklerini ve şiddete maruz kalma durumlarını içeren anket formu ve SCL-90-R ile toplanmıştır. SCL-90-R, Derogatis ve Clearly (1977) tarafından geliştirilen ve 90 maddeden oluşan beşli Likert tipi bir ölçektir (14,15). Ruhsal belirtileri tarama amacıyla hazırlanan ölçeğin, çoğunlukla stresin neden olduğu olumsuz tepkilerin düzeyini belirlemek amacı ile büyük çaptaki "normal" örneklemelere uygulandığı gözlenmektedir. Uygulanabilmesi için en az ortaokulu bitirmiş ve 17 yaşını doldurmuş olmak koşulları aranan ölçekte üç ayrı genel puan hesaplanır: genel belirti düzeyi (GSI), pozitif belirti toplamı (PST) ve pozitif belirti düzeyi (PSDI). Genel ortalama puanı olan GSI'deki artış, bireyin psikiyatrik belirtilerden duyduğu sıkıntıdaki artışı gösterir. PST artışı, psikiyatrik belirti çeşitlerinin algılanması ile ilişkilidir. PSDI'deki artış ise kişinin ruhsal yakınmalarından duyduğu sıkıntının ağırlıklı ortalamasını gösterir. Formun Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Dağ tarafından yapılmıştır (16). Türkçe versiyonunun test-tekrar test güvenilirlik katsayıları 0,78 ile 0,98 arasında değişmektedir (17). SCL-90-R'nin geçerliliğiyle ilgili olarak yapılan çalışma sonuçları bu testin genel olarak psikopatolojiyi ölçebileceği, alt ölçeklerin

birbirinden farklı psikiyatrik belirti gruplarını ayırt edemeyeceği; ancak bir bütün olarak "psikiyatrik belirtiselliği" çok iyi gösterecek bir yapı geçerliliğinin bulunduğu şeklinde yorumlanmaktadır (18).

Araştırmanın verileri, gözlem altında anket uygulama tekniği ile toplanmış ve katılımcılardan sözel izin alınmıştır. Verilerin analizinde SPSS 15.0 istatistiksel paket programı kullanılarak ki-kare, t testi ve ANOVA önemlilik testleri uygulanmış, p değeri 0,05 olarak alınmıştır.

Bulgular

Çalışmaya katılan 268 kadının yaşları 18-67 arasında olup, yaş ortalaması $33,7 \pm 9,9$ yıldır. 20-29 yaş grubu, %38,0 ile en büyük grubu oluşturmaktadır. Araştırmaya katılanların yüzde 53'ü lise mezunudur. Kadınların yüzde 29,8'i gelir getiren herhangi bir işte çalışırken, yüzde 6,0'sı emeklidir. Katılımcıların yüzde 64,6'sı evlidir ve yüzde 7,9'unun herhangi bir sağlık güvencesi yoktur (Tablo 1). Sağlık güvencesi olanlar arasında en büyük grubu, yüzde 32,5 ile SSK'lılar oluşturmaktadır.

Araştırmaya katılanların yüzde 20,5'inin tanı almış kronik bir hastalığı bulunmaktadır; en sık görülen hastalıklar hipertansiyon (yüzde 7,8) ve diyabettir (yüzde 5,3).

Araştırmaya katılan kadınların yüzde 51,5'i yaşam boyu herhangi bir şiddete (psikolojik, fiziksel, ekonomik, cinsel) maruz kaldığını belirtmiştir. Şiddet gördüğünü belirten 138 kadının yüzde 80,4'ü psikolojik, yüzde 34,8'i ekonomik, yüzde 19,6'sı fiziksel, yüzde 3,6'sı ise cinsel şiddete maruz kalmıştır. Bu kadınların yüzde 65,2'si eşleri, yüzde 38,4'ü babaları, yüzde 21,0'i ise ağabeyleri ya da erkek kardeşleri tarafından şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. Şiddete maruz kaldığı belirten kadınların yüzde 60,7'si, şiddetin günlük yaşamlarını etkilediğini belirtmişlerdir.

Araştırmada, kadınların eğitim düzeyi yükseldikçe, şiddete daha az maruz kaldıkları saptanmıştır. Buna göre ortaokul mezunlarının yüzde 63,1'i ve lise mezunlarının yüzde 58,5'i şiddete maruz kaldığını belirtirken, bu durum üniversite mezunlarında yüzde 23'e düşmektedir ($p < 0,001$).

Araştırmaya katılan kadınların ruhsal belirtilerinin değerlendirildiği SCL-90-R puanlarına göre; katılımcıların GSI (Genel belirti düzeyi) puanları 0,00-2,87 arasında

değişmekte olup puan ortalaması $0,62 \pm 0,48$; PST (Pozitif belirti toplamı) puanları 0,00-90,00 arasında değişmekte olup puan ortalaması $35,99 \pm 21,06$ ve PSDI (Pozitif belirti düzeyi) puanları 1,00-3,00 arasında değişmekte olup puan ortalaması $1,44 \pm 0,35$ olarak hesaplanmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların yüzde 18,7'sinin, GSI puanı, kesim puanı olan 1'in üzerinde bulunmuştur. GSI puanları ile yaş gruplarının, öğrenim durumlarının, çalışma durumlarının, gelir düzeylerinin, çocuk sayılarının, kronik hastalığı olma ve şiddete maruz kalma durumlarının karşılaştırılması sonucunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Medeni durum ile GSI puanları karşılaştırıldığında, evli ya da boşanmış olanların bekâr ya da dul olanlara göre GSI ≥ 1 olma durumunun daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$).

Araştırmaya katılan kadınların yaş gruplarına göre PST puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0,05$). Katılımcıların öğrenim düzeyi yükseldikçe, PST puan ortalamaları düşmektedir ($p < 0,05$). Gelir getiren bir işte çalışmayanların, bir işte çalışanlar ve emekli olanlara göre PST puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Evli olanların PST puan ortalaması, evli olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksektir ($p < 0,05$). Kadınların sahip oldukları çocuk sayısı arttıkça, PST puan ortalamaları artmıştır ($p < 0,05$). Yaşam boyu herhangi bir şiddete maruz kalan kadınların PST puan ortalaması, şiddete maruz kalmayanlara göre yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$) (Tablo 1).

Araştırmaya katılan kadınların PST puanları ile gelir düzeyi, kronik hastalığı olma durumları ve şiddetten etkilenme durumlarının karşılaştırılması sonucunda gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Araştırma katılan kadınların, ruhsal yakınmalarının kendilerine ne kadar rahatsızlık verdiğinin ifadesi olan PSDI puan ortalamaları ile sosyodemografik özellikleri, kronik hastalığı olma durumları, şiddete maruz kalma durumları ve şiddetten etkilenme durumlarının karşılaştırılması sonucunda, gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Tartışma ve Sonuç

Ankara merkezindeki bir sağlık ocağında yürütülen ve araştırmaya katılan kadınların yüzde 18,7'sinin GSI puanı, kesim puanı olan "1" in üzerinde bulunmuştur. Buna göre, araştırma kapsamındaki beş kadından birinin, ruh sağlığı açısından ileri incelemelerinin yapılması gerekmektedir.

Ölçek puanları, yaşa göre anlamlı fark göstermemiştir ($p>0,05$). Literatürde kadın ruh sağlığının yaş dönemlerine göre değişimi ile ilgili farklı bulgular yer almaktadır. Ruhsal belirti sıklığının yaşla birlikte azaldığını bildiren yayınların (19) yanı sıra, yaşla birlikte ruhsal belirtilerin arttığını (20) ya da farklı yaş dönemlerinde farklı ruhsal sorunlarla karşılaşıldığını bildiren yayınlar bulunmaktadır (21). GSI ve PSDI puanları öğrenim durumuna göre değişmezken ($p>0,05$), eğitim düzeyi düştükçe PST puan ortalamaları artmıştır

($p<0,05$). Buna göre, araştırmaya katılan kadınların eğitim düzeyi düştükçe, daha çeşitli ruhsal belirtiler gösterdikleri söylenebilir. Literatürde, eğitim düzeyi ile ruhsal belirtiler arasındaki ilişkiyi inceleyen pek çok çalışmada, eğitim düzeyi ile ruhsal belirtiler arasında negatif ilişki olduğundan sözedilmektedir (22,23).

Medeni durum ile GSI puanları karşılaştırıldığında, evli ya da boşanmış olanların bekâr ya da dul olanlara göre GSI ≥ 1 olma durumunun daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Benzer biçimde, evli olanların PST puan ortalaması, evli olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Bu durum, araştırma kapsamındaki evli kadınlarda daha fazla sayıda ve çeşitte ruhsal belirtinin varlığına işaret etmektedir. Öte yandan PSDI puanları ile medeni hallerin karşılaştırılması sonucu,

Tablo 1. Araştırmaya katılan kadınların yaş, öğrenim durumu, çalışma durumu, medeni hal, çocuk sayısı ve şiddete maruz kalma durumlarına göre PST (Pozitif belirti toplamı) puanlarının dağılımı (Aralık, 2007)

| | Sayı | Yüzde | PST* (ortalama) | Standart sapma | Test değeri (F-t;p) |
|-----------------------------------|------|-------|--------------------|-------------------|------------------------|
| Yaş yılı | | | | | |
| <20 | 9 | 3,4 | 26,78 | 14,34 | 1,302; 0,270 |
| 20-29 | 102 | 38,0 | 36,27 | 23,35 | |
| 30-39 | 93 | 34,7 | 38,26 | 20,18 | |
| 40-49 | 45 | 16,8 | 35,64 | 18,77 | |
| ≥ 50 | 19 | 7,1 | 28,58 | 18,97 | |
| Öğrenim durumu | | | | | |
| Ortaokul | 65 | 24,3 | 41,06 | 21,82 | 5,23; 0,006 |
| Lise | 142 | 53,0 | 36,57 | 20,03 | |
| Üniversite | 61 | 22,8 | 29,25 | 21,15 | |
| Çalışma durumu | | | | | |
| Emekli | 16 | 6,0 | 24,56 | 16,27 | 9,65; <0,001 |
| Çalışıyor | 80 | 29,8 | 29,67 | 20,14 | |
| Çalışmıyor | 172 | 64,2 | 39,99 | 20,86 | |
| Medeni hali | | | | | |
| Bekar | 73 | 27,2 | 27,73 | 18,71 | 6,52; <0,001 |
| Dul | 12 | 4,5 | 29,17 | 14,12 | |
| Boşanmış | 10 | 3,7 | 37,50 | 20,08 | |
| Evli | 173 | 64,6 | 39,87 | 21,46 | |
| Çocuk sayısı † | | | | | |
| 0 | 77 | 28,9 | 29,14 | 19,36 | 4,63; 0,001 |
| 1 | 40 | 15,0 | 32,20 | 18,65 | |
| 2 | 84 | 31,6 | 39,49 | 22,64 | |
| 3 | 48 | 18,0 | 43,25 | 19,59 | |
| 4 ve üzeri | 17 | 6,4 | 38,24 | 22,13 | |
| Şiddete maruz kalma durumu | | | | | |
| Evet | 138 | 51,5 | 39,67 | 20,29 | 2,97; 0,003 |
| Hayır | 130 | 48,5 | 32,09 | 21,24 | |
| Toplam | 268 | 100,0 | 35,99 | 21,06 | |

*PST (Positive Symptom Total): Pozitif Belirti Toplamı (PST artışı, ruhsal yakınma çeşitliliğinin artışına işaret etmektedir.)

† 2 katılımcı bu soruya yanıt vermemiştir.



gruplar arasında anlamlı fark bulunmamış olması, ruhsal belirtilerden duyulan rahatsızlığın anlamlı düzeyde farklı olmadığını göstermektedir. Literatürde de kadınların medeni durumu ve ruhsal belirtileri arasındaki ilişki hakkında çelişkili sonuçlar bulunmaktadır. Evli olmanın kadın ruh sağlığına olumlu ve olumsuz etkilerinden söz eden pek çok çalışma bulunmakta olup; evlilik-ruh sağlığı ilişkisi, kadının gelir getiren bir işte çalışma durumu ve çocuk sayısından da etkilenmektedir (24,25).

Araştırmaya katılan kadınların sahip oldukları çocuk sayısı arttıkça, PST puan ortalamaları artmıştır ($p < 0,05$). Öte yandan GSI ve PSDI puanları ile sahip olunan çocuk sayısı arasında benzer bir ilişki bulunmamıştır. Sahip olunan çocuk sayısının artması; annenin fiziksel, ekonomik ve ruhsal açıdan yükünün artması anlamına gelebilmektedir. Bu durum, annenin ruhsal belirti çeşitliliğinde artışa neden olmuş olabilir. Literatürde çocuk sayısının kadın ruh sağlığına etkisini, kadının çalışması ve medeni durumu ile ilişkilendiren yayınlar bulunmaktadır (26).

Gelir getiren bir işte çalışmayanların, bir işte çalışanlar ve emekli olanlara göre PST puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Çalışma durumu ile GSI ve PSDI puanlarının karşılaştırılması sonucu, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$). PST ile yapılan karşılaştırmalara göre; gelir getiren bir işte çalışmayan kadınlarda görülen ruhsal belirti çeşitleri artmaktadır. Bu bulgu, ekonomik gücün ve maddi anlamda bağımsızlığın, kadın ruh sağlığı açısından olumlu etkileri olduğunu desteklemektedir. Öte yandan, aylık gelir düzeyi ile ölçek puanları arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır. Bu durum, sosyoekonomik düzey ile ruh sağlığı arasında ters ilişki olduğunu ortaya koyan literatür ile uyumlu değildir (27,28). Çalışmanın tanımlayıcı olması ve katılımcı sayısının düşük olması çalışmanın kısıtlılıklarından olup, ölçek puanları ile aylık gelir düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanmamasının nedeni olabilir. Ev kadınları ve çalışan evli kadınlarında ruhsal belirtilerinin SCL-90-R kullanılarak karşılaştırıldığı bir çalışmada, ev kadınlarında görülen ruhsal belirtilerin, çalışan evli kadınlara göre daha fazla olduğu, her iki grupta da ruhsal belirtilerin toplam aile geliri ve öğrenim durumu ile yakın ilişkili olduğu saptanmıştır (29).

Araştırmaya katılanların yüzde 20,5'inin tanı konmuş kronik bir hastalığı bulunmaktadır; en sık görülen hastalıklar hipertansiyon (yüzde 7,8) ve diyabetir (yüzde 5,3). Ölçek puanları, kronik hastalığı olma durumuna göre anlamlı fark göstermemiştir ($p > 0,05$). Literatürde yer alan pek çok çalışmada; ruhsal belirtilerin, kronik hastalığı olan kişilerde, kronik hastalığı olmayan kişilere göre daha sık görüldüğü bildirilmektedir (30,31).

Araştırmaya katılan kadınların yarısından fazlası (yüzde 51,5) yaşam boyu herhangi bir şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. Son 15–20 yılda, dünyanın her yerinde, kadına yönelik şiddet ile ilgili çok sayıda araştırma yapılmıştır. Uluslararası nitelikte 48 çalışmanın verilerine göre, DSÖ kadınların eşleri ya da partnerleri tarafından şiddete uğrama oranının yüzde 10-69 arasında olduğunu bildirmiştir (32). Kadınlara karşı özellikle fiziksel, psikolojik, cinsel ve ekonomik boyutları ile tanımlanan şiddet, boyutu ne olursa olsun kadının ruh sağlığını olumsuz etkilemektedir (7-10).

Bu çalışmada fiziksel şiddete maruz kalma durumu yaklaşık yüzde 10 olarak saptanmıştır. Arat ve Altınay (2007), Türkiye'de kadına yönelik şiddet üzerine yaptıkları ve ulusal temsiliyeti olan araştırmalarında, her üç kadından birinin fiziksel şiddet gördüğünü bulmuşlardır (33). Çalışmamızda yaşam boyu herhangi bir şiddete maruz kalma durumunun sorulmuş olması, anımsama etmenin devreye girmesi nedeniyle bir sınırlılık oluşturmaktadır. Öte yandan şiddete maruz kalma sıklığının ulusal verilerin altında olmasının nedenlerinden birisi, araştırma kapsamındaki kadınların eğitim düzeylerinin yüksek olması olabilir. Kadınların eğitim düzeyi yükseldikçe, şiddete daha az maruz kaldıkları saptanmıştır. Okuma yazma bilmeyen kadınlar arasında en az bir kere fiziksel şiddet gördüğünü söyleyenler yüzde 43 iken, yüksek öğrenim görmüş kadınlar arasında bu durum yüzde 12'dir (33).

Araştırmaya katılan bazı kadınların, maruz kaldıkları şiddeti, şiddet olarak algılamıyor olmaları, haklı görüyor olmaları ya da şiddetten söz etmek istememeleri de, çalışmada bildirilen fiziksel şiddete maruz kalma oranının ulusal verilerin altında olmasına neden olmuş olabilir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'na (2003) göre, kadınların yüzde 39'u herhangi bir nedenle kocanın kadına vurmasını haklı

görmektedir (34). Arat ve Altınay'a göre ise, eşinden dayak yiyen kadınların yarısı bu durumdan söz etmemektedir (33).

Araştırmaya katılan kadınların GSI ve PSDI puanları ile şiddete maruz kalma durumlarının karşılaştırılması sonucunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Bosna Hersek'te SCL-90-R kullanılarak, aile içi şiddetin kadının ruh sağlığı üzerine etkisinin araştırıldığı bir çalışmada, kadınların GSI puanları ile eşleri tarafından gördükleri şiddet arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (35). Çalışmanın belirtilen kısıtlılıkları, bu ölçek puanları ile şiddete maruz kalma durumu arasında anlamlı ilişki saptanmamasının nedeni olabilir. Öte yandan, şiddete maruz kalan kadınların ölçeğe ait PST puan ortalaması, şiddete maruz kalmayanlara göre yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Bu bulgu, şiddete maruz kalan kadınlarda, kalmayanlara göre ruhsal belirti çeşitliliğinin arttığına işaret etmektedir ve daha önce SCL-90-R ile yapılan çalışmalar ile uyumludur (36, 37).

Tanımlayıcı tipteki araştırmaya, yalnızca sağlık ocağına başvuran ve en az ortaokul mezunu olan kadınlar alındığından, araştırmanın herhangi bir temsil gücü bulunmamaktadır. Buna karşın beş kadından birinin, ruh sağlığı açısından ileri incelemelerinin yapılması gerekmektedir. Kadınlar arasında ruhsal belirtilerin yaygınlığına işaret eden bu bulgu, sağlık çalışanlarının ruhsal bozukluklar konusunda farkındalık düzeyinin yüksek olmasını gerekli kılmaktadır. Çalışmanın bulguları, şiddete maruz kalan kadınlarda ruhsal belirtilerin çeşitliliğinin arttığını göstermektedir. Şiddete maruz kalan kadınlarda ruhsal yakınmaların daha çeşitli olması, görülen ruhsal bozuklukların çeşitliliğine işaret ediyor olabilir. Bu anlamda, kadına karşı şiddetin önlenmesi, kadının ruh sağlığının geliştirilmesi açısından büyük önem taşımaktadır.

Halk sağlığı yönünden, hastalıkların önlenmesi ve bireylerin iyilik durumunun korunarak geliştirilmesi öncelikli yaklaşımdır. Kadın ruh sağlığının bozulmasında kritik belirleyiciler olan sosyal etmenlerin tanımlanması, gerekli müdahalelerin planlanması yoluyla ruhsal bozukluklar için birincil koruma olanağı yaratacaktır. Özellikle birinci basamakta görevli sağlık çalışanlarının,

gerek ruh sağlığı sorunları olan, gerekse şiddet mağduru kadınları daha kolay tanıyarak, uygun girişim ve yönlendirmeyi yapabilmeleri için ulusal çapta hizmet içi eğitimler düzenlenmesine gereksinim bulunmaktadır.

Çalışmanın bulgularına göre; eğitim düzeyinin düşük olması, evli olmak, çocuk sayısının artışı ve gelir getiren bir işte çalışmamak, kadın ruh sağlığını olumsuz etkileyen etmenler olarak öne çıkmaktadır. Bu etmenlerin varlığı, sağlık hizmeti sunumunda ruhsal belirtiler konusunda daha dikkatli olunması açısından yol gösterici olabilir.

Araştırma kapsamında kullanılan SCL-90-R, var olan ruhsal belirtilerin taranması amacıyla kullanılan, klinik psikiyatrik tanıları içermeyen bir ölçektir. Bu konuda yapılacak ileri araştırmalarda, yapılandırılmış psikiyatrik görüşmeler yoluyla klinik tanıların konulması ve çeşitli sosyodemografik etmenler ile ilişkilerin değerlendirilmesi yoluna gidilmesi, var olan literatür bilgilerine katkı sağlayacaktır.

Daha geniş kapsamda, kadınların eğitimi ve çalışması konusunda toplumsal cinsiyet eşitliğini sağlamaya yönelik ulusal politikaların sürdürülmesi, aile planlanması konusundaki çalışmaların sürekliliğinin sağlanması, kadına karşı şiddetin önlenmesine yönelik halk eğitimi çalışmalarının yapılması ve şiddete uğrayan kadınlar için gerekli olan sağlık hizmetlerinin ve sosyal hizmetlerin geliştirilmesi, kadınların ruh sağlıklarının gelişimine önemli katkı sağlayacaktır.

İletişim: Dr. Özge Karadağ

E-posta: okaradag@hacettepe.edu.tr

Kaynaklar

- 1- Prince M., Patel V. et al. No Health Without Mental Health. *WLancet* 2007; 370: 859-77.
- 2- World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence. *Women's Mental Health: An Evidence Based Review*. Geneva, 2000.
- 3- Yelken B, Kaptanoğlu C. Panik bozukluğunun sosyodemografik özellikler ve aile işlevselliği açısından major depresyon ile karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2000; 11(2):113-120
- 4- Ünal S, Küey L, Güleç C, Bekaroğlu M, Evlice Y.E., Kırılı S. Depresif bozukluklarda risk etkenleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2002; 5(1):8-15
- 5- Tümkaya S, Özdel S, Değirmenci O, Oğuzhanoğlu T, Kalkan N. Bir üniversite hastanesi psikiyatri

- polikliniği hastalarında psikiyatrik tanı ve tedavi: Bir yıllık geriye dönük araştırma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005; 6(1):36-40
- 6- Ayrancı Ü, Yenilmez Ç. Eskişehir ilindeki sağlık ocaklarında konulan ruhsal hastalık tanılarını ile sosyoekonomik durum arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2001; 2(2):87-98
- 7- Öztürk, O.; Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 2. Basım Evrim Yayınları. İstanbul 1989; 485-92.
- 8- Birleşmiş Milletler Genel Kurulu, 58/147 Sayılı "Kadınlara Karşı Aile içi Şiddetin Ortadan Kaldırılması" Konulu Kararı, 22 Aralık 2003
- 9- Ludermir A.B. et al. Violence Against Women by Their Intimate Partner and Common Mental Disorders. *Social Science & Medicine* 66 (2008) 1008-1018
- 10- Astbury J. Violence against women and girls: Mapping the health consequences. *International Congress Series* 1287 (2006) 49-53
- 11- Bonomi A.E. et al. Intimate Partner Violence and Women's Physical, Mental, and Social Functioning. *Am J Prev Med* 2006;30(6)
- 12- Snow Jones A. et al. Long Term Costs of Intimate Partner Violence In A Sample of Female HMO Enrollees. *Women's Health Issues* 16 (2006) 252-261.
- 13- Aydın S. Birinci Basamakta Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeklerinin Kullanımı. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 2005; 9(1): 26-31.
- 14- Derogatis LR. SCL-90: Administration, scoring and procedure manual-I for the revised version. Baltimore: Johns Hopkins Univ, School of Medicine, Clinical Psychometrics Unit, 1977.
- 15- Derogatis LR, Spitzer PA. Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90R: a study in construct validation. *J Clin Psychol* 1977; 33:981-9.
- 16- Dağ İ. Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)'nin üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1991;2:5-12.
- 17- Öner N., Ruhsal belirti tarama listesi (SCL-90), Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testler, 3. baskı. Boğaziçi Üniversitesi Matbaası. İstanbul 1997, s. 461- 464.
- 18- Dağ İ. (2000) Belirti Tarama Listesi, Psikiyatride Kullanılan Ölçekler. Aydemir Ö, Köroğlu E (Ed), Ankara. Hekimler Yayın Birliği.
- 19- Henderson A.S, Jorm A.F, Korten A.E, Jacomb P, Christensen H, Rodgers B; Symptoms of depression and anxiety during adult life: evidence for a decline in prevalence with age: *Psychological Medicine* (1998), 28: 1321-1328.
- 20- Güleç C. Toplum Ruh Sağlığı Açısından Psikiyatrik Epidemiyoloji. In: Bertan M, Güler Ç: Halk Sağlığı Temel Bilgiler, 1997: 442-454.
- 21- Mental Health Act Commission Response to Women's Mental Health: Into the Mainstream Strategic Development of Mental Health Care for Women, Mental Health Act Commission; UK, 2002.
- 22- Kisely S, Scott A, Denney J, Simon G; Duration of untreated symptoms in common mental disorders: association with outcomes. *British Journal of Psychiatry* 2006; 189, 79-80.
- 23- Williams S., McGee R., Olaman S., Knight R. Level of education, age of bearing children and mental health of women. *Social Science and Medicine* 1997, Volume 45, Number 6, pp. 827-836 (10).
- 24- Abel K. Planning Community Mental Health Services for Women: A Multiprofessional Handbook. Routledge, 1996.
- 25- Weiner I.B. Handbook of Psychology, Volume 9 Health Psychology ; Published by John Wiley and Sons, 2003.
- 26- Biaggio M., Hersen M. Issues in the Psychology of Women; Springer, 2000.
- 27- Franz M, Lensche H. Psychosocial distress and symptoms of single mothers and their children in a large community sample. *Z Psychosom Med Psychother.* 2003;49(2):115-38.
- 28- Myer L, Stein DJ, Grimsrud A, Seedat S, Williams DR. Social determinants of psychological distress in a nationally-representative sample of South African adults. *Soc Sci Med.* 2008.
- 29- Çilli ve ark. Ev Kadınlarında ve Çalışan Kadınlarda Psikolojik Belirtilerin Karşılaştırılması. *Genel Tıp Dergisi* 2004: 14-1.
- 30- Katon W, Lin EH, Kroenke K. The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *Gen Hosp Psychiatry* 2007; 29(2):147-55.
- 31- Scalco AZ, Scalco MZ, Azul JB, Lotufo Neto F. Hypertension, depression; *Clinics* 2005; 60 (3):241-50.
- 32- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA et al. World Report on Violence and Health. World Health Organization, Geneva, 2002.
- 33- Altınay A. G., Arat Y. Türkiye'de Kadına Yönelik Şiddet; İstanbul, 2007.
- 34- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA), 2003.
- 35- Avdibegovic E, Sinanovic O. Consequences of Domestic Violence on Womens Mental Health in Bosnia and Herzegovina. *Croat Med J.* 2006 Oct; 47(5):730-41.
- 36- Hutchings PS, Dutton MA. Symptom severity and diagnoses related to sexual assault history. *J Anxiety Disord.* 1997 Nov-Dec;11(6):607-18.
- 37- Scheffer Lindgren M, Renck B. It is still so deep-seated, the fear: psychological stress reactions as consequences of intimate partner violence. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2008 Apr;15(3):219-28.

Üniversite Öğrencilerinin Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı Konularındaki Bilgi Düzeyleri ve Verilen Eğitimin Etkinliğinin İncelenmesi*

Investigation of the Levels of Knowledge of Undergraduates on the Issues of Sexual Health/Reproductive Health and Determining the Efficacy of the Education Provided



*Dr. Hilmiye Aksu** , Banu Karaöz*** , Dr. Filiz Ergin*****

Öz

Amaç: Bu çalışma Adnan Menderes Üniversitesi Eğitim Fakültesi 3. ve 4. sınıf öğrencilerinin cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve üreme sağlığı konusundaki bilgi düzeylerini belirlemek, verilen eğitimin etkinliğini incelemek ve katılımcıları Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı (CS/ÜS) konusunda bilgilendirmek amacıyla planlanmıştır.

Yöntem: Araştırmanın evrenini Adnan Menderes Üniversitesi Eğitim Fakültesi Sınıf Öğretmenliği Bölümü 3. ve 4. sınıf öğrencileri, örneklemini CS/ÜS eğitimine katılan 150 kişi oluşturmaktadır. Veriler 15.03.2007 tarihinde eğitim öncesi ve sonrası anket formu aracılığı ile toplanmıştır. Veri analizinde ise; yüzdelik, ki-kare ve t testi kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmamızda öğrencilerin yaş ortalamasının 20.1 olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %64.7'si kız, %35.3'ü erkek öğrencidir. Katılımcıların %17.3'ü cinsel deneyim yaşadıklarını dile getirmişlerdir. Üçten fazla cinsel eşi olanlar katılımcıların %6'sını oluşturmaktadır. Cinsel deneyimleri sırasında korunma yöntemi kullanma oranı ise %12 olarak bulunmuştur.

Araştırmada öğrencilerin, genel cinsellik ($p<0.01$), ereksiyon ($p<0.01$), kadın doğum uzmanına gitme nedenleri ($p<0.01$), üreme organları ($p<0.01$), cinsel yolla bulaşan hastalıklar ($p<0.01$), cinsel yolla bulaşan hastalıkların belirtileri ($p<0.01$) ve risk gruplarını tanımlayabilmeleri ($p<0.01$) ile ilgili konularda ön test ve son test puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı değerlendirilmiş olup eğitimin etkin olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Bu çalışmada, gençlerin cinsel ve üreme sağlığı bilgileri yetersiz bulunmuştur ve verilen eğitimin etkin olduğu görülmüştür. Bu bağlamda toplumda örnek olabilecek bir meslek olan öğretmenlik bölümü öğrencilerinin Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı (CS/ÜS) konularında yeterli bilgiye sahip olmaları gerekir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının üniversite öğrencilerine yönelik eğitici programlar düzenlemesi ve uygulaması gerekmektedir.

Anahtar sözcükler: Cinsel sağlık, Üreme sağlığı, Gençlik, Eğitim.

Abstract

Objective: This study was planned to determine the levels of knowledge of the third and fourth year undergraduates of the Faculty of Education of Adnan Menderes University on sexually transmitted diseases, to inform the participants about sexual health / reproductive health (SH/RH) and to review the efficacy of the education provided.

Method: The third and fourth year undergraduates of the Primary School Teaching Department of the Faculty of Education of Adnan Menderes University constituted the universe of the research and the 150 students who participated in the SH/RH education were selected as the sample. The data were collected on March 15th, 2007 by means of pre- and post-education questionnaire forms. Percentage, chi-square and t-tests were used in the analysis of the data.

Results: In our study, it was determined that the mean age of the undergraduates was 20.1. 64.4 % of the participating undergraduates were female, 35.3 % were male. 17.3 % of the participants stated that they had had sexual intercourse. Those who had had more than three sexual partners constituted 6 % of the participants. The ratio of using a protection method during sexual intercourse was found to be 12 %.

The differences between the mean scores of the pre-tests and post-tests related to sexuality in general ($p<0.01$), erection ($p<0.01$), indications for consulting a gynecologist ($p<0.01$), reproductive organs ($p<0.01$), sexually transmitted diseases ($p<0.01$), symptoms of sexually transmitted diseases ($p<0.01$) and their ability to recognise risk groups ($p<0.01$) were found to be significant and ascertained that the education had been effective.

Conclusion: In this study, knowledge of the youth about sexual and reproductive health was considered insufficient and it was observed that the education provided was effective. In this context, the undergraduates of the teaching department, a profession that may be a role model in the community, should have enough knowledge about sexual health/reproductive health issues. For this reason, it is a requirement that the healthcare authorities should organise and apply educative programs intended for undergraduates.

Key words: Seksual health, Reproductive health, Youth, Education.

*11. Ulusal Halk Sağlığı Kongresinde poster sunumu olarak sunulmuştur.

**Yrd. Doç.; Adnan Menderes Ü. Aydın SY. Doğum-Kadın Sağ. ve Hast. Hem. AD, Aydın

***Arş. Gör.; Adnan Menderes Ü. Aydın SY. Doğum-Kadın Sağ. ve Hast. Hem. AD, Aydın

****Yrd. Doç.; Adnan Menderes Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Aydın

Giriş

Üreme sağlığı; üreme sistemi, işlevleri ve süreci ile ilgili yalnızca hastalık ve sakatlığın olmaması değil, tüm bunlara ilişkin fiziksel, zihinsel ve toplumsal yönden tam bir iyilik halinin olmasıdır.

Üreme sağlığı aynı zamanda, insanların doyurucu ve güvenli bir cinsel yaşamlarının olması, üreme yeteneğine sahip olmaları, üreme yeteneklerini kullanmada karar verme özgürlüğüne sahip olmaları demektir (1).

Cinsellik, insan yaşamının önemli bir parçasıdır ve cinsellik; toplumsal cinsiyet kimlikleri ve rolleri, cinsel uyum, erotizm, doyum, yakınlaşma ve üreme kavramlarını kapsar. Cinsellik düşünce, fantezi, arzu, inanç, tutum, değer, davranış, uygulama, rol ve ilişkiler aracılığıyla denir ve ifade edilir. Cinsellik, bunların tümünü kapsayabileceği gibi bunların hepsi her zaman deneyim ile ifade edilemez. Biyolojik, fizyolojik, toplumsal, ekonomik, siyasi, kültürel, yasal, tarihi, dini ve manevi etmenlerin etkileşimi cinselliğe yansır (1).

Türkiye Devlet İstatistik Enstitüsü tarafından yapılan 2000 yılı nüfus sayımı sonuçlarına göre 10-24 yaş grubunun toplam nüfus içindeki payı %21,1'dir. Yani her beş



kişiden birisi gençlik yaş grubundadır (2). Son yıllarda cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların (CYBE) görülme sıklığı artmıştır (3). Tüm dünyada CYBE en çok 20-24 yaş grubunda, daha sonra 15-19 ve 25-29 yaş gruplarında görülmektedir. Cinsel yönden aktif dönemde bulunan gençlerde sağlıklı cinsel yaşam önem kazanmaktadır (4, 5).

Yaşanan hızlı sosyokültürel değişim, ergenlik döneminde cinsel konularda yeterli eğitim almamış olmak, üniversite çağındaki gençleri Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı (CS/ÜS) konularında riske açık bir topluluk haline getirmektedir. Gençler, üreme sağlığı sorunlarını sık yaşamaları, üreme sağlığı hizmetlerinden en az yararlanan grup olmaları, nüfus içerisinde oranlarının fazla olması gibi nedenlerle, üzerinde özellikle fazla durulması gereken bir gruptur.

Cinsel kimliğin kazanılmasının çocukluktan yetişkinliğe geçiş süreci olarak ergenlik döneminin temel değişimi oluşturması, üreme sağlığını ergen sağlığının önde gelen konusu haline getirmektedir (6). Ergen yaş grubu, cinselliğin yaşanmaya başlaması, ancak bu konudaki bilgilerin tam olmaması nedeniyle sorunların sık görüldüğü bir yaş grubudur. Bu nedenle bu yaş grubunun cinsellik hakkındaki bilgilerinin artırılması toplumun genel sağlığı açısından önemlidir (7).

Üreme işlevlerinin geliştiği ergenlik dönemi, aile planlaması ve CYBE kavramlarının gündeme geldiği bir dönemdir. Adölesanlar, CYBE ve istenmeyen gebelikler ile bunlara bağlı gelişebilecek komplikasyonlar açısından risk altındadır (5).

Hızlı nüfus artışı ve CYBE'nin (özellikle HIV enfeksiyonu) yayılımı ve şu an için başlıca korunma yolunun güvenli cinsel ilişki ve kondom kullanımı olması, aile planlaması ve cinsellik konularının sürekli olarak gündemde kalmasına yol açmaktadır. Bu konuda hedef kitleyi oluşturan gençlerin konuya ilişkin bilgi tutum ve eğilimlerinin bilinmesi sorunun çözümü açısından önemlidir (8).

Cinsel eğitim yaşam boyu süren bir süreçtir. Cinsel eğitim, cinsel gelişim, üreme sağlığı, kişiler arası ilişkiler, cinsiyet rolleri, cinsel sağlık, duygu, güven gibi konuları içermektedir. Ülkemizde çocuklara ve gençlere yönelik cinsel eğitimde çeşitli düzeylerde güçlüklerle karşılaşıldığı bir gerçektir (9).



Tablo 1. Öğrencilerin tanıtıcı özellikleri

| | Öğrencilerin tanıtıcı özellikleri | |
|---|-----------------------------------|------|
| | Sayı | % |
| Yaş | | |
| 18-20 yaş | 50 | 33.3 |
| 21-22 yaş | 75 | 50.0 |
| 23-24 yaş | 25 | 16.7 |
| Cinsiyet | | |
| Erkek | 53 | 35.3 |
| Kız | 97 | 64.7 |
| Cinsel Deneyim Yaşama | | |
| Cinsel deneyim yaşayan | 26 | 17.3 |
| Cinsel deneyim yaşamayan | 124 | 72.7 |
| Üç'ten fazla cinsel eşi olma durumu | | |
| Evet | 9 | 6.0 |
| Hayır | 141 | 94.0 |
| Cinsel deneyimleri sırasında korunma yöntemi kullanma durumu | | |
| Kullanan | 18 | 60.1 |
| Kullanmayan | 8 | 30.9 |

Bu çalışma Eğitim Fakültesi öğrencilerinin cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve üreme sağlığı konusundaki bilgi düzeylerini belirlemek, eğitim sonrası verilen eğitimin bilgi düzeyine etkisini araştırmak ve katılımcıları Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı (CS/ÜS) konusunda bilgilendirmek amacıyla planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Bu araştırma tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırmanın evrenini Adnan Menderes Üniversitesi Eğitim Fakültesi Sınıf Öğretmenliği bölümü 3. ve 4. sınıf öğrencileri, örneklemini CS/ÜS eğitimine katılan 150 kişi oluşturmaktadır. Amaca uygun anket formu yayınlarda yer alan benzer çalışmalar dikkate alınarak oluşturuldu. Anket formu, öğrencilerin

cinsel sağlık ve üreme sağlığına ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarını içeren toplam 16 sorudan oluşmaktadır. Veriler 15.03.2007 tarihinde eğitim öncesi ve sonrası anket formu aracılığı ile toplanmıştır. Veri analizinde ise; yüzdelik, ki-kare ve t testi kullanılmıştır.

Bulgular

Çalışmamızda öğrencilerin % 50'si 21-22 yaş arasında olup, öğrencilerin yaş ortalamalarının 20.1 olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %64.7'si kız, %35.3'ü ise erkek öğrencidir. Katılımcıların %17.3'ü cinsel deneyim yaşadıklarını belirtmişlerdir. Üçten fazla cinsel eşi olanlar katılımcıların %6'sını oluşturmaktadır. Cinsel deneyimleri sırasında korunma yöntemi kullanma oranı %60.1'dir.

Eğitim öncesi, erkeklerde hangi durumlarda sertleşme (ereksiyon) görüldüğüne ilişkin bilgileri %70.7'si biliyor iken, eğitim sonrası bu oran %92.9 olarak bulunmuştur. Eğitim öncesi kadınlara ve erkeklere yönelik cinsel bilgileri (erken boşalma, penis büyüklüğü, kızkık zarı, masturbasyon) bilme durumuna bakıldığında %49.3'ü biliyor iken, eğitim sonrası bu oran %82.3 olarak bulunmuştur.

Eğitim öncesi, bir kadının hangi durumlarda kadın doğum uzmanına gitmesi gerektiğini bilme durumlarına bakıldığında %64'ü biliyor iken, eğitim sonrası bu oran %90.3 olarak bulunmuştur. Eğitim öncesi üreme organlarına ilişkin bilgileri bilme durumu incelendiğinde katılımcıların %90.0'ı biliyor iken, eğitim sonrası bu oran %97.3 olarak bulunmuştur.

Eğitim öncesi cinsel yolla bulaşan hastalıkların tanımını yapabilme durumu %38.7'den, eğitim sonrası %74.3'e, cinsel yolla bulaşan hastalıklar için risk gruplarını bilme durumu %59.3'ten, eğitim sonrası

Tablo 2. Öğrencilerinin cinsel sağlık/üreme sağlığı konularındaki bilgi düzeylerinin eğitim öncesi ve eğitim sonrası durumları

| Cinsel sağlık/üreme sağlığı konuları | Eğitim öncesi | | Eğitim sonrası | |
|--|---------------|------|----------------|------|
| | Sayı | % | Sayı | % |
| Erkeklerde hangi durumlarda sertleşme (ereksiyon) görülmeye durumunu bilme | 106 | 70.7 | 105 | 92.9 |
| Kadınlara ve erkeklere yönelik cinsel bilgileri bilme durumu | 74 | 49.3 | 93 | 82.3 |
| Bir bayanın hangi durumlarda kadın doğuma gitmesi gerektiğini bilme durumu | 96 | 64 | 102 | 90.3 |
| Üreme organlarına ilişkin bilgileri bilme durumu | 135 | 90 | 110 | 97.3 |
| Cinsel yolla bulaşan hastalıkların tanımını yapabilme durumu | 58 | 38.7 | 84 | 74.3 |
| Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar için risk gruplarını bilme durumu | 89 | 59.3 | 111 | 98.2 |
| Cinsel yolla bulaşan hastalıkların belirtilerini bilme durumu | 63 | 42.0 | 106 | 93.8 |
| Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için yapılması gerekenleri bilme durumu | 147 | 98.0 | 111 | 98.2 |



%98.2'ye, cinsel yolla bulaşan hastalıkların belirtilerini bilme durumunun %42'den, eğitim sonrası %93.8'e yükseldiği belirlenmiştir. Eğitim öncesi cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için yapılması gerekenleri bilme durumu incelendiğinde katılımcıların %98.0'ı biliyor iken, eğitim sonrası bu oran %98.2 olarak bulunmuştur.

Araştırmada öğrencilerin, genel cinsellik ($p<0.01$), sertleşme ($p<0.01$), kadın doğum uzmanına gitme nedenleri ($p<0.01$), üreme organları ($p<0.01$), cinsel yolla bulaşan hastalıklar ($p<0.01$), cinsel yolla bulaşan hastalıkların belirtileri ($p<0.01$) ve risk gruplarını tanımlayabilmeleri ($p<0.01$) ile ilgili konularda ön test ve son test puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı değerlendirilmiş olup eğitimin etkin olduğu belirlenmiştir.

Tartışma

Türkiye'de gençlerin toplam nüfus içindeki payı yüksektir (1/5). Üniversitelerde ve liselerde küçük örneklem grupları ile yapılan çalışmalarda gençlerin üreme sağlığı bilgileri yetersiz olarak değerlendirilmektedir.

TNSA 2003 verilerine göre 25-29 yaş evli erkeklerden üçte birinin ilk cinsel deneyimlerini 18 yaş civarında yaşamakta olduğu bulunmuştur (10). Üniversitelerde değişik sınıflarda yapılan çalışmalarda genç erkeklerin %65-80'inin cinsel ilişki deneyimi olduğu bulunmuştur (11). Bu çalışmada katılımcıların %17.3'ü cinsel deneyim yaşadıklarını belirtmişlerdir. İlgün ve ark.'nın (2003) yaptığı çalışmada katılımcıların %26.8'inin cinsel deneyim yaşadıkları bunların %12.2'sinin kız olduğu bulunmuştur (8). Çalışmamızda cinsel deneyim yaşayanların tümü erkektir.

Katılımcıların bildikleri cinsel yolla bulaşan hastalıklar AIDS, Gonore, Hepatit B olarak bulunmuştur. Bu durum CYBE'lerin daha güncel olması ve özellikle medyada sıkça yer almasından kaynaklanabilir. Açikel ve ark.'nın (2005) yaptığı çalışmada cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında genel bilgilere ilişkin sorulara verilen yanıtların %65.2'sinin "doğru" olduğu belirtilmiştir (12). Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ülkemizde olduğu gibi tüm dünyada artmaktadır. Gerekli önlemler alınmadıkça artmaya devam edecektir. Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için dünyanın kabul ettiği en önemli etkinlik eğitimidir (13).

Araştırmada üçten fazla cinsel eşi olanlar katılımcıların %6'sını oluşturmaktadır. Cinsel deneyimleri sırasında korunma yöntemi kullanma oranı ise (%12) olarak bulunmuştur. Efe ve ark.'nın (2006) yaptığı çalışmada öğrencilerin yarısından fazlasının (%67.1) birden fazla cinsel eşinin olduğu belirlenmiştir (14). Açikel ve ark.'nın (2005) yaptığı çalışmada "Bir prezervatif kaç kez kullanılır" sorusunu katılımcıların %86.5'i doğru olarak yanıtlamıştır (12). Üniversite öğrencilerinin cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korunmak için bariyer yöntemleri kullanma hızları düşüktür ve çoğunun güvenli cinsellik davranışları göstermedikleri görülmektedir. Kız ve erkeklerin cinsel/üreme sağlığı konusunda bilgileri yetersizdir (2).

Bu araştırmada, gençlerin cinsel ve üreme sağlığı bilgileri yetersiz bulunmuştur ve verilen eğitimin etkin olduğu görülmüştür. Bu bağlamda toplumda rol model olabilecek bir meslek olan öğretmenlik bölümü öğrencilerinin Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı (CS/ÜS) konularında yeterli bilgiye sahip olmaları gerekir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının üniversite öğrencilerine yönelik eğitici programlar düzenlemesi ve uygulaması gerekmektedir.

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkındaki bilgilerin üreme sağlığı eğitimleri ile bütünleştirilerek verilmesi ve yapılacak eğitim öncesi-eğitim sonrası karşılaştırmalarla değerlendirilmesi yararlı olacaktır. İnsan yaşamının önemli bir parçası olan cinselliğin beraberinde getirdiği önemli konulardan ikisi üreme sağlığı ve cinsel yolla bulaşan hastalıklardır. Üniversite gençlerine yönelik düzenli ve sürekli bir üreme sağlığı eğitim programı oluşturulmalıdır.

İletişim: Dr. Hilmiye Aksu
E-posta: hilmiyeaksu@yahoo.com

Kaynaklar

1. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı No:1-B, Üreme Sağlığına Giriş, Katılımcı Rehberi, T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankamat Matbaacılık, Ankara, 2007.
2. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı No:5-B, Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri, Katılımcı Kitabı, T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankamat Matbaacılık, Ankara, 2007.
3. Özdemir L, Ayvaz A, Poyraz Ö. Cumhuriyet Üniversitesi öğrencilerinin cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusundaki bilgi düzeyleri. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2003; 25 (1): 10-14.
- 4- Ok Ş, Zincir H, Ege E. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Hemşirelik ve Ebelik Programı öğrencilerinin cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkındaki bazı bilgilerinin ve bunu etkileyen etmenlerin değerlendirilmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2002; 9 (1): 59-63.
- 5- Topbaş M, Çan G, Kapucu M. Trabzon'da bazı liselerdeki adölesanların aile planlaması ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkındaki bilgi düzeyleri. Gülhane Tıp Dergisi 2003; 45 (4): 331-337.
- 6- Tüzün H, İlhan F, Ceyhan M N, Maral I. Bir tıp fakültesi 1. sınıf öğrencilerinin aile planlaması ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusundaki bilgi ve tutumları, Türk Jinekoloji ve Obstetri Derneği Dergisi 2005; 2 (3), 197-203.
- 7- Biri A, Korucuoğlu Ü, Yılmaz E, Şimşek Ç, Aksakal F N, İlhan M. Adölesan kızların cinsel bilgi gereksinim durumlarının belirlenmesi. Türk Jinekoloji ve Obstetri Derneği Dergisi 2007; 4 (2): 104-107.
- 8- İlgün M Ş, Dündar P E, Doğramacı Y G, Dalcı A, Gürgen G. Celal Bayar Üniversitesi'nde bir grup öğrencinin aile planlaması ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusundaki bilgi düzeyleri. Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni 2005; 4 (2): 66-78.
- 9- Tabak RS, Akköse K. Ergenlerin sağlık denetim odağı algılama düzeyleri ve sağlık davranışlarına etkileri. Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni 2006; 5 (2): 118-130.
- 10- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi IPS ve Makro International Inc. TNSA-2003; Ankara.
- 11- Uzun E, Kişioğlu M. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD Keçiözümlü Eğitim ve Araştırma Bölgesi çalışmaları. Bir meslek yüksek okulunda okuyan öğrencilerin cinsel yolla bulaşan hastalıklarla ilgili bilgi durumları. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2007; 14 (3): 7-12.
- 12- Açık C, Babayiğit M A, Kılıç S, Hadse M, Bakır B. Genç erişkin erkeklerin cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda bilgi düzeyleri. Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni 2005; 4 (1): 16-24.
- 13- Çetinkaya S, Nur N, Demir Ö F, Sönmez S, Akan S. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Merkezi'nde verilen gençlik danışma birimi hizmetleri, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2007; 29 (2): 7-12.
- 14- Efe Ş Y, Taşkın L. Üniversite son sınıf öğrencilerinin cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda bilgi ve davranışları, Sağlık ve Toplum Dergisi 2006; 16 (2): 90-100.

sted
okur

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 Grub'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



Dr. Emel Örün*

Öz

Günümüzde ateroskleroz, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde erişkinlerin en sık mortalite ve morbidite nedenidir. Ateroskleroz, erken çocukluk döneminde başlayan patolojik bir inflamasyon süreci olması nedeniyle çocuk hekimlerini de ilgilendiren bir konudur.

Ateroskleroz sürecini tanımak, riskli ailelerle çocuklarını saptamak ve erken dönemde uygun tedavi stratejilerini belirlemek çağımızın salgın hastalığı (!) ile mücadeleyi kolaylaştıracaktır. Ateroskleroz için önemli risk etmenlerinden biri olan hiperlipidemiye çocuk hasta grubunda yaklaşımın nasıl olacağını belirlemek, ateroskleroz gelişimi ve ilerlemesinin önüne geçilmesi açısından önemlidir.

Anahtar sözcükler: Ateroskleroz, Hiperlipidemi, Çocuk.

Abstract

Atherosclerosis is the most common cause of mortality and morbidity in adults in developed and developing countries. Atherosclerosis, being a pathological inflammation process that begins in childhood, is a problem which concerns pediatricians. Recognising the process of atherosclerosis, identifying the families and children under risk and determining appropriate treatment options in the early stage will help us in our struggle against the epidemic (!) of our time.

Determining the approach to hyperlipidemia - a major risk factor for atherosclerosis - in the pediatric age group is important in preventing the development and progression of atherosclerosis.

Key words: Atherosclerosis, hyperlipidemia, child.

Giriş

Günümüzde ateroskleroz, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde erişkinlerin en sık mortalite ve morbidite nedenidir (1). Ülkemizde de Devlet İstatistik Enstitüsü'nün verilerine göre kardiyovasküler hastalıklar erişkinler için en sık ölüm nedenidir (2). Ateroskleroz erken çocukluk döneminde arteriyel duvarda yağlı çizgilenme olarak başlayan patolojik bir inflamasyon sürecidir. Aterosklerozun fetal dönemde başladığına ilişkin çalışmalar da vardır (3).

Yaş, erkek cinsiyet, ailevi erken koroner, serebral ya da periferik damar hastalığı öyküsü, yüksek LDL-K (düşük dansiteli lipoprotein) ve trigliserid düzeyi, düşük HDL-K (yüksek dansiteli lipoprotein) düzeyi, sigara kullanımı, hipertansiyon, obezite, diabetes mellitus, fiziksel aktivite azlığı, trombojenik etmenler ve aşırı alkol tüketimi başlıca risk etmenlerdir (4).

Kolesterol ve Lipoprotein Metabolizması

Kolesterolün başlıca yapım yeri karaciğerdir. Ayrıca serum lipoproteinlerinin karaciğerde tutulması ve bağırsaklardan şilomikronlarla taşınması diğer kolesterol kaynaklarıdır. Bu biçimde karaciğerde bulunan kolesterol ya seruma geçer, ya safra asidi yapımına katılır

ya da değişikliğe uğramadan safrayla incebağırsağa atılır.

İnsan kolesterol metabolizmasının belirleyici bir özelliği sterol çekirdeğin yıkıma uğratılmamasıdır. Bu nedenle hücresel kolesterol homeostazının sürdürülebilmesi için besinlerle ya da sentezle elde edilen kolesterolün organizmadan atılabileceği tek yer olan karaciğere taşınması ve bir bölümünün safra asitlerine dönüştürülerek dışkı ile atılması büyük önem taşımaktadır. Hücrelerde parçalanmayan serbest kolesterol aşırı biriktiğinde kolesterol esterleşerek sitoplazmada kolesterol esteri damlacıkları biçiminde depolanır. Bu, erken aterosklerotik lezyonun belirteci olan kolesterol esteri ile dolu makrofajların (köpük hücresi) oluşmasına neden olur (6,7).

1986'da Science Dergisi'nde yayımlanan "A receptor-mediated pathway for cholesterol homeostasis" yazısıyla Nobel Ödülü olan S.Brown ve J.L.Goldstein, lipoproteinleri bir kentin toplu taşıma sistemine benzetmişlerdir (5). Lipoprotein taşıma sistemi, yolcuları olan lipidleri (kolesterol esterleri ve trigliseridler) vücutta gereksinim duyulan yerlere taşırlar. Bu taşıma sırasında yolcular ara duraklarda inebilir, başka araçlara aktarma yapabilirler.

Bazı yerlerde trafik sıkışıklıkları (geçici-diyete bağlı ya da kalıcı-genetik) yaşanabilir.

Hiperlipidemiye Yaklaşım

Serum lipid değerleri yaşa, cinsiyete ve ırka göre değişir. Yaşamın ilk birkaç ayında LDL'deki değişiklikler nedeniyle kolesterol düzeyleri artar. Bunun yanı sıra 20 yaşına kadar total kolesterol düzeyinde ufak değişiklikler olur ve ortalama değerler 150-165 mg/dl arasında değişir. Ortalama LDL değerleri 100 mg/dl'nin biraz altında kalır. HDL değerleri ise erken çocukluk dönemlerinde kızlarda ve erkeklerde birbirine yakındır. Erişkinliğe geçişte kızlarda HDL değerleri değişmezken, erkek çocuklarda azalma eğilimi görülür. Trigliserid düzeyi ilk yıl artar, bunu izleyen birkaç yıl içinde ortalama 50-60 mg/dl değerlerine düşer, yirmili yaşlarda 75 mg/dl değerlerine yükselir. Erken erişkin döneminde LDL değerlerinde artış

nedeniyle plazma total kolesterol değerlerinde belirgin bir artış görülür. Yaşla lipid düzeylerindeki değişiklikler nedeniyle kesin kolesterol değeri aramak yerine, yaş ve cinsiyete özgü persentil eğrilerini kullanmak daha uygundur. Çocuk ve adolesan yaş grubu için belirlenmiş normal lipid ve lipoprotein düzeyleri Tablo 1 ve Tablo 2'de belirtilmiştir. Amerikan Pediatri Akademisi'nin, ailesinde hiperkolesterolemi saptanan ya da prematür kalp hastalığı öyküsü olan çocuklar için sınırdaki ve yüksek kabul edilen değerler Tablo 3'te gösterilmiştir.

Türk çocuklarının lipid profili üzerine yapılmış çalışmalara baktığımızda farklı prevalanslar (% 14.1, 2.5, 11.8) bildirilmiştir (15,16,17). Dünya genelinde ise farklı etnik kökenlerden bildirilen prevalans oranları % 7-38.2 arasında değişmektedir (18,23).

Mahley ve arkadaşları erişkin Türklere Batı

| Yaş ve Cinsiyet | | Total kolesterol (mg/dl) | | | Trigliserid (mg/dl) | | |
|-----------------|-------|--------------------------|-----|-----|---------------------|-----|-----|
| Persentil | | 5. | 50. | 95. | 5. | 50. | 95. |
| 0-4 | Erkek | 114 | 155 | 203 | 29 | 56 | 99 |
| | Kadın | 112 | 156 | 200 | 34 | 64 | 112 |
| 5-9 | Erkek | 121 | 160 | 203 | 30 | 56 | 101 |
| | Kadın | 126 | 164 | 205 | 32 | 60 | 105 |
| 10-14 | Erkek | 119 | 158 | 202 | 32 | 66 | 125 |
| | Kadın | 124 | 160 | 201 | 37 | 75 | 131 |
| 15-19 | Erkek | 113 | 150 | 197 | 37 | 78 | 148 |
| | Kadın | 120 | 158 | 203 | 39 | 75 | 132 |

| Yaş ve Cinsiyet | | Totalkolesterol (mg/dl) | | | | | | | | |
|-----------------|-------|-------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|-----|
| | | HDL | | | LDL | | | VLDL | | |
| Persentil | | 5. | 50. | 95. | 5. | 50. | 95. | 5. | 50. | 95. |
| 5-9 | Erkek | 38 | 56 | 75 | 63 | 93 | 129 | 0 | 8 | 18 |
| | Kadın | 36 | 53 | 73 | 68 | 100 | 140 | 1 | 10 | 40 |
| 10-14 | Erkek | 37 | 55 | 74 | 64 | 97 | 133 | 1 | 10 | 22 |
| | Kadın | 37 | 52 | 70 | 68 | 97 | 136 | 2 | 11 | 23 |
| 15-19 | Erkek | 30 | 46 | 63 | 62 | 94 | 130 | 2 | 13 | 26 |
| | Kadın | 35 | 52 | 74 | 59 | 96 | 137 | 2 | 12 | 24 |

| Kategori | Total Kolesterol (mg/dl) | LDL Kolesterol (mg/dl) |
|----------------------------------|--------------------------|------------------------|
| Kabul edilebilir (<75 persentil) | <170 | <110 |
| Sınır (75-95 persentil) | 170-199 | 110-129 |
| Yüksek (>95 persentil) | >200 | >130 |

Avrupa ve Amerikalılar'a göre HDL değerlerinin 10-15 mg/dl daha düşük çıkması üzerine bu düşüklüğün doğumdan itibaren bir düşüklük olup olmadığına ilişkin bir çalışma yapmışlardır (24,25). Bu çalışmada HDL-K değerleri preadolesan dönemde Amerikalı ve Avustralyalı çocuklarla uyumlu bulunurken, puberte ile gözlenen düşüklük Türk çocuklarında daha fazla saptanmıştır. Bu düşüklük Amerika'da yaşayan Türklerde de saptanmış olduğundan nedeninin genetik olabileceği ileri sürülmüştür. Bu savı destekler biçimde Türklerde hepatik lipaz aktivitesi Amerikalı kontrollere göre %25-30 daha yüksek bulunmuştur (26).

Dislipidemiler

Çocuklardaki hiperlipidemi tablosu hekimi bazen iyi tanımlanmış ailesel hiperlipidemi tanısına götürürken, bazen de spesifik bir tanı koymakta güçlük çıkarabilir. Hekim, öncelikle altta yatabilecek başka bir hastalığı ya da ilaç kullanımı olup olmadığını sorgulamalıdır. Çünkü çoğu hipertrigliseridemi ve hiperkolesterolemi, bir hastalığa ikincil olarak oluşur. Hipotiroidizm, diabetes mellitus, lipodistrofi, infantın idiopatik hiperkalsemisi, glikojen depo hastalığı, kolesterol ester depo hastalığı, sfingolipidozlar, kolestatik karaciğer hastalığı, nefrotik sendrom, kronik böbrek hastalığı, anoreksiya nervoza, kollajen doku hastalığı sekonder hiperlipidemiye neden olur. Kortikosteroidler, oral kontraseptifler, anabolik steroidler, isotretinoin, tiazidler, antikonvülzanlar, beta blokör grubu ilaçlar da lipid profilinde değişikliklere neden olabilir.

Fizik muayenede dislipidemi bulguları; ksantomata/ksantolezma, korneal arkus, hepatosplenomegali, periferik nabızların az alınması şeklindedir. LDL-kolesterol yüksekliği ile tanınan ailesel hiperkolesterolemi ve ailesel kombine hiperlipidemi en yaygın ailevi dislipidemi tablolarıdır.

Ailesel Hiperkolesterolemi (AH): 19. kromozomda yer alan LDL reseptör genindeki mutasyonlar sonucu reseptör sayılarında azalma ya da fonksiyonlarında bozulma vardır. Sonuçta LDL ve IDL kolesterol fraksiyonları plazmadan uzaklaştırılmaz. Hücre içinde kolesterol düzeyi azaldığından HMG-CoA redüktaz baskılanamaz ve endojen kolesterol sentezi sürer. Toplumda 1/500 oranında heterozigot AH görülmektedir. Tipik klinik

tablo 30-40'lı yaşlara kadar oluşmaz. Etkilenen erkeklerde miyokard enfarktüsünün pik yaptığı zaman aralığı 40-50 yaşdır. Kadınlarda ise daha geç ortaya çıkar. Çocuklarda erken bulgu olarak %10-15 olguda tendon ksantomları görülür. Bu nedenle bir çocukta ksantamatoz depolanma nedeniyle oluşan aşıl tendiniti saptandığında (sağlıklı çocuklarda aşıl tendiniti enderdir!) AH mutlaka akla getirilmelidir. Bir çocukta AH tanısını destekleyen bulgular şunlardır: ailevi erken miyokardiyal enfarktüs öyküsü, tendon ksantomları, total kolesterol değeri >250 mg/dl, LDL-K >200mg/dl. Homozigot AH enderdir. LDL reseptör aktivitesi hiç yoktur. Total kolesterol 600-1200 mg/dl, LDL normalin 5-6 katı olabilir. Çocukluk yaşlarında ağır ateroskleroz, ksantomlar ve korneal arkus gelişir. Hastaların çoğu 20-30'lu yaşlarda kaybedilir. Hastalığın prenatal tanısı olanaklıdır (7).

Kolesterol düşürme stratejileri

Çocuklarda kolesterolü düşürmek için birbirini tamamlayıcı iki tür yaklaşım bulunmaktadır:

1. Toplumsal yaklaşım,
2. Bireysel yaklaşım,

1. Toplumsal yaklaşım: Alınan gıdaların ve beslenme alışkanlıklarının tüm toplumda değiştirilerek çocuklarda ortalama kolesterol değerinin düşürülmesi ve bunun sonucunda aterosklerotik kalp hastalığının azaltılmasıdır (10). İki yaşından küçük çocuklara bir diyet önerisi olmazken, iki yaşından büyük çocuklar için öneriler şöyledir:

- a. Beslenme, geniş yiyecek çeşitliliğinden sağlanmalı
- b. Normal büyüme ve gelişme için yeterli kalori sağlanmalı
- c. Total kalorinin <%10'undan azı sature yağ asitlerinden, ≤%30'u yağdan oluşmalı, günlük kolesterol alımı <300 mg/dl olmalı (öneriler 1. basamak diyetin karşılığıdır).
- d. Yağın azaltılması ile yerine konacak kalorinin daha çok tüketilecek tahıl ürünleri, sebze, meyve, düşük yağlı süt ürünleri ya da diğer kalsiyumdan zengin yiyecekler, yağsız et, tavuk, balık ya da diğer proteinden zengin gıdalarla sağlanması

2. Bireysel yaklaşım: Kolesterolü yüksek çocuk ve adolesanları saptamak ve uygun yaklaşımlar sergilemektir. Erişkin dönemde yüksek LDL düzeyi ateroskleroz için artmış

riskin ifadesi olduğundan yola çıkılarak çocukluk ve adolesan dönemde hiperkolesterolemiyi saptayıp tedavi planlamak kolesterol taramasının özünü oluşturmaktadır. Peki taramayı tüm çocuklara yapalım mı?, yaparsak hangi yaşta bakalım? Yalnızca belirlediğimiz riskli gruplara mı bakalım. Baktığımızda hangi parametrelere bakalım? Başlangıç testimiz ne olsun? Bu soruların yanıtları tartışmaya açık yönleriyle irdelenecektir.

Uluslararası kılavuzlar sıklıkla herhangi bir uygulamaya karar vermeden önce üç ayrı örnek üzerinde en az üç kez ölçüm yapılmasını önermektedir (4). Ayrıca aktif hastalık ya da enfeksiyon varlığında kan lipid düzeyini belirlemekten kaçınılmalıdır. Lipoprotein kolesterol değerlerinde kısa aralıkla değişiklikler, çocuklarda akut hastalık sıklığı ve beslenme ile aktivite durumlarındaki dalgalanmalar nedeniyle erişkinlere göre daha fazladır (11). Yalnızca total kolesterol düzeyine bakılacaksa aç karnına örnek alınmasına gerek yoktur. Plazma trigliserid ya da lipoprotein analizi için ise hastanın 12-14 saatlik bir açlık sonrası (su dışında hiçbir şey yiyip içmeyecek) kan örneği alınmalıdır.

Her ne kadar 20 yaşından sonra her erişkine kolesterol taraması önerilmekteyse de çocuklar için bu konuda fikir birliği bulunmamaktadır. Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Kolesterol Eğitim Programı'nın (National Cholesterol Education Program-NCEP) tarama yapılmasını önerdiği gruplar şunlardır:

1. Anne-baba ya da büyükanne-büyükbabasında 55 yaşından önce koroner arteriografi ile ateroskleroz saptanmış çocuk ya da adolesanlar (balon anjioplasti ya da by-pass ameliyatı dahil).

2. Anne-baba ya da büyükanne-büyükbabasında 55 yaşından önce miyokard enfarktüsü, angina pectoris, periferik vasküler hastalık, serebrovasküler hastalık ya da ani kardiyak ölüm öyküsü olan iki yaşından büyük çocuklar.

3. Anne-babasında total kolesterol değeri ≥ 240 mg/dl olan çocuklar.

4. Aile öyküsü alınamayan çocuklar için diğer risk etmenleri (hipertansiyon, şişmanlık, diyabet, hareketsizlik) söz konusu ise tarama önerilmektedir (12). Ancak, bazı uzmanların görüşü, taramanın yalnızca belirlenmiş risk gruplarına değil her çocuğa yapılması

yönündedir. Yalnızca aile öyküsü pozitif çocuklara bakıldığında kolesterol düzeyi yüksek çocukların yaklaşık %50'sinin bu biçimde gözden kaçırılacağına ilişkin yayınlar bulunmaktadır (13,14).

Kabul gören sınır ve yüksek total kolesterol değerleri Tablo 3'te verilmiştir. Risk değerlendirmesi yaptıktan sonra pozitif aile öyküsü olanlara lipoprotein analizi yapılması, total kolesterolü >240 mg/dl ebeveyni olanların yalnızca total kolesterol değerine bakılması önerilmektedir. Eğer ölçülen total serum kolesterol değeri <170 mg/dl ise beş yıl içinde kontrolünün yapılması, doğru beslenme şeklinin anlatılması ve risk değerlendirilmesinin yapılması önerilmektedir. 200 mg/dl'den yüksek değerler için lipoprotein analizi önerilmektedir. 170-199 mg/dl arası değerler için ölçümün yinelenmesi ve ortalama değer >170 mg/dl ise lipoprotein analizi yapılması önerilmektedir (Şekil 1).

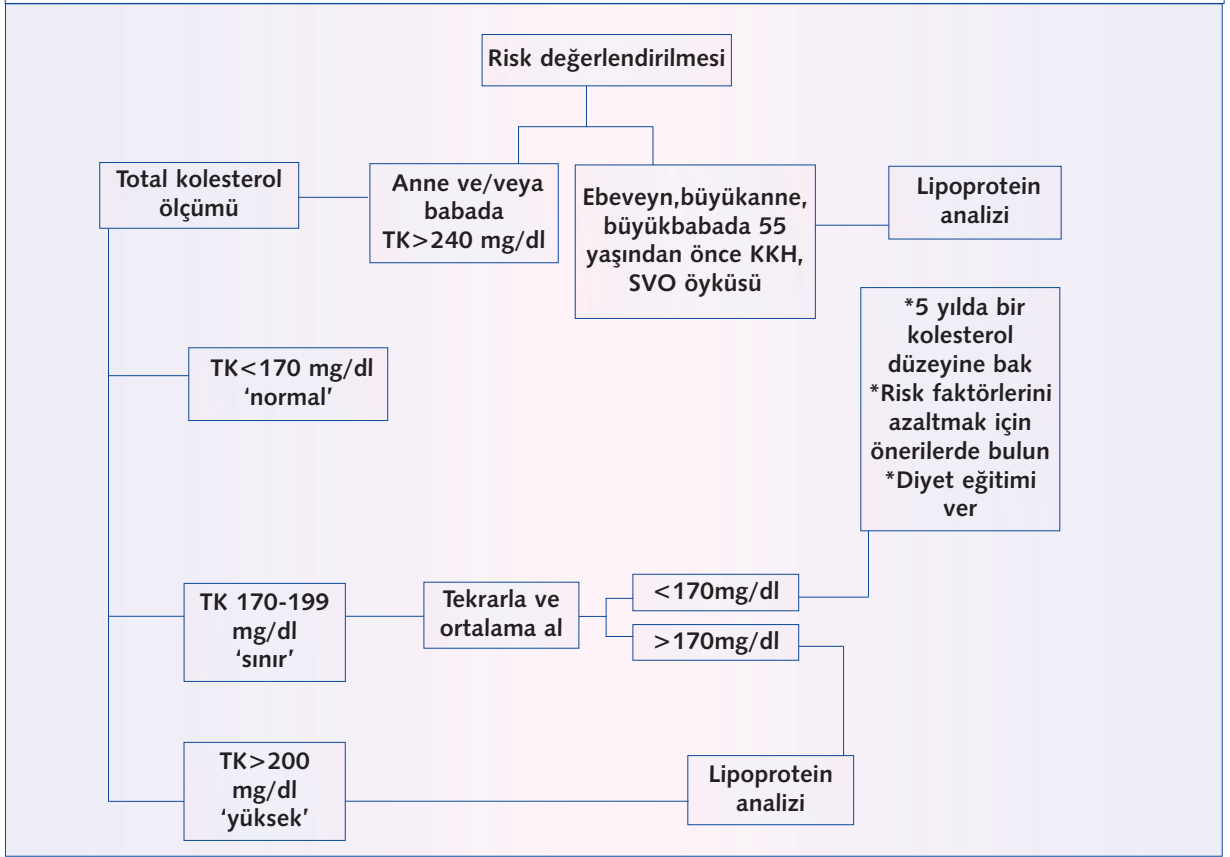
Lipoprotein analizinin değerlendirilmesinde esas olarak, ortalaması alınmış iki LDL-K değeri dikkate alınır. Buna göre LDL-K <110 mg/dl değerleri beş yıl içinde yinelenmelidir. 110-129 mg/dl değerleri için risk etmenleri değerlendirilir ve ortadan kaldırılmaya çalışılır, birinci basamak diyet uygulanır, bir yıl sonra ölçüm yinelenir. 130 mg/dl'den yüksek değerler için temel neden (ailesel hastalık, ikincil hiperlipidemi) araştırılır. Tüm aile bireyleri taranır, birinci basamak diyet ardından istenilen LDL -K değerleri elde edilemiyorsa (LDL-K minimal <130 mg/dl, ideali <110 mg/dl) ikinci basamak diyetle geçilir. LDL düzeyi >190 mg/dl ise altı ay -bir yıl diyet ile olumlu sonuç alınamadıysa, LDL düzeyi >160 mg/dl ve ailede prematür kalp hastalığı öyküsü ve diyabet, hipertansiyon, sigara kullanımı HDL-K düşüklüğü, şişmanlık, hareketsizlik gibi risk etmenleri varsa tıbbi tedavi uygulanması önerilmektedir (Şekil 2) (7,10).

Tedavi

Diyet tedavisi: Çocuklarda

hiperkolesterolemi tedavisinin temelini, alınan kolesterol ve doymuş yağ asitleri miktarının aşamalı olarak azaltılması oluşturur. Birinci basamak diyetinde total kalorinin %30'undan azı yağlardan; %10'undan azı doymuş yağ asitlerinden sağlanır ve günlük kolesterol alımı 300 mg/dl'in altında tutulur. Bu diyet, uzman bir sağlık ekibinin (doktor, diyetisyen)

Şekil 1. Risk değerlendirilmesi (Pozitif aile öyküsü; ebeveyn ya da büyükanne/ büyükbabada 55yaşından önce kalp hastalığı görülmesi anlamında kullanılmıştır) TK: total kolesterol, KKH: koroner kalp hastalığı,SVO: serebrovasküler olay (28)



denetiminde yapılmalıdır. Eğer bu diyetle istenilen başarı üç ay içinde elde edilemezse ikinci basamak diyetle geçilir. İkinci basamak diyetle birinci basamak diyetten farklı olarak doymuş yağ asitleri, total kalorinin %7'sinden ve günlük kolesterol alımı 200 mg/dl'den az olmalıdır. Bu süreçte kilo kontrolünün sağlanması ve hareketin artırılması vurgulanmalıdır (27,28).

Açlık trigliserid düzeyi > 150 mg/dl ve HDL-K < 35 mg/dl sıklıkla aşırı kiloluğa bağlı oluşan insulin direnci sonucu gelişir. Bu durumda kilo kontrolü sağlanmalı özellikle basit şekerlerin alımı azaltılmalıdır. Eğer trigliserit yüksekliği uygulanan diyetle karşılanmazsa diabet, tiroid hastalıkları, böbrek hastalığı ve alkol kullanımı bakımından değerlendirilmelidir. Çocuklarda izole trigliserit yüksekliğinde çok belirgin yükseklik olmadıkça (Tg > 400 mg/dl) ilaç tedavisi önerilmez (28).

İlaç tedavisi

NCEP Expert Paneli'nde ilaç tedavisi 10 yaşından büyük olmak kaydıyla 6 ay-1 yıl boyunca uygulanan diyet tedavilerine karşın;

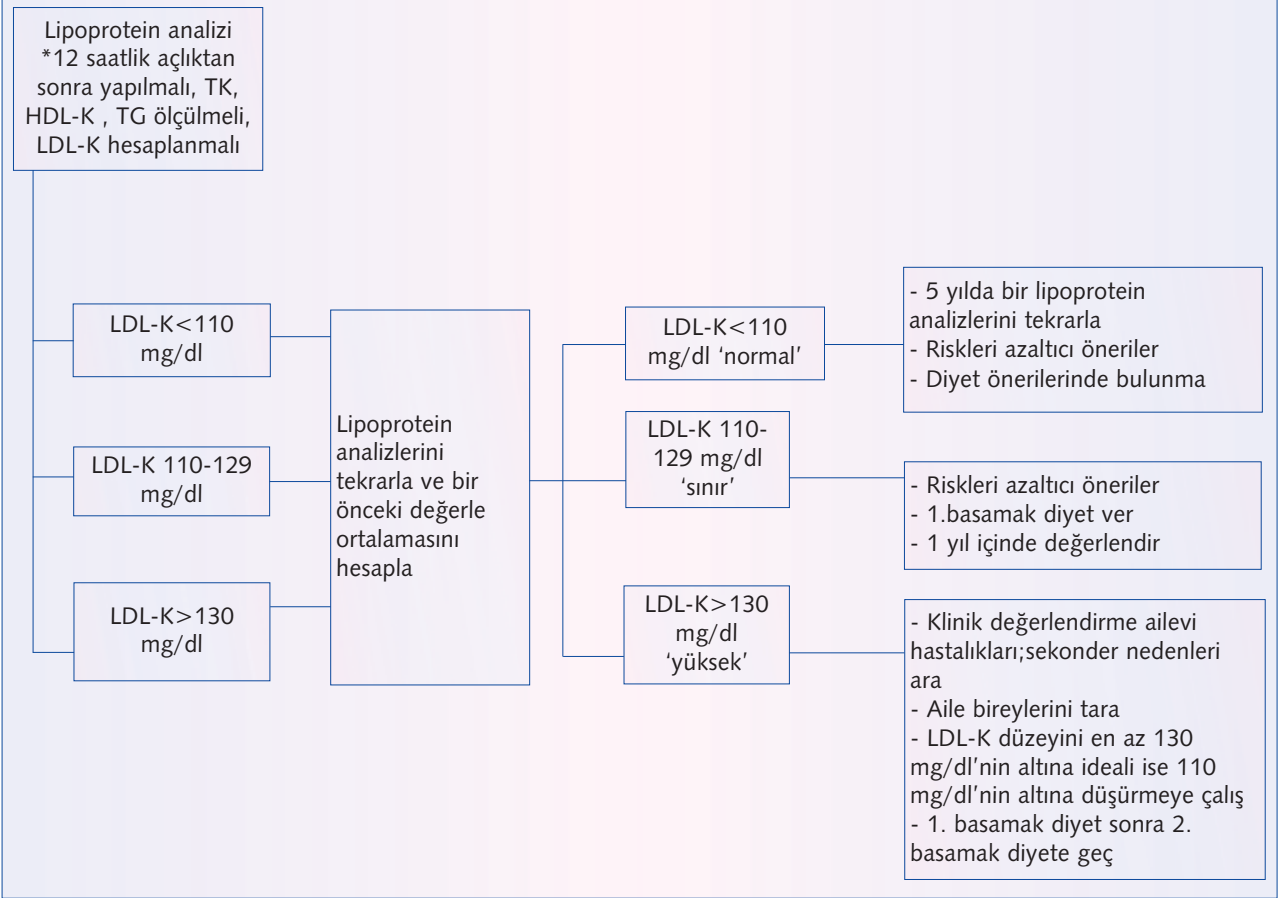
1. LDL düzeyi ≥ 190 mg/dl ise,
2. LDL düzeyi ≥ 160 mg/dl ve prematür kalp hastalığı yönünden pozitif kalp hastalığı olması ya da düşük HDL düzeyi, sigara kullanımı, hipertansiyon, şişmanlık, diabet gibi başka risk faktörlerine sahip olma durumlarında ilaç tedavisi önerilmiştir (28).

Çocuk ve adolesanlar için önerilen tek ilaç grubu safra asidi bağlayıcı reçinelerdir (kolestramin, kolestipol). Plazma kolesterol düzeyini % 10-20 oranında azaltırlar. Nikotinic asit, HMG-CoA redüktaz inhibitörleri (lovastatin, pravastatin), probukol, fibrik asit deriveleri (gemfibrozil, klofibrat) çocuk ve adolesanlarda rutin olarak önerilmez (27).

İletişim: Dr. Emel Örün

E-posta: emelurun@emekli.gov.tr

Şekil 2. LDL-K düzeyi esas alınarak yapılan sınıflandırması ve takip algoritmi



Fotoğraf: "Köy Çocukları" Dr. Bahar Turan, Manisa STED Fotoğraf Yarışması 2001

Kaynaklar

- 1- Williams CL, Haymann LL, Daniels SR, et al. Cardiovascular Health in childhood: a statement for health professionals from the Committee on Atherosclerosis, Hypertension, and Obesity in the Young (AHOY) of the Council on Cardiovascular disease in the young, American Heart Association. Circulation. 2002; 106: 143-160.
- 2- State Institute of Statistics Prime Ministry Republic of Turkey. Statistical Pocketbook of Turkey 1990. State Institute of Statistics Printing Division. Ankara, 1991. Publication no: 1450.
- 3- Napoli C, Glass CK, Witztum JL, et al. Influence of maternal hypercholesterolaemia during pregnancy on progression of early atherosclerotic lesions in childhood: fate of early lesions in children (FELIC)
- 4- Gaw A. Genel uygulamada statinler. Düzey Matbaacılık 1. baskı, 2004, s: 16-17.
- 5- S. Brown, J. L. Goldstein. A receptor-mediated pathway for cholesterol homeostasis. Science 1986; 232: 34-47.
- 6- Oto MA. Türk Kardiyoloji Seminerleri 2003 (5) 3: 513-532.
- 7- Behrman, RE, Kliegman RM, Arvin AM. Textbook of Pediatrics.

- 8- Neyzi O, Ertuğrul T. Nobel Tıp Kitabevleri.2002. Pediatri Cilt 1. sf.709-710.
- 10- National Cholesterol Education Program (NCEP): Highlights of the Report of the Expert Panel on Blood Cholesterol Levels in children and adolescents. Pediatrics 1992; 89:495-501.
- 11- The International Lipid Information Bureau (ILIB) Lipid Handbook for Clinical Practice 3rd Edition sf:146-147.
- 12- Lipid Research Clinics Population Studies Data Book, vol I: The Prevalence Study, US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health Publication No: 80-1527. Government Printing Office, July 1980.
- 13- Dennison BA, Kikuchi DA, Srinivasan SR. Parental history of cardiovascular disease as an indication for screening for lipoprotein abnormalities in children. J Pediatr1989;115:186-94.
- 14- Griffin TC, Christoffel KK, Binns HJ, et al. Family history evaluation as a predictive screen for childhood hypercholesterolemia. Pediatrics 1989;84:365-73.
- 15- Güneşer S, Acartürk E, Burgut R, Yüreğir G, Çürük MA, Erbek N. Evaluation of atherosclerotic risk factors in children in the Çukurova region, Türkiye. I. Serum lipids. Çukurova Tıp Fakültesi Dergisi 1993;18:150-60(in Turkish).
- 16- Coşkun Y, Bayraktaroğlu Z. Coronary risk factors in Turkish school children-report of a pilot study. Acta Paediatr1997; 86:187-91.
- 17- Uçar B, Kılıç Z, Çolak Ö, Öner S, Kalyoncu C. Coronary risk factors in Turkish school children: Randomized cross-sectional study. Pediatrics International 2000;42:259-67.
- 18- Boreham C, Savage JM, Primrose D, Cran G, Strain J. Coronary risk factors in school children. Arch Dis Child.1993;68:182-6.
- 19- Zuckerman AE, Olevsky-Peleg E, Bush PJ et al. Cardiovascular risk factors among black school children: Comparisons among four know your body studies.Prev Med.1989: 18;113-32.
- 20- Yanagi H, Hamaguchi, Shimakura Y et al. Cardiovascular risk factors among Japanese school-age children: A screening system for children with high risk for atherosclerosis in Ibaraki, Japan Nippon Koshu Eisei Zasshi 1993;40;1120-8.(in Japanese).
- 21- Garcia A, Gonzalez C, Fernandez S, Aparicio J, Menendez Patterson A. Cardiovascular risk factors in a population of school children in Asturias. Rev Esp Cardiol 1993;46:616-22. (in spanish).
- 22- Michel U, Riechers B. Cardiovascular risk factors in school children. J Am Coll Nutr.1992;11 (suppl):36-40.
- 23- Lauer RM, Connor WE, Leaverton PE, Reiter MA, Clarke WR. Coronary heart disease risk factors in school children : The Muscatine Study.
- 24- Mahley RW, Palaoglu E, Atak Z et al. Turkish Heart Study. Lipids, lipoproteins, and apolipoproteins. J Lipid Res. 1995;36;839-59.
- 25- Mahley RW, Arslan P, Pekcan G et al. Plasma lipids in Turkish children: impact of puberty, socioeconomic status, and nutrition on plasma cholesterol and HDL. J Lipid Res. 2001;42:1996-2006.
- 26- Bersot TP, Vega GL, Grundy SM. Elevated hepatic lipase activity and low levels of high density lipoprotein in a normoglycemic, nonobese Turkish population. J Lipid res. 1999 ;40-432-38.
- 27- National Cholesterol Education Program. Report of the Expert Panel on Blood Cholesterol in children and Adolescents. Bethesda, MD: National Cholesterol Education Program; 1991.
- 28- Kavey WR, Daniels SR, Lauer RM et al. American Heart Association Guidelines for Primary Prevention of Atherosclerotic Cardiovascular Disease Beginning Childhood. Circulation 2003;107:1562-66.

STED Okuyucu Danışma Kurulu'nda yer almak ister misiniz?

Lütfen bize Dergi ile ilgili değerlendirmelerinizi yazınız. Bundan sonraki sayılar sizin de katkınızla oluşsun. Sizden gelecek her türlü katkı, öneri ve eleştiri bizim için çok önemli... İletişim kolaylığı için açık adresinizi, telefon numaralarınızı ve varsa elektronik posta adresinizi eklemeyi unutmayınız.

| | | | | | |
|---|--|------|---|---|-----|
|  | STED'den | I |  | İzlediklerimiz : | |
|  | STED Yazarlarına Bilgi | II | | "Sicko" | XI |
|  | Türkiye'nin Sağlıkını Okumak <i>Dr. Onur Hamzaoğlu</i> | IV |  | Dergilerden | XII |
| | Hollanda'nın Hemşirelik Eğitimi ve Uygulamalarına İlişkin İzlenimler <i>Dr. Özlem Örsal</i> | V |  | İletişim | XII |
|  | Sağlık Ocaklarımızdan Kuşadası Ferit Demirel Ali Çallı Sağlık Ocağı <i>Dr. Serap Demirel</i> | VIII |  | "Huzursuz Bacak Sendromu" <i>Dr. Nurdoğan Yavuz</i> | |
| | | | | Ödüllü Bulmaca | xv |

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

Dergide yayımlanacak makalelerin aşağıda belirtilen özellikleri taşıması gerekmektedir:

- Yazılar daha önce başka yerde yayımlanmamış olmalıdır.
- Konuların işlenme biçimi sorun çözümüne yönelik olmalıdır.
- Yazılarda yalın, anlaşılır Türkçe kullanılmalı; Türkçe karşılığı olan yabancı sözcük kullanılmamalıdır.
- Kapsayıcı ve insancıl bir dil kullanılmalı, cinsel ya da ırksal yan tutmadan kaçınılmalıdır.
- Yazılar birinci basamak sağlık hizmetine katkı sağlayacak nitelikte olmalı; bu nedenle konuların en sık rastlanan sorunlara yönelik olmasına, hastalıkların en çok görülen biçim ve yönlerinin vurgulanmasına özen gösterilmelidir.

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

1. Başlık Sayfası: Bu sayfada bulunması gerekenler:

- **Başlık:** Kısa, ancak 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 yazırlığa hak kazanmış olmalıdır. (Bkz, STED Temmuz 2004 ya da www.ttb.org.tr/STED/sted_yazar.pdf)

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

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

2. Öz (Abstract) ve Anahtar Sözcükler: İkinci sayfada yer alacak öz ve İngilizce özet, çalışmanın ya da araştırmanın amaçları, temel işlemler, başlıca bulgular ve varılan sonuçlar bulunmalıdır. Öz ve İngilizce özet 150-250 sözcükten oluşabilir. İngilizce özet özün aynen çevirisi olmalıdır.

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

3. Giriş: Bu bölümde, makale ile ilgili ön bilgiler, amaç, gerekçe belirtilmelidir. Bu bölümde ilgili kaynaklar dışında bilgi 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 increased risk for pancreatobiliary disease. Ann Intern Med 1996; 124: 980 -3.

ya da

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

Kitap

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

Kitap bölümü

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

Web Sitesi

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

Kaynak göstermede diğer özellikler ve özel durumlar için Bkz,

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

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

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

10. Şekiller ve Fotoğraflar

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

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

Yazılarda Uygulanacak Biçimsel Özellikler Kılavuzu

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

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

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

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

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

6. Kısaltmalar: Standart kısaltmalar ve ölçüm birimleri dışında, kısaltmadan olanak ölçüsünde kaçınılmalıdır. Kısaltma, metindeki ilk geçişinde açık yazılışıyla birlikte verilmelidir. Başlıkta ve 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. Bu yazıda metnin tüm yazarlarca okunduğu ve onaylandığı, yazarlık hakkı koşullarının gerçekleştiği belirtilmelidir.

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

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

Türkiye'nin Sağlığını Okumak

"Anadil ve Sağlık"



*Dr. Onur Hamzaoğlu**

Tablo. Halen evli ve gebelik riski olan kadınların yöntem kullanma ve ana dillerine göre dağılımı (%), 2003

| Annenin anadili | Gebeliği Önleyici Yöntem | |
|------------------|--------------------------|-------------|
| | Kullanan | Kullanmayan |
| Türkçe | 90.5 | 9.5 |
| Kürtçe | 71.5 | 28.5 |
| Hız oranı (K/T) | 0.79 | 3.00 |
| Toplam (Türkiye) | 89.19 | 10.81 |

TNSA-2003 İleri Analiz Raporu verilerinden hesaplanmıştır.

2008 yılının son çeyreğinde ülkemizde sağlıkla ilgili tarihsel gelişmeler yaşandı. Sağlık Bakanlığı ve Hükümet "iki ileri bir geri" ritmi ile mevzuat yayımlayıp, erteliyor ya da yenisini çıkarıyor. Yapmak istedikleri sağlık hizmetlerinden yararlanmayı kamusal bir hak olmaktan çıkararak hizmet sunumunda patronlara toplumun sağlığı üzerinden kar edebilmenin kapılarını sonuna kadar açmak. Mart 2009 yerel seçimleri yaklaşırken, sağlıktaki bu gelişmelerle birlikte bir yandan da ülke genelinde demokrasi havariliğine devam ediyorlar. Örneğin, öğretim üyelerinin meslek örgütlerinin seçilmiş kurullarında yer alabilmeleri için üniversite yönetim kurulunun uygun görmesi ve rektörün onayı gerekecek. Ama hukuksal karşılığı olmadığı bilinmesine karşın, Nazım Hikmet'in vatandaşlıktan çıkartılmasıyla ilgili kararın iptali de aynı günlerde gerçekleştirildi. Yine bu tarihlerde TRT-6 kuruldu. Yirmi dört saat boyunca Kürtçe yayın yapacak. Bu uygulamanın amacı ve hedeflerini tartışmak bu yazının elbette kapsamı içinde değil. Biz sağlık hizmetlerinin kullanımı-yararlanabilme ile anadil ilişkisini sınırlı da olsa incelemek istiyoruz. Dünya genelinde anadilde sunulmayan sağlık hizmetlerini kullanabilme ve yararlanmanın, aynı ülke içinde anadili ile aynı dilde hizmet alanlara göre hemen her zaman daha geride olduğu çok uzun zamandan beri bilinen bir gerçek. Ancak bilgiden yararlanma genellikle makul sürelerden sonra gerçekleşebiliyor. Bu da çoğu zaman karar vericilerin (çoğunlukla hükümetteki parti ile temsil ettiklerinin) kendi

kazanımlarının öne çıkmasıyla oluyor. Bu durumu gösteren nice örneklere hepimiz yaşamımız süresince tanık olmak zorunda kaldık.

Ülkemizde ilki 1968 yılında gerçekleştirilmiş olan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları'nda kullanılan anketlerde uzunca zamandan beri kadınların anadili soruluyor, fakat kadınların bu özellikleri ile çocukları ve kendilerinin sağlık durumları arasındaki ilişkiyi sorgulayan verilere raporlarda yer verilmiyordu. Sınırlı da olsa bazı veriler, 1998 araştırmasıyla ilgili olarak 2002 yılında, 2003 araştırmasıyla ilgili olarak da 2005 yılında ileri analizler başlığında kamuoyu ile paylaşılmıştı.

Yukarıdaki tabloyu TNSA-2003 İleri Analiz Raporu'nda sunulan verileri kullanarak oluşturduk. Bu verilere göre, Türkiye genelinde, evli ve gebelik riski olan kadınların yaklaşık %11'i gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanmıyor. Anadil farklılığını gözönüne alarak incelediğimizde ise evli ve gebelik riski olan kadınlarımızdan anadili Türkçe olanların %9.5'inin, anadili Kürtçe olan kadınlarımızın %28.5'inin gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanmadığını görüyoruz. Özetle evli ve gebelik riski olan kadınlarımızdan anadili Türkçe olan bir kadınıma karşılık, anadili Kürtçe olan üç kadınıma gebeliği önleyici yöntem kullanmıyor-kullanmıyor. Bir başka ifadeyle, anadili Kürtçe olanlar isteği dışında gebe kalabilir.

Yapılması gerekenlere sağlık hizmet sunumuyla görevli kurumlarda görev alacak sağlık çalışanlarının, hizmet sunacakları-sundukları toplumun anadilini de dikkate alarak görevlendirilmelerinden başlanabilir.

İletişim: Dr. Onur Hamzaoğlu

E-posta: ohamzaoglu@kou.edu.tr

Kaynak

HNEE (2005), TNSA-2003 İleri Analiz Raporu, Ankara.

Hollanda'nın Hemşirelik Eğitimi ve Uygulamalarına İlişkin İzlenimler



*Dr. Özlem Örsal**

Hollanda'nın Leeuwarden kentinde bulunan Noordelijke Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün Uluslararası İlişkiler Sorumlusu Wim Biesheuvel ve Hemşirelik Yüksekokulu öğretim elemanları, 29 Ocak 2008 tarihinde Eskişehir Sağlık Yüksekokulu Müdürlüğü'nü ziyaret etmişlerdir. Bu ziyaret sırasında ortaya konan görüşlerle Erasmus çerçevesinde işbirliği olanakları yaratılmış, Eskişehir Sağlık Yüksek Okulunun ESCT ölçütlerine uyumlu ders içerikleri İngilizce olarak misafir heyete sunulmuş, dolayısıyla ortak çalışmaların başlatılması için ilk adımlar atılmıştır. Sonraki aşamada ise ülkemizden bir heyet misafir öğretim elemanı olarak 21-25 Nisan tarihleri arasında Noordelijke Üniversitesi'ne davet edilmiştir. Ziyaret sırasında okulun eğitim programları ve içeriği Felemenkçe olduğu için alınamamış, ancak Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Uluslararası İlişkiler Birimi'nin girişimleri ile İngilizce olarak hazırlanıp gönderilmesi sağlanmıştır.

Bu yazıdaki amaç; Hollanda'daki hemşirelik eğitimi ve uygulama alanlarına yönelik izlenimleri siz değerli meslektaşlarıma aktarmaktır.

Öğrencilerin tamamı Felemenkçe'nin yanında İngilizce ve seçmeli bir dil daha biliyorlar. Sınıflar on kişilik küçük gruplardan oluşuyor ve aynı sayıda öğretim elemanı görev yapıyor. Okuldaki hemşirelik eğitimi branş

eğitimlerini de kapsıyor ve öğrenciler cerrahi, psikiyatri, kadın doğum, dahiliye vb. hemşirelik dallarında uzmanlaşmış olarak mezun oluyorlar. Üniversitenin kırtasiyesinde her sınıf ve branşa rehberlik yapan bir hemşirelik kitabı bulunuyor ve tüm öğrenciler bu kitabı alıp bulunulan sınıfa göre yapılması gereken ödevler ile uygulamaları öğrenebiliyorlar. Bilimsel çalışmalara da önem verilen okulda sistemin geliştirilmesi için büyük çaba harcıyor ve bu amaçla diğer okullarla işbirliği yapıyor. Örneğin, Turizm Otelcilik Yüksekokulu ile ortaklaşa olarak "Hastane Misafirperverliği ve Bakımı (*Hospitality and care*)" başlıklı bir kongre düzenlenmesi planlanıyor.

Uygulama Alanları:

- Tıp Merkezi (*Medisch Centrum*): 700 yataklı ve oldukça modern bir hastanede eğitim veriliyor. Hasta başına bir hemşire düşmekte ve hemşireler aylık 3 bin Euro dolayında maaş almaktalar. Hastaneye başvuruda hemşireler kendi alanlarını belirtmekte (örneğin; pediatri hemşiresiyim vb.) ve hastanenin o alanının gereksinimlerine göre kabul edilmekteler. Hemşireler sekiz saatlik çalışma vardiyaları ile görev yapıyorlar. Hastanenin ikinci katının bir tarafında toplantı salonu, diğer tarafında ise hastaların ölümlerinde bir süre bekletilebilecekleri ve inandıkları dinin gereklerinin yerine getirilebileceği, çeşitli dinlere ait kitapların da bulunduğu bir bölüm bulunuyor. Servise girebilmek ve hastaları ziyaret edebilmek için başhemşire, servis doktoru ve hastalardan izin alınıyor.

- İlk uğradığımız bölüm Nöroloji servisiydi. Hasta bakımını kolaylaştıracak her türlü araç gereç hemşirelerin hizmetine sunulmuştu. Örneğin; felçli hastanın yataktaki pozisyonunu değiştirebilmek için elektronik olarak kumanda edilebilen yataklar mevcut ve bu yatakların üzerinde hem kamera hem de mikروفon bulunuyor. Hasta ile hemşirenin iletişimi bu biçimde sağlanıyor. Özellikle hastanın hareket



* Sağlık Yüksek Okulu, Müdür Yardımcısı, Eskişehir



olasılığının olmadığı ve yataktan ayrılması gerektiği durumlarda (yatak yapımı, yataktan yatağa aktarma vb.) hemşire kendi omurgasına da yük bindirmeden yatakların yanına hastayı kaldıracabilecek bir kaldıraç düzeneğini getirebiliyor. Birbirine geçmeli ve kilit mekanizmalı kalın örme kayışlar aracılığıyla (Kendi ifadem) hasta kaldırılabilir ve farklı yerlere taşınabiliyor. Kendi üniversite hastanemizde de olduğu gibi EKG, pulsametre, sıvı - elektrolit, Gloskow Koma skalası izlemeleri merkezi olarak hemşire odasından izlenebiliyor. Servisin banyo bölümünde hareket edemeyen hastaların yıkanabilmesi için şişme havuz olarak tanımlayabileceğimiz bir düzenek kurulmuş. Seyyar bir hortum ve dış başlığı bağlanmış olan düzenek yoluyla su sıcaklığı ayarlandıktan sonra hasta yıkanıyor ve kirli su havuzun altındaki giderden dışarı atılabilir. Ayrıca, tekerlekli sandalye ya da yürüteç kullanabilen hastalar için yere oturtulup sırtı duvara yaslanacak biçimde yanları korumalı bir düzenek daha yapılmış. Yerden ayarlanabilen kolluklar yoluyla koruma sağlanan bu düzenek ile hastaya koltukta oturma pozisyonu verildiği için kayma ve denge bozulmaları engelleniyor. Ayrıca bir odada hastalık çeşitlerine uygun farklı özellikte tekerlekli sandalyeler bulunuyor. Bunların yanı sıra ülke genelinde kullanımı en yaygın ekipman ise, dört tekerlekli yürüteç benzeri bir sandalyeydi. Bu sandalye, istendiğinde tekerlekleri sabitlenip oturulabilen, istendiğinde ayağa kalkıp kolçakları tutularak yürüteç ya da baston işlevi gören, sandalye altında kilitlenebilen küçük bir dolabı bulunan, su şişesi ya da bardak vb. koyma yerleri olan çok pratik bir araçtı. Başka bir deyişle, Hollanda sokaklarında hemen hemen bütün yaşlıların kullandığı güvenilir ve uyumlu bir araç...

- İkinci durağımız kadın doğum servisiydi ve burada doğum yapanlar için hazırlanmış tek kişilik odalar gördük. Odalarda yatağın yanı sıra, bebeğin banyo yapabileceği bir ortam hazırlanmış, hatta tartı ve kurulama havlusu da unutulmamıştı. Annenin duş alabileceği sürgülü kapısı olan bir bölüm de düzenlenmişti. Annenin yatağının yanında bebeğin beşiği bulunmaktaydı. Ortam oldukça sessiz olup bebek dostu hastane özelliğiyle uyumluydu.

- Yenidoğan servisinin girişinde karanlık ve yerlere yakın mavi ışıklar bulunmaktaydı. Nedenini sordüğümüzde yenidoğanın anne karnında karanlık bir ortamda olduğunu, bu nedenle gün ışığına aşamalı geçişin daha sağlıklı olduğunu ilettiler. Bebeklerle özellikle bire bir ilgilenildiğini, özellikle pedagoji alanında yetişmiş personelle çocuğun gelişimini sürekli olarak kayıt altına aldıklarını bildirdiler. Bebeklere aşırı uyarı verilmemesi için servis genelinde fısıldayarak konuşulması konuya verdikleri önemin bir göstergesiydi.

- Süre yetersizliği nedeniyle ziyaret edemediğimiz için kardiyoloji servisi hakkındaki bilgi kongre sonuçlarından derlenmiştir. Verilen bilgilere göre, reperfüzyon hastalarının hastaneye gelme sayıları yıllar boyunca izlenmiş ve artış olduğu saptanmıştır. Bu nedenle, ambulanslarda daha önce hemşire yok iken artık hemşire bulundurmaya başlamışlar ve hemşireleri hastaneye gelmeden önce gerekli girişimleri yapabilecek tarzda eğitmişler. Bu eğitimler ile; sekonder önleme klinikleri kurulmasına karar verip uygun eğitim programları oluşturmuşlar; felçlerin önlenmesi amacıyla, hastanın hastaneye gelmeden önce ambulansla antikoagülasyon alabilmesi için hemşireleri yetkilendirmişler; hemşirelerin yönettiği bir atrial fibrilasyon kliniği kurulmasını planlamışlar ve bu birimde kardiyolog bulunmamasına, gönüllü ve bilgi düzeyi yüksek üç hemşire bulunmasına karar vermişler. Hemşireleri seçip eğitmişler ve şimdi onlar bu işi yapıyorlar.

Sonuç olarak, yapılan ar-ge çalışmaları ile uygulamada ortaya çıkan sorunlara uzmanlaşmış hemşirelerle çözüm getirilmiş olmakla birlikte, hemşire sayılarının azlığından söz edilmektedir.

Halk Sağlığı Hemşireliği Uygulamaları:

- Halk sağlığı merkezi beş katlı bir binadan oluşuyor ve girişte halkla ilişkilerden sorumlu

iki görevli hastaları karşılıyor. Giriş katının sağ tarafında tüberküloz birimi, sol tarafında ise gelen hastalar için okuma bölümü mevcut. Tüberküloz biriminin içinde röntgen, laboratuvar ve ilaçların verildiği bir alan bulunmaktaydı. Halkla ilişkilerin yanından ilerlendiğinde sağ tarafta bir hemşire odası gördük. Odada cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda uzmanlaşmış hemşireler vardı ve burada hastalara aile planlaması hizmetlerinin de sunulduğunu öğrendik. Sol tarafta başka bir hemşirenin odasına girdik. Odanın duvarında bulunan dünya haritasında bulaşıcı hastalıklar epidemiyolojik ve bölgesel olarak renklendirilmiş. Burada, yurt dışına çıkacak Hollandalılara, gidecekleri ülkenin bulaşıcı hastalıklarına uygun aşılardan yapıyor ve gerekli danışmanlık hizmetleri veriliyor. Ayrıca, yapılan aşı, pasaport benzeri bir deftere işlenerek gezi sırasında yanlarında bulundurmaları önemle isteniyor.

- Halk sağlığı merkezlerinde odak çalışma gruplarını 0-19 yaş aralığı oluşturuyor. 4. ve 7. günlerde, 2.,4.ve 8.haftalarda 3, 4, 6, 7, 9, 11, 14 ve 18. aylarda 2, 3, 4, 5, 10 ve 15 yıllarda olmak üzere bireyin 19 yaşına gelene kadar toplam 19 kez sağlık taramasından rutin olarak geçmesi düzenlenmiş ve bu yolla ülkenin %95'ine ulaşılmış. Bu merkezlerde çocukların tüm bireysel izlemleri elektronik olarak kayıt altında bulunduruluyor.

- Sigara, alkol ve madde bağımlılığını yok edebilme konularında çok zorlandıklarını, bu yönde yoğun sağlık eğitimi verdiklerini ve sağlık davranışlarını etkileme çalışmaları yaptıklarını vurguluyorlar.

Erasmus çerçevesinde değişim olanakları:

Değişim olanağı olabilecek Hollandalı öğrencilerin Eskişehir Sağlık Yüksek Okulu hakkında merak ettikleri: Türkiye'de ailelerin hemşirelik tercihlerini engelleme durumlarının olup olmadığı, okuldaki kız- erkek ve toplam öğrenci sayısı, öğrenci değişim olasılığı, derslerin anlatılma biçimi, not alma ölçütleri, geçme notunun hesaplanma şekli, stajlardaki üniforma, hemşire kavramının içinde erkeklerin neden olmadığı ve ayrı bir kavram olarak "sağlık memurluğu" adlandırılmasının nedeni...

Öğretim Elemanı değişimi: Hemşirelerin görevlerinde ülkeden ülkeye farklılıklar olduğundan, ülkelerin toplumsal karakter yapıları incelenmeli ve yapılabilecekler ülke

koşullarına uygun olarak planlanmalıdır. Derslerin farklılığını ya da benzerliliğini görebilmek için öğretim elemanı değişimi yapılması öncelik kazanmaktadır. Leeuwarden Üniversitesi'nde üniversiteler arası anlaşmaları Uluslararası İlişkiler biriminden Martha Boersma imzalamaktadır. Boersma, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu ile anlaşma yapmalarına önem ve değer verdiklerini belirtmişlerdir.

Öğrenci değişimi: Gidecek öğrencilerin Erasmus Programı'nın baraj puanlarını geçmesi gerekmektedir. Özellikle hazırlık sınıfı okuyan öğrenciler ile daha sonraki yıllarda İngilizcelerini geliştiren öğrencilerin bu deneyimi yaşamaları için 2010 yılından itibaren anlaşma yapma olasılıkları vardır. Ayrıca, öğrencilerin yalnızca yaz stajlarını yapmak için gitmeleri de olanaklı görülmekle birlikte, bu olasılık 2009 yılından itibaren işlerlik kazanabilecektir.

Sonuç: Farklı kültürel ve ekonomik yapısı olan bir ülkenin hemşirelik eğitimleri ile uygulamalarını tanıma ve ülkemizdeki uygulamalarla karşılaştırma fırsatına sahip olunmuştur. Ülke gereksinimleri doğrultusunda sorunlara farklı çözüm olanakları yaratılabileceği görülmüştür. Eskişehir Sağlık Yüksek Okulu öğretim elemanları ile hemşirelik öğrencilerinin bilgi düzeyinin değişim için uygun seviyede olduğu gerçeği ortaya çıkarılmıştır.

Öneriler:

- Uzaktan eğitimin sağlanabilme olanağı (video, kamera, televizyon, vb.),
- Eskişehir Sağlık Yüksek Okulu'nda seçilecek bir ya da iki dersin İngilizce olarak verilmesi;
- İngilizce ders verebilme yeterliliğine sahip uzmanlık alanındaki öğretim elemanı ile karşılıklı öğretim elemanı değişimi;
- Bir proje hazırlanması ve her iki üniversite bünyesindeki okulların birlikte çalışması; (Örneğin; kongre konularına uyumlu olabileceği düşünülmektedir.)
- Başarılı ve İngilizce sınavını geçen öğrencilerin öncelikle yaz stajı için değişim yapmaları;
- Başarılı ve İngilizce sınavını geçen öğrencilerin 30 krediyi de içine alan yıllık değişimlerinin planlanması önerilmiştir.

İletişim: Dr. Özlem Örsal

E-posta: ozlorsal@yahoo.com



*Dr. Serap Demirel**

Kurumumuz Sağlık Ocağı olmadan önce SSK Dispanseri idi. Önceleri küçük bir ilçe olan sonradan küçük bir şehre dönen Kuşadası'nda yıllarca SSK Dispanseri olarak koruyucu sağlık hizmeti nedir bilmeden yalnızca poliklinik, laboratuvar ve eczane hizmeti vererek kapalı bir kutu içindeymiş gibi çalıştık. 19 Şubat 2005 tarihinde SSK'nın Sağlık Bakanlığı'na devri ile birlikte bulunduğumuz bina ve bizler Sağlık Ocağı olarak hizmet vermeye başladık. Hizmet vermeye başladık diyorum ama lafın gelişi. Çünkü ben ve diğer arkadaşlarım daha ETF (ev halkı tespit fişi)'nin açılımını, bebek aşı tablosunu, gebe-bebek izleminin ne olduğunu ve önemini hiç bilmiyorduk. Bir tane bile ebemiz yoktu; sağlık memurumuz yoktu (halen yok). Bir hemşire, bir memur, bir hizmetli ve üç doktor olarak 15072 nüfusun sorumluluğunu üzerimize aldık. Kapalı bir bina içinde çalışırken, birden bire kendimizi sahada bulduk. Yerleşim alanı çok dağınık ve yazlık nüfusun ağırlıkta olduğu bir Kadınlar Denizi Mahallesi'ni, sosyoekonomik ve kültürel açıdan çok düşük düzeyde olup; doğurganlık oranı çok yüksek olan, kolay takibe alınamayan Hacı Feyzullah Mahallesi'nde evleri tek tek dolaşarak; ETF'mizi sıfırdan çıkardık. Gebe ve bebeklerimizi teker teker saptadık. Onlarda bize karşı güven oluşturmak için çok uğraştık. Sonradan Soğucak Köyü'nü bize bağladılar ve bir de köyümüz oldu. Bu da ne demek, ne anlama gelir? Yine bilmiyorduk. Ama öğrendik ve köyümüzü sahiplendik. Onlar da bizi kucakladılar. Şimdi köyümüzde bir ebemiz sürekli koruyucu sağlık hizmetlerini veriyor. Haftada bir gün de bir doktor, köydeki Sağlık Evimize giderek poliklinik hizmeti veriyor. Sonrasında da gerek köy kahvehanesinde erkeklere gerekse bahçelerde kadınlarımızla sohbet saatleri yapıyoruz.

Her hafta bir konu belirliyoruz ve o konuda açıklayıcı ve eğitici bilgiler veriyoruz. Köy halkının %90'ı çeşme suyu içtiği için köyün su deposundan sık sık su örneği alıp inceleme yapıyoruz. Özellikle Kırım Kongo Kanamalı



Ateşi ve keneden korunma yollarını teker teker bütün köy halkına anlatmaya, bu konuda onları bilinçlendirmeye çalıştık. Bölgemizde Kırım Kongo Kanamalı Ateşi hiç görülmedi. Amacımız; hiç görülmemesi.

Sağlık ocağı oluşumuzdan, bu yana üç yıl geçti. 19778 nüfusla Sağlık Ocağımız bir bütün oldu. Öyle bir bütünleştik ki aşı oranlarımız, gebe-bebek izlemelerimiz, 15-49 yaş kadın izlemelerimiz O'dan %100'lere ulaştı. Bölgemizdeki bütün kadınlarımıza ve okullardaki kız öğrencilerimize kendi kendine meme muayenesi eğitimini alarak ve sağlık ocağımızda verdik. Amacımız meme kanserini erken tanımak; erken yakalanmasını sağlayabilmektir.

Bu da bize yetmedi; daha güzel ve kalıcı bir şeyler yapmalıydık. Bütün halkımızla dost olmuşken neden bebeklerimizle dost olmayalım dedik ve kısa zamanda bütün anne ve anne adaylarımızı tüm çalışanlarımızla birlikte sıkı bir eğitim sürecinden geçirdik. İlk kez anne olan kadınlarımıza emzirmeyi öğrettik. Meme emmeyi beceremeyen bebeklerimizle tek tek uğraşarak emmelerini sağladık. Çok zorlu bir o kadar da keyifli bir süreç geçirdik ve sonuçta bir baktık ki bütün bebeklerimizin yüzü gülüyor, çünkü onlar ilk altı ay yalnızca anne sütü ile besleniyor. İki yaşına kadar da anne



sütü almaya devam edecekler. Biz de bebek dostu sağlık ocağı olmanın verdiği gururu taşıyacağız.

Bölgemizde evlilik öncesi talasemi taşıyıcılığı testi yaptırılmasını zorunlu hale getirmeyi başardık. "Bugün talesemi testi, yarın sağlıklı kuşaklar" sloganı ile inceleme sonucunda talasemi taşıyıcısı çıkan çiftleri teker teker eğitimden geçiriyoruz. Eğitiyoruz ki artık talasemili çocuk doğmasın, daha sağlıklı kuşaklara kavuşalım.

Kuşadası nüfusu sizin de bildiğiniz gibi yaz aylarında 50.000'den 500.000'lere ulaşıyor. Bu yazlık nüfusun hemen hepsi bizim sağlık ocağımız bölgesinde kalıyor, tatil yapıyor. Çünkü; Kuşadası'nın plajlarının, büyük otellerinin ve yazlık sitelerinin çoğu bizim bölgemizde bulunuyor. Bu da bizlere diğer sağlık ocaklarına göre daha fazla sorumluluk ve görev yüklüyor. Haftada bir çeşme ve deniz suyu örnekleri alıyoruz. Kimyasal ve bakteriyolojik incelemelerden geçiriyoruz. Yerli halkımızı ve tatilcilerimizi, ishal salgınlarından, su ile bulaşan diğer hastalıklardan korumak için büyük çaba harcıyoruz. Turistik bölgede hizmet vermenin başka bir önemi daha var: cinsel yolla bulaşan hastalıklar! Yaz kış demeden halkımıza özellikle gençlerimize bu konuda çok sayıda eğitimler verdik ve eğitimlerimizi sürdürüyoruz. Aile planlaması konusunda da gençlerimizi bilinçlendirmeye çalışıyoruz. Bu konuda her zaman halkımızın yanında olduğumuzu, her istediklerinde bizlerden çekinmeden ve mahremiyete önem vererek hizmet alabileceklerini artık bütün halkımız biliyor. Aile planlamasında 2005 yılında etkili yöntem kullanan kişi sayısı çok az iken bu oran gittikçe arttı. Hedefimiz bu oranı

% 100'lere çıkartarak halkımızın yalnızca kendileri istedikleri zaman çocuk sahibi olabilecek düzeye ulaştırabilmek. Bunu başarmak için sağlık ocağı olarak tüm ekip bütün gücümüzle ve azmimizle çalışmayı sürdüreceğiz.

Ana okulu çağındaki çocuklarımızın tuvalet ve temizlik alışkanlığı yeni yeni biçimlenmeye ve yerleşmeye başlamaktadır. Bu süreçte bazı kopuklukların ve ihmallerin yaşanması dışında parazit görülme sıklığını artırmakta, bu da okul tuvaletleri aracılığıyla birbirine bulaşmayı hızlandırmaktadır. Sağlık ocağı çalışanları olarak bunu engellemeye amaçladık ve bölgemizdeki bütün ana okullarındaki 235 çocuğumuz ve 20 çalışandan dışkıda parazit taraması yaptık. İnceleme sonuçlarında parazit çıkanları tedavi ettik. Tuvaletleri kontrol ettik, çocuklara ve çalışanlara el yıkama ve tuvalet temizliği konusunda eğitimler verdik. Sonuç yüz güldürücü oldu, şu anda bölgemiz ana okullarındaki bütün çocuklarımız ve çalışanlarında dışkıda parazit görülme sıklığı sıfırdır. Hedefimiz bütün ilköğretim okullarında bunu başarabilmektir. İlköğretim okullarında her yıl sağlık taraması yapmak için bir doktor, bir hemşire ve bir sağlık memurundan (geçici görevli) oluşan bir ekip oluşturuldu. KBB, kalp, akciğer muayenesi, inmemiş testis muayenesi ve saç biti taraması yapmaktayız. Tedavi edebildiklerimizi tedavi etmekte; bizi aşan olguları da sevk etmekteyiz.

"Dünyaya gülen gözleriniz netlik bulsun" projesi kapsamında Sağlık Grup Başkanlığımızın organizasyonu ile bütün ilçe ile birlikte biz de bütün ilköğretim okullarında 2980 öğrenciye doktor ve hemşiremizden oluşan ekiple göz taraması yaptık. Göz kusuru saptadığımız çocukları göz hastalıkları uzmanına sevk ettik. Çok ilginç ki; kendi çocuğumun görme kusuru bile okulda yaptığımız tarama sırasında ortaya çıktı ve benim çocuğum gibi pekçok sayıdaki çocuk da bu sayede gözlük kullanmaya başlayarak dünyayı daha net görmeye başladı.

Şimdiye kadar saydığım hizmetlerimizin içinde belki de en kutsal olanını en sona sakladım: Çünkü onlar yaşamlarını bir başkasına bağımlı olmadan sürdüremiyorlar, çünkü onlar, biz onlara gitmezsek bize gelemiyorlar. Onlar yatalak ve yaşlı hastalar.

Yaşlı ve yatalak hastalara elimizden geldiğince gezici sağlık hizmeti adı altında belirli aralıklarla evde bakım hizmeti

vermekteyiz. Bir doktor ve bir hemşireden oluşan ekibimiz yataklak hastalarımızın genel muayenelerini yapıp; yatak yarası varsa tedavi edip, sonda takılacaksa takıp, ilacı yazılacaksa yazıp, diyabet hastası ise şekerini ölçüp, gerekiyorsa EKG çekimi yaparak, hepsinden önemlisi biraz moral vererek, kısa bir süre için bile olsa yüzlerinin gülmesini sağlayarak, yalnız olmadıklarını hissetmelerini, umutlarının da sürekli olmasını amaçladık.

Evet, Sağlık Ocağımız çalışmaları tabii ki bu kadar değil. Bütün bunlar arasında anlatmayı neredeyse unuttuğum; hatta bazı insanların sık sık onların varlığını unuttuğu bir kesim daha var... Yaşamlarını hep savaşıyor, mücadele ederek, bu süreçte çok zorlanarak bazen umutsuzluğa kapılıp pes ederek, bazen de büyük bir azimle çalışıp büyük işler başaran özürülüler...

Sağlık ocağımız bölgesinde Özürülüler Derneği bulunmaktadır. Biz; bir doktor, bir hemşire ve bir ebeden oluşan ekip, her hafta Özürülüler Derneği'ne giderek özürülü çocuklarımıza, gençlerimize eğitimler vermekteyiz, sağlık taraması yapmaktayız. Kendilerinin bile dile getiremedikleri ve anlam veremedikleri yakınmalarını erken tanı ile ortaya çıkartmaktayız. Dernekte fiziksel engelli, görme- işitme engelli, zeka özürülü vb. 25 tane özürülü çocuk ve gencimiz bulunmaktadır. Hepsine beslenme, temizlik alışkanlığı, ev kazalarına karşı kendini koruma konularında eğitimler verdik. Özürülü çocuklarımızın yanı sıra; aileleri ile de toplantılar düzenleyip; onlarla sohbet edip, her zaman her konuda yanlarında olduğumuzu hissettirmeye çalıştık ve çalışıyoruz. Ailelere ergenlik döneminde fiziksel, cinsel büyüme psikososyal gelişme konularında açıklayıcı eğitim seminerleri düzenleyip, fikir alışverişlerinde bulunduk. Çocuklarımıza sağlıklı ilgili konularda (hareketli yaşam, sigara, sağlıklı beslenme) küçük öyküler anlatıp, ilgilerini çekecek eğitim CD'leri izleyip ya da şarkı durumuna getirerek vermemiz gereken ana konuyu vermekteyiz. Bu konuda da hedefimiz, okullarına bir misafir geldiğinde gözleri ışı ışı olan gerek sözle gerekse beden dili ile çok mutlu olduklarını her halleri ile belli eden bu özürülü çocuk ve gençlerimizden sevgi, şevkat ve desteğimizi esirgememek ve sonuna kadar da sürdürmek.

Evet; anne karnından başlayıp, toprağa karışana kadar geçen süreç içinde insan sağlığı

için yaptığımız hizmetler kaba hatları ile bu kadar. Ancak; bu hizmetleri verebilmek için zamanında, fiziki koşulları uygun bir binamız yoktu. Yalnızca, 60 metrekare olan bir binanın zemin katında yıllarca hizmet verdik. Sonra ev sahibi bizi çıkarttı ve biz ortada kaldık. Tam kapanacağız diye düşünürken bir hayırsever, pasajda iki odadan oluşan dükkanları bizim kullanımımıza verdi. Bir pencere bile yoktu ki; temiz hava, güneş, ışık alalım. Ama biz yine de; başımızı sokacağımız, her şeye karşın azimle çalışabileceğimiz bir "dört duvarımız" olduğu için çok sevindik. Tabi bu süre içinde yeni bir bina arayışı içine girdik. Kuşadası esnafını teker teker dolaşarak; kiminden fayans, kiminden çakıl-kum bağışı toplayarak dokuz ayın sonunda 11 dönümden oluşan kendi arsamız üzerine 100 metrekare yağma bir bina inşa ettirmeyi başardık. Hepimiz çok mutlu olduk. Fakat artık bu bina da bize yetmiyordu.

Yine bir çıkar yol aramaya başladık ve hizmet vereceğimiz halkımızın hizmet almaya geldiğinde; içinin açılacağı bir binanın plan-projesini yaptırdık. Şimdi bir destekleyici (hayırsever) bulmamız gerekiyordu. Bir kaç görüşmeden sonra Ferit Demirel ve Ali Çallı Beyleri bulduk. Bizzat konuşarak halimizi anlattık. Bizim ve özellikle bölge halkının sağlık ocağı olarak yeni ve geniş bir binaya gereksinimi olduğunu ısrarla dile getirerek; Onları ikna etmeyi başardık. Tam sekiz ayda 530 metrekare üzerine 2 katlı ve 20 odadan oluşan yepyeni, pırl pırl binamıza kavuştuk. Ancak; yine bir eksiğimiz vardı. Çünkü binanın içi boştu. Hiç işe yarar tıbbi aletimiz ve mobilyamız yoktu. Yine bağış toplayarak bütün odalarımızı son model eşyalarla döşedik. Bu süreçte her zaman Sağlık Ocağı ekibim yanımdaydı ve omuz omuza idik.

Yıllarca SSK Dispanseri'nde sorumlu hekim olarak görev yaptım. Aynı işleri bir adım ileri gitmeden hep aynı hasta profili ile yaptım. Ancak son üç yılda yoktan bir sağlık ocağı var edip; bütün varlığımızı ve insan sevgimiz ile sağlık hizmeti vererek ilçemizin incisi haline geldiğimize inanıyorum. Bu kadar kısa sürede bu kadar dolu dolu hizmet veren, sınırlarını zorlayan, personel eksikliğini hiçe sayarak canını dişine takarak çalışan; tüm personelim ve bölge halkıyla birlikte bu ödülü hak ettiğimize inanıyor; öyle de oldu.



*Dr. Müge Yetener**

Genel Sağlık Sigortası ve sağlık sefaleti: "Sicko"

Siz hiç iki parmağını hızara kaptırmış ve parası yeterli gelmediği için, kopan hangi parmağını diktireceğine karar vermeye çalışan, sonra da 60 bin dolarlık romantik bir adam olduğu için orta parmağı yerine 12 bin dolarlık yüzük parmağını seçen bir insan gördünüz mü? Ya da böyle bir olayı hayal ettiniz mi hiç? Ya da evi, barkı, işi olan başarılı orta sınıf Amerikalı çiftten birinin kansere yakalandığı ve diğerinin iki kez kalp krizi geçirdiği için sağlık sigortaları olduğu halde evlerini satmak zorunda kaldıklarını duydunuz mu?

Michael Moore'un "Sicko" filminde bu tür hayal ötesi gerçekliklerle karşılaşmaya hazır olun. Michael Moore; Amerikan sağlık sistemini ve "Amerikan rüyası" fonunun arkasını çok çarpıcı gerçekliklerle gözünüze sokan bir belgesel hazırlamış. Tümüyle gerçek, yaşanmış ve yaşanmaya devam eden yaşam öyküleriyle anlatılan sağlık sistemini "bu kadar da olmaz artık" diyerek izliyorsunuz.

Sağlıktan neden para kazanılamayacağını çok çarpıcı bir dille gösteriyor film. Gözünü kar hırsı bürümüş sağlık sigortalarının tam da bu gerekçeyle aslında asla "sağlığınızın sigortası" olamayacağı gerçeğiyle yüzleştiriyor. Sağlık sigortasını işleten

"imzalarını kiralamış" bireyleri, o çarkın parçası olmuş "kiralık katilleri" yüreğiniz burkularak, mideniz bulanarak (sistemin, insanlardan erdemli ve cesur bireyler de kiralık katiller de yaratabildiğini görerek), korkarak (başımıza bunlar mı gelecek?) ve infial duygusuyla (hemen şimdi bir şeyler yapmak lazım) izliyorsunuz.

Belki de bu korkunçluk

hissi filmin başlangıç cümlesinde gizliydi. "Bu film Amerika'da sağlık sigortası bulunmayan 50 milyon kişiyle değil, sağlık sigortasına sahip 250 milyonla ilgilidir. Yani Amerikan rüyasının gerçek sahipleriyle. "Yani kimseye" neyse ki bunlar sistemin dışına atılmış yoksulların başına gelebilecek şeyler, ben sağlık sigortamı yaptırıp güvende olurum" rehaveti yaşatmıyor. Zaten sistemin dışına atılmış yoksulların bir kaza vb. sebeple kaçınılmaz ve zorunlu olarak hastalanıp hastaneye gittiklerinde arabalara/taksilere bindirilip hastanelerin dışına bırakılıverdiklerini de görüyoruz. Bu sırada "kendine iyi bak" demeyi de ihmal etmiyorlar.

İngiltere'nin "ulusal sağlık sistemi"ni ve Fransa'daki ücretsiz sağlık sistemini göstererek "aslında kapitalizmin iyi halleri de varmış canım..." dedirtiyorsa da, 11 Eylül saldırısında kurtarma çalışmalarına gönüllü olarak katılıp çeşitli solunum yolu hastalıklarına yakalanmış, sağlık sigortalarının çeşitli dalaverelerle tedavilerini ödemeyi reddettiği itfaiyecileri ve diğer sigorta kurbanlarını toplayıp Küba'ya götürdüğü son bölümler harikaydı. Küba sağlık sistemini görmek kaybettiğimiz güven duygusunu yerine koyuyor. Filmdeki insanların Küba'daki yüz ifadelerini görmek, şaşkınlık ve minnet duygularını yüzlerinden okumak çok etkileyiciydi.

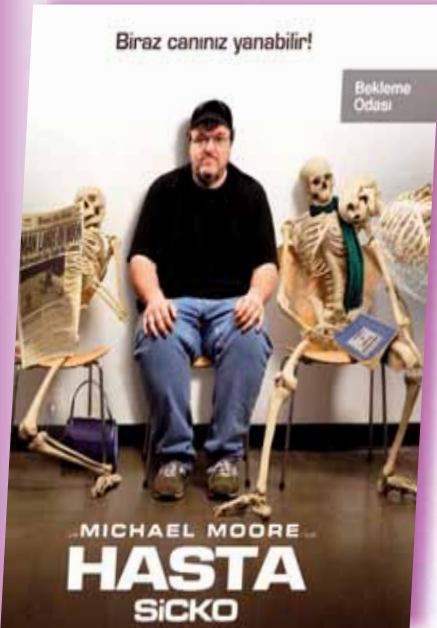
Filmin sonunda ne mi oldu? Söylemeyelim de izlemeyenler mutlaka izlesin.

Ek vergi demek olan Genel Sağlık Sigortası (GSS)'nin ne menem bir şey olduğunu kafanızda tam olarak canlandıramadıysanız bu filmi mutlaka görün. Her şey yerli yerine oturacaktır.

Sağlığın kişisel bir sorumluluk olmadığını ve toplumsal dayanışma duygusunun yalnızca sosyalistlere ait olmayan son derece temel bir insani duygu olduğunu bir Fransız liberalinden duymak da etkileyiciydi.

Ben bu filmden iki önemli ders çıkardım:

1. Böyle bir sistem bizde de gerçekleştirilirse (ki bunun olmaması için her şeyi yapmalıyız) asla hastalanmamalıyım...
2. Başka bir dünya ve başka bir sağlık sistemi olanaklı!...





Zolpidemin Oral Sprey Formu, İnsomnianın Kısa Dönem Tedavisi için Onaylandı

Amerikan Gıda ve İlaç Kurumu (FDA), Uykuya dalmakta güçlüklerle karakterize insomnianın kısa süreli tedavisinde zolpidem tartaratın oral sprey formunu onayladı. Doz başına 5 ya da 10 mg'lık formları bulunan oral spreydeki aktif madde olan zolpidem, ağız mukozasından hızla emiliyor. Zolpidem, günümüzde dünya çapında insomnia tedavisinde en çok reçete edilen sedatif hipnotiktir. Oral sprey formunun etkisi daha hızlı başladığı için ilaç yatmadan hemen önce alınmalıdır. Bu, hastanın 7-8 saat uyumasını sağlayacaktır. Diğer uyku ilaçlarında olduğu gibi, hastalar ertesi sabah araç kullanmak, iş makinesi kullanmak gibi dikkat gerektiren işleri yapmaktan kesinlikle sakınmalıdır. Kontrollü klinik çalışmalarda en sık gözlenen yan etkilerin baş ağrısı, baş dönmesi ve uyku hali olduğu bildirilmiştir. Sedatif hipnotik kullanımı, uyurgezerlik (tam uyanık olmadan araç kullanmak, yemek yemek gibi faaliyetlerde bulunup bu olayların anımsanmaması) gibi karmaşık davranışlara yol açabilir. Ciddi alerjik reaksiyonlar da görülebilir. Bu durumlarda ilaç kesilmeli ve yeniden kullanılmamalıdır. Zolpidem tartaratın oral sprey formu yalnızca kısa süreli kullanım için hazırlanmıştır. Sedatif hipnotik ilaçlar narkotik olmasalar da bir miktar bağımlılık riski bulunmaktadır. Düşünce ya da davranışlarında belirgin değişiklikler bulunan ya da uzun süreli uyku sorunu olan hastalarda altta yatan başka bir rahatsızlık olabileceği unutulmamalıdır.

Medscape Medical News, 2008

İrritabil Barsak Sendromuna Yaklaşım

Amerikan Gastroenteroloji Akademisi, irritable barsak sendromunun epidemiyolojisi, tanılabilir yaklaşımı ve tedavisi ile ilgili bir inceleme yayınladı. Bu rahatsızlığın tedavisinde periferik etkili ilaçlar ya da hem periferik, hem

santral etkili ilaçlar kullanılabilir. Periferik etkileri baskın ilaçlar arasında klor salınımlı etkileyen ilaçlar, kalsiyum kanal blokörleri, opioid reseptör ligandları ve motilin reseptör ligandları; hem periferik, hem santral etkili ilaçlar arasında ise yeni serotonerjik ilaçlar, kortikotropin salıcı hormon (CRH) antagonistleri ve otonomik modülatörler sayılabilir.

Am J Gastroenterol. January 1, 2009;104(suppl 1)

Preterm Doğumda Tekrarlayan Dozlarda Antenatal Steroid Önerilmiyor

Preterm doğum riski olan kadınlarda tek doz antenatal steroid uygulanması bebekte respiratuar distres sendromu gelişmesi ve ölüm riskini azaltırken tek doz sonrası doğum yapmayı 14 günde bir yeniden steroid alan kadınlarda preterm doğumla ilgili risklerde azalma olmuyor. Tekrarlayan dozlarda uygulama bebeğin doğum ağırlığını düşürüyor, boyunu ve baş çevresini kısıtlıyor.

Lancet. December 20/27, 2008

Amerika'da Oseltamivire Dirençli Grip Salgını

Bu kış ABD'de sık görülen bir influenza virüsü suşunun tedavide en çok kullanılan ilaç olan oseltamivire dirençli olduğu görüldü. Amerikan Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi'nin (CDC) yaptığı açıklamada oseltamivir zaten olguların az bir kısmında kullanıldığı için bu durumun ciddi bir tehlike oluşturmadığı, virus suşunun daha eski bir ilaç olan rimantadine duyarlı olduğu ve gerekli durumlarda bu ilacın kullanılabilmesi bildirildi.

Reuters Health Information

Hazırlayanlar:

Doç. Dr. Özen Aşut*
Stj. Dr. Yılmaz Yıldız**



*Dr. Nurdoğan Yavuz**

Huzursuz bacak sendromu (*Restless Legs Syndrome: RLS*) bacaklarda daha belirgin, kollarda da hissedilen, ama tam olarak tarif edilemeyen garip bir his, anormal bir duyum, bir çeşit dizestezi ile karakterize, uykuya dalamamaya biçimlenen bir sendromdur. Kural olarak istirahat durumunda hissedilen bu hissi, hastalar yakınlarına ve hekimlerine anlatamamaktan yakınır.

Görülme sıklığının %10-15 olduğu belirtiliyor. Ortalama başlangıç yaşı 27'dir. Hastaların yüzde 13'ünde belirtiler 10 yaşından önce başlar. Kadınlarda görülme sıklığı daha fazladır. Sendrom yaşın ilerlemesiyle daha sık oranda görülmeye başlar, şiddeti gittikçe artar.

Tipik klinik özelliği uykuya dalmayı engelleyen, dizestezinin eşlik ettiği, ekstremitelerde özellikle de bacaklarda karşı konulması olanaklı olmayan hareket etme gereksinimi ve motor huzursuzluktur. Ağrı olarak adlandırılmayan, zaman zaman

karıncalanma, uyuşma, bacakta çekilme diye tarif edilen bu hissi, bazı hastalar 'bacaklarım sıkılıyor' biçiminde ifade eder. Bacaklar hareket ettirildiğinde birkaç dakikalık rahatlama sağlanabilir. Huzursuz bacak sendromundaki ağrı harekete geçmeyle geçer, dinlenme sırasında yeniden başlar.

Hastalar bacaklarındaki huzursuzluk yüzünden akşamları televizyon seyredemezler, arkadaş ziyaretlerine gidemezler ve en önemlisi yattıklarında bu garip hissin sürekli harekete zorlaması nedeniyle uzun süre uykuya dalamazlar. Uykuya dalamadıkları için yataktan çıkıp dolaşmayı denerler. Aynı his gece yarısı uyanmalarına yol açtığından yeniden uykuya dalmakta güçlük çekerler.

Huzursuz bacak sendromu olan hastalar, sinema, tiyatro, uzun seyahatler gibi hareketin kısıtlandığı ortamlarda çok rahatsız olurlar. Buralarda genellikle bacaklarını hareket ettirebilecekleri koridor kenarlarını tercih ederler. Huzursuz bacak sendromu olan hastaların yüzde 94'ünde hem uykuya dalma hem de sürdürmede zorluk, yüzde 84.7'sinde yalnızca uykuya dalmakta zorluk, yüzde 86'sındaysa sadece uykuyu sürdürmede zorluk yakınması vardır.

Belirtiler hastalığın başlangıcında tek taraflı olabilmekle birlikte zaman içinde her iki alt ekstremiteyi de etkiler. Hastaların yarısına yakınında kollar da etkilenmiştir. Belirtilerin akşam saatleri ve geceleri daha belirgin olması ve istirahat halinde ortaya çıkması ve/veya artması karakteristiktir. RLS, haftalar ya da aylar süren remisyon dönemleri ile seyreden ve hayat boyu devam eden bir hastalıktır. Fiziksel aktivite, çok sıcak ya da soğuğa maruz kalma ve aşırı kafein alımı günlük belirtilerde artışa yol açar.

RLS idiyopatik ve semptomatik olmak üzere iki farklı biçimde ortaya çıkabilir. İdiyopatik



formun yarısında, otozomal dominant bir geçiş söz konusu olup 9, 12 ve 14. kromozom ile ilişkisi gösterilmiştir. İdiyopatik RLS'de hastalık başlangıç yaşı daha erken olup, genellikle 20 yaşın altındadır. Semptomatik RLS ise medikal, nörolojik veya birincil uyku bozukluğuna bağlı olarak ortaya çıkar. Bunlardan demir eksikliği (anemi ile birlikte ya da olmaksızın), üremi, romatoid artrit, diabetes mellitus, nöropati, radikülopati veya miyelopatiler, spinal kord tutulumu ile giden multiple skleroz, kord basıları, Parkinson Hastalığı ve çocuklarda dikkat azlığı-hiperaktivite sendromu en sık nedenler olarak sayılabilir. Gebelik, RLS ile sıklıkla birlitlik gösteren bir durumdur. RLS hastalarının %85'inde uykuda periyodik hareket bozukluğunun eşlik ettiği bilinmektedir.

Patofizyolojisi tam anlamıyla aydınlatılmamış olmakla birlikte yapılan çalışmalar RLS'in beyinsapı düzeyinde ortaya çıkan ve spinal eksitabilitasyonda değişikliklere neden olan supraspinal bir ritmin parçası olduğunu, bunda santral sinir sistemindeki dopamin ve demir azlığının rol oynadığını desteklemektedir. RLS'de dopaminerjik hipofonksiyon ilk kez 1982 yılında Dr. Şevket Akpınar tarafından gösterilmiştir.

RLS tanısı tamamıyla klinik değerlendirmeye dayanmaktadır. Uluslararası Huzursuz Bacak Sendromu Çalışma Grubu'nun (IRLSSG) koymuş olduğu tanı ölçütleri:

1. Genellikle dizestezinin eşlik ettiği fokal akatizi,
 - a. Ekstremitelerde özellikle de bacaklarda karşı konulması olanaklı olmayan hareket ettirme gereksinimi,
 - b. Bacaklarda periyodik, ağrılı olmayan fakat rahatsız edici anormal duyum epizodları,
2. Motor huzursuzluk, hareket etme ile rahatlayan ya da tamamen ortadan kalkan aşırı huzursuzluk durumu,
3. Belirtilerin istirahat halinde ortaya çıkması ve/veya artması,

4. Sirkadiyen özellik, normal bir sirkadiyen ritim içinde belirtilerin akşam ya da geceleri daha belirgin olması.

RLS tanısı için bu dört ölçütün de birlikte bulunması gereklidir.

Tedaviye başlamadan önce idiyopatik/semptomatik form ayırddedilmelidir. İlk amaç, altta yatabilecek hastalıkların tedavisi olmalıdır. Dopamin agonistleri hem idiyopatik hem de semptomatik RLS'de birinci seçenek tedaviyi oluşturur. Özellikle paramipeksol ve ropinirol gibi D3 agonistleri, ergo türevi olmaları nedeniyle yaşlı hastalarda dikkatli kullanılmalıdır. Dekarboksilaz inhibitörleri ile birlikte levodopa, ilk dozdan itibaren belirtilerde gerilemeye yol açmakla birlikte, "rebound" ve "agumentation" yan etkileri nedeniyle daha az kullanılır olmuştur. "Augmentation" belirtilerin daha erken saatlerde başlaması ve daha şiddetli olarak ortaya çıkması, "rebound" ise daha geç saatlere kayması ve daha şiddetli olarak ortaya çıkması olarak tanımlanır. L-Dopa'nın uzun süreli kullanımda "augmentation" %82, rebound ise %25 olarak bildirilmektedir.

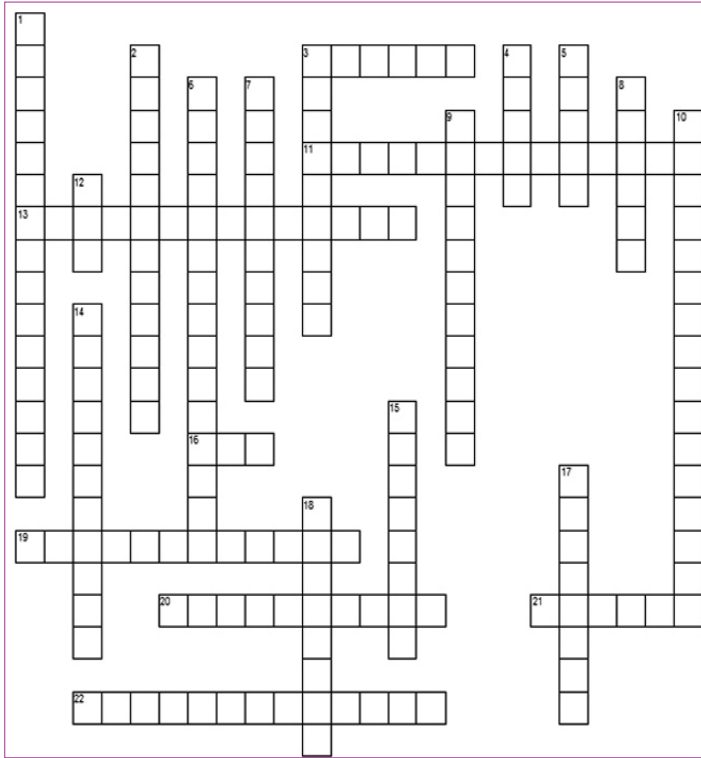
Antiepileptiklerden özellikle gabapentin sensoriyal huzursuzluk olarak ağrıyı ön planda belirten ve hafif-orta derecedeki RLS'de kullanılabilir. Benzodiyazepinler ve özellikle klonazepam belirtilerde oldukça etkili olmakla birlikte bağımlılık ve tolerans yan etkileri nedeniyle ancak sürekli tedavinin gerekmediği ve genç hastalarda kısa süreli tedavi seçeneği olarak düşünülmelidir. Opioidler (*oksikodon, hidrokodon, propoksifen, metedon, pentazosin, kodein, morfin*), diğer tedavilerden yanıt alınamayan ve çok şiddetli yakınmaları olan hastalarda kısa süreli kullanılabilir. Serum ferritin düzeyi 50 ng/ml'nin altında olan hastalarda oral ya da IV demir tedavisinin etkinliği kanıtlanmıştır. Tramadol, magnezyum sülfat ve baklofen sözü edilen ancak etkinliği kanıtlanmamış olan tedavilerdir.

Kafein, nöroleptikler, antihistaminikler, trisiklik antidepresanlar, SSRI'lar RLS'de belirtileri artırabilirler.

Ödüllü Bulmaca



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 2008** sayımızda yayımlayacağız.



- 1- Cinselliğin bileşenlerinden biri,
- 2- Aterosklerozda bir risk faktörü,
- 3- Kadına karşı uygulanan şiddet türlerinden biri,
- 4- 2020 yılında dünya hastalık yükünün ikinci nedeni olacak hastalık,
- 5- Menarş yaşını etkileyen faktörlerden biri,
- 6- Adolesan

sağlığında önde gelen bir konu, **7-** Birinci basamak sağlık hizmetlerinde kullanılacak bir ruhsal tarama ölçeği, **8-** Amerika Birleşik Devletleri Kolesterol Eğitim Programının kısaltılması, **9-** Erken çocukluk döneminde arteriyel duvarda yağlı çizgilenme olarak başlayan patolojik süreç, **10-** Mahley çalışmasında Türklere Amerikalılara göre daha fazla olan enzim, **11-** Hiperkolesteroleminin sekonder olarak görüldüğü bir hastalık, **12-** Kızların yaşamı açısından vücutlarının küçük bir kız çocuğundan genç kız olmaya değiştiği zaman, **13-** Kolesterol sentezi için önemli bir enzim, **14-** Gripe karşı en çok kullanılan ilaç, **15-** Çocuklarda hiperlipidemi tedavisinde önerilen bir ilaç, **16-** İnsomnianın kısa dönem tedavisinde onay alan bir ilaç, **17-** Kolesterolün başlıca yapım yeri, **18-** Hiperlipidemi tedavisinde kullanılan fakat çocuklarda önerilmeyen bir ilaç grubu, **19-** Fizik muayenede görülen bir dislipidemi bulgusu, **20-** Küresel hastalık yükünün en önemli nedenlerinden biri olacak bir sorun, **21-** Ergenlikte genç kızlarda en önce görülen bulgu, **22-** Cinsel eğitimin içerdiği konulardan biri, **23-** Küresel hastalık yükünün %14'ünü oluşturan bozukluklar.

STED Haziran 2008 Ödülü Bulmaca Doğru Yanıtları:

- 1- Kanıtı Dayalıtıp, 2- Parafimozis, 3- Ventriküler Fibrilasyon, 4- Sünnet,
- 5- Klebsiellaozanae, 6- Antitusifler, 7- Malt, 8- HDL Kolesterol,
- 9- Proteusspp, 10- Aritmi, 11- Zaman Kısıtlılığı, 12- Fimozis, 13- Tamamen Sigarasız,
- 14- Diabetes Mellitus, 15- Meatal Stenoz, 16- Balanit, 17- Postit,
- 19- Kollum, 18- Skatrizasyon, 20- Kreatininkinaz, 21- Palyatif Bakım,
- 22- İstirabı Hafifletmek.