



---

Küresel Isınma Senfonisi ve Sağlık: Herkesin Konuştuğu Konuda Hekimler Nerede Olmalı ?	103
Bebeklikte Büyüme Durumu ve Etkileyen Bazı Sosyodemografik Etmenler	111
Batına Nafiz Delici-Kesici Alet Yaralanmalarındaki Deneyimlerimiz	118

---



## Yayın Yönetmenleri

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

## Yayın Kurulu

Doç. Dr. Özen Aşut Dr. Banu Mutlu  
 Dr. Aysun Balseven Odabaşı Dr. Mehmet Özen  
 Dr. Zeren Barış Dr. Murat Sincan  
 Dr. Şamih Demli Dr. Figen Şahpaz  
 Dr. Arzu Dursun Stj. Dr. Emrah Şeyhoğlu  
 Dr. Tolga İnce Dr. Sevinç Yılmaz Yeltekin  
 Dr. R. Ekrem Kutbay Stj. Dr. Yılmaz Yıldız

## Bilimsel Danışma Kurulu

Prof. Dr. Osman Abbasoğlu Prof. Dr. Zeki Kılıçarslan  
 Prof. Dr. Erdal Akalın Prof. Dr. Nural Kiper  
 Prof. Dr. Murat Akova Yrd. Doç. Dr. Serdar Kula  
 Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu Prof. Dr. Yeşim Gökçe Kutsal  
 Prof. Dr. Berna Arda Yrd. Doç. Dr. Esra Önal  
 Doç. Dr. Dilek Aslan Doç. Dr. Nükhet Örnek Büken  
 Prof. Dr. Semih Başkan Prof. Dr. İmran Özalp  
 Dr. Aylin Sena Beliner Prof. Dr. Orhan Öztürk  
 Prof. Dr. Ufuk Beyazova Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış  
 Prof. Dr. Ümit Biçer Dr. Alfert Sağdıç  
 Prof. Dr. Ayşen Bulut Yrd. Doç. Dr. Özlem Sarıkaya  
 Dr. Alper Büyükakkuş Prof. Dr. İskender Sayek  
 Dr. Hayati Çakır Dr. Mustafa Sülkü  
 Doç. Dr. Ali Süha Çalikoğlu Doç. Dr. Figen Şahin  
 Yrd. Doç. Dr. Deniz Çalışkan Prof. Dr. Selahattin Şenol  
 Dr. Naciye Demirel Dr. Fatih Şua Tapar  
 Dr. Polat Dursun Prof. Dr. Cem Terzi  
 Doç. Dr. Önder Ergönül Prof. Dr. İlhan Tezcan  
 Doç. Dr. Muzaffer Eskiocak Prof. Dr. Çetin Turgan  
 Prof. Dr. Haldun Güner Doç. Dr. Duygu Uçkan  
 Prof. Dr. Hamit Hancı Prof. Dr. Fatih Ünal  
 Prof. Dr. Şükrü Hatun Prof. Dr. Serhat Ünal  
 Dr. Sema İlhan Doç. Dr. Hakan Yaman  
 Doç. Dr. Levent İnan Prof. Dr. Muharrem Yazıcı  
 Prof. Dr. Alper İskit Doç. Orhan Yılmaz  
 Dr. Remzi Karşı

## Okuyucu Danışma Kurulu

Dr. Hasan Değirmenci Dr. Sibel Serin Kılıçoğlu  
 Dr. Ayça Gümüş Dr. Mesut Yıldırım

## Sayı Sorumlusu

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](mailto:sted@ttb.org.tr) İnternet: [www.ttb.org.tr/STED](http://www.ttb.org.tr/STED)  
 STED Okurları Haberleşme Listesi: [stedokur@yahoo.com](mailto: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 Matbacılar Sitesi 558. Sok. No: 2  
 Yenimahalle - Ankara  
 Basım Tarihi:

## Derleme

**Küresel Isınma Senfonisi ve Sağlık:  
Herkesin Konuştuğu Konuda Hekimler  
Nerede Olmalı?** 103  
*Dr. Coşkun Bakar*

## Araştırma

**Bebeklikte Büyüme Durumu ve  
Etkileyen Bazı Sosyodemografik  
Etmenler** 111  
*Dr. Rukiye Ç. Seçkin, Dr. Meriç A. Utku,  
Dr. Seyithan Bingöl*

**Batına Nafiz Delici-  
Kesici Alet Yaralanmalarındaki  
Deneyimlerimiz** 118  
*Dr. Ahmet Rağıp Kızılet, Dr. Saadet Özer,  
Dr. Serap Erel, Dr. Yusuf Tanrıku,  
Dr. Bülent Kılıçoğlu, Dr. Kemal Kısmet,  
Dr. Mehmet Ali Akkuş*



**Kapak Fotoğrafı:  
"Gölgeler"**

Dr. Sema Demirsoyl, İzmir  
 TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2007  
 Ödülü



### Merhaba,

Siz bu sayıyı soğuk ve belki de karlı bir günde elinize aldığınızda, dergi yaz aylarından bir esinti getirecek size... Öyle ya, ne de olsa kapağında Temmuz-Ağustos yazıyor. Kimi ekonomik gerekçelerle yaşadığımız bu gecikmeyi önümüzdeki aylarda daha yoğun çalışarak kapatabilmeyi umuyoruz.

Sağlık sistemimizde pilot illerden başlayan dönüşüm yanı sıra hizmet sunumunda performans gibi kimi uygulamalar günlük yaşantımızı, geleceğimizi biçimlendirmeye başladı. Tercihlerimiz hekimlik uygulamalarımızı yakından ilgilendiriyor. Bu süreçte öngördüğümüz, duyduğumuz zorluklar artık kapımızda değil, içeri girdiler.

Sizlerin gözlemlerinize, öngörülerinize, tüm güçlüklerle karşı üstesinden geldiklerinize, ürettiğiniz çözümlere dergimizde yer vermek istiyoruz. Tek kalışlarınızı, bir arada olup gücünüze güç katışınızı sizlerin sözcüklerinizle, yazdıklarınızla kimi zaman çok uzakta olan bir meslektaşımıza, kimi zaman aynı odada olup da bir süredir dertleşemediğiniz, bir sıcak kahveyi birlikte yudumlayamadığınız arkadaşınıza iletmek istiyoruz. Geçmişten bugüne, yarından geleceğe önerilerinizi kısıtlamadan, bir kalıba sokmadan duymak, iletmek istiyoruz.

Alanımızda yaşananları aile hekimliğine geçişe indirgemek istemesek de ister doğrudan geçiş girişimlerini ister hazırlık aşamalarını olumlu/olumsuz yönleriyle ortaya koyalım,

değerlendirelim. Geçiş sürecini yaşayan illerde çalışan meslektaşlarımızın yaşadıklarını anlatabilecekleri, farklı bölgelerdeki arkadaşlarımızın sorularını sorabilecekleri bir ortam yaratalım. Sorulara üretilen yanıtların doğrudan süreci yaşayanlarca verilmesi bizlere daha kolay, derinlikli anlamamız için olanak sunacaktır. Özlük haklarımızın, çalışma koşullarımızın hukuksal boyutunun erkenden farkına varmamız, önlemler almamız, bilinçli davranmamız için bizlere rehberlik edecektir.

Dergimizin kalp atım hızı katkılarınızla doğru orantılı ve hep öyle olacak. Aklınıza gelen soruları bize yöneltin. Sorularınızı yanıtızsız bırakmayacağız. Belki kimi soruların yanıtlanması için oluşmamış koşulların farkına birlikte varıp soruyu, sorunu gündemde tutarak fırsat kollayacağız. Günü geldiğinde birlikte yanıt üretmenin, çözümün paylaşanı olmanın birlikte mutluluğunu yaşayacağız.

Özlük haklarından sağlık çalışanlarına yönelik şiddete uzanan, çok geniş bir yelpazede yer alan yakınlarımız var. Bunların çözümü bir arada olabilmekten, birbirimizi dinleyebilmekten, birlikte sorunları yaşayıp çözümü birlikte üretmekten, örgütlü birey olmaktan geçiyor.

Bu yıl, 2009 yılı, mesleğimize sahip çıkmanın, örgütümüzü desteklemenin, haklı taleplerimiz için ses getiren eylemler sunmanın yılı olmalı. Dergimize yazacağınız yazılar, getireceğiniz eleştiriler, sunacağınız öneriler, birinci basamak sağlık hizmetlerini yıllardır sürdüren, tüm olumsuzluklara karşı bahanelerin ardına sığınmadan, kendimizden, yakınlarımızdan aldıklarımızı halkımızın sağlığına veren biz hekimlerin, çalışma arkadaşlarımızın alanımıza sahip çıkmanın olanaklarını yaratacak, bu hareketin yapıtaşlarını oluşturacak.

Sağlığı alınır satılır bir ticari mal, sağlık hizmetini parası olanın erişebileceği bir hizmet olmaktan çıkarmak isteyen, erişilebilir, ücretsiz, koruyucu sağlık hizmetlerini önceleyen, toplum katılımını hedefleyenlerle birlikteyiz. Gücümüzü, düşlerimizi, gerçeğimizi birleştirmek için her uzatılan eli gönlümüzden tutmaya, sıkıya hazırız.

**Bilimsel ve dostça kalın.**



Fotoğraf: "Akşam Sefası" Dr. İmran Şan, Urfa  
STED Fotoğraf Yarışması 2007 Sergi Ödülü



# Küresel Isınma Senfonisi ve Sağlık: Herkesin Konuştuğu Konuda Hekimler Nerede Olmalı?

*Climate Change Symphony and Health: Where Should The Doctors Stand?*



*Dr. Coşkun Bakar\**

## Öz

İklim değişikliği, "karşılaştırılabilir zaman dilimlerinde gözlenen doğal iklim değişikliğine ek olarak, doğrudan ya da dolaylı olarak küresel atmosferin bileşimini bozan insan faaliyetleri sonucunda iklimde oluşan bir değişiklik" olarak tanımlanmaktadır. Küresel bir çevre sağlığı sorunu olduğu konusunda uluslararası çevrelerde görüş birliği bulunmaktadır. Tüm çalışmalar etkenin ortadan kaldırılmasına yönelik birincil korunmaya odaklanmalıdır. Hekimler ve diğer sağlık çalışanları bu konuda insan sağlığı lehine taraf olmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** İklim değişikliği, ozon, küresel ısınma, çevre sağlığı.

## Abstract

The definition of climate change is depicted as the additional alteration of climate alongside the innate course of nature at comparable times due to the direct or indirect damages caused by human activities. The international community has an accord of viewpoint such that there exists a serious problem of environmental health. Consequently, all studies should be focused on primary protection techniques for eliminating the negative factors. Furthermore, doctors and other health employees should be a party to human health.

**Key words:** Climate change, ozone, global warming, environmental health.

"İklim ve sağlık arasındaki ilişki oldukça karmaşıktır. Küresel iklim değişikliğinin geçmişte gözlemlenen ya da gelecekte yaşanabilecek hastalıkları ne kadar etkilediğini belirleyebilmek için tahminlerde bulunabiliriz. Ancak bugünkü bilgilerimiz ışığında, 1970'lerden itibaren gerçekleşen iklimsel değişikliklerin yılda 150 bin kişinin ölümüne yol açtığını ve eğer önlem alınmazsa, gelecek yıllarda sera gazı salınımlarının hastalık yükünü artıracığını öngörebiliriz. Bu, önlem almak için çaresiz olduğumuz anlamına gelmez. Sürdürülebilir kalkınmanın araçlarını tercih etmek, bizleri değişen iklimin etkilerinden koruyacağı gibi, aynı zamanda bir çok sağlık sorunumuzun da çözümüne yardımcı olacaktır (1)."

Dr. Jong-Wook LEE  
Dünya Sağlık Örgütü  
Eski Genel Müdürü

## Geçmişten Günümüze İklim Değişikliği

Milyarlarca yıl süren ömrü boyunca dünya, yaşanan kitlesel ölümlere neden olan olaylara sahne olmuştur. Tarih boyunca yaşanan bu afetlerin izleri değişik kaynaklar yoluyla günümüze kadar ulaşmayı başarmıştır. Yunan Mitolojisinde yer alan "*Pheathon'un Yolculuğu*" öyküsü örneklerden birisidir. Helios'un (Apollon) deniz perisi Clymene'den doğan oğlu Pheaton, "Tanrının oğlu" olmasıyla alay eden arkadaşlarına babasının

kontrolündeki "*Güneş Arabasını*" bir günlüğüne kullanarak yanıt verir. Ancak arabanın kontrolünü kaybedince, bulutların yoğunlaştığı, dağların doruklarının ateş saçtığı, bitkilerin kavrulduğu, nehirlerin kuruduğu, şehirlerin kül olduğu bir felakete yol açar. Bu olayın uzak geçmişte yaşanmış gerçek bir göksel olayın toplumsal bellekteki kalıntıları olduğu fikri, milattan önce beşinci yüzyılda Platon tarafından ortaya atılmıştır (2). Benzer öykülere tek tanrılı dinlerde "*Nuh Tufanı*" olarak rastlanmaktadır.

Yıllar boyunca insanoğlu bölgesel ekosistem değişikliklerine neden olan aktivitelerde bulunmuş, fakat bu etki küresel boyuta taşınmamıştır. Sanayi devrimi ile birlikte uzak bölgelere kolay ulaşılma yeteneğine kavuşmak, insanoğluna dünyayı sorumsuzca tüketme olanağını sağlamıştır. Bugün gelinen noktayı 1850'li yıllarda, Amerika Birleşik Devletleri Başkanı'na yazdığı mektupta bir Kızılderili reisi şöyle görüyordu:

"Açlığın dünyayı saracak beyaz adam ve ardında koskoca bir çöl bırakacaksınız. Yataklarınızı zehirlemeyi sürdürürseniz, bir gece kendi çöplüğünüzde boğulacaksınız. Bütün buffalolar öldürüldükten, yaban atları ehlileştirildikten, ormanlar kesildikten ve gizli köşelere kadar dünya insan kokusu ile dolduktan sonra...Bir de bakacaksınız ki göklerdeki kartallar yok olmuş. Bu ne

demektir? Bu yaşamın sonu ve yalnızca yaşamda daha fazla kalmanın başlangıcıdır(3)."

Göklerdeki kartallar yok olalı çok oldu. Sular, toprak ve hava kirlendi. Kim bilir; belki de sıra çöpleri ile birlikte insanoğlunun da yok olmasında.

İklim değişikliği ve küresel ısınma günümüzde bilimsel, sosyal ve politik çevrelerde; nedenleri, olası sonuçları ile tartışılmakta, çözüm önerileri üretilmeye çalışılmaktadır. En son 3-14 Aralık 2007 tarihleri arasında Birleşmiş Milletler (BM) bünyesinde, Endonezya'nın Bali Adası'nda, 180 ülkeden 10.000'den fazla uzmanın katılımı ile Birleşmiş Milletler İklim Değişikliği Çerçeve Sözleşmesi'nin (BMİDÇS) 13. Taraflar Konferansı (COP13) yapılmıştır (4-6). Bu konferansta iklim değişikliğinin özellikle dünyanın yoksul bölgelerini daha da kötü koşullarda yaşamaya zorlayacağı belirtilmiş; 2009 yılına kadar sera gazlarının azaltılmasını sağlayacak BM anlaşması için müzakerelerin başlatılmasına karar verilmiştir (4-6).

Bu makalede; "Günümüzde birçok yönüyle tartışılan iklim değişikliği ve küresel ısınma sorunu insan sağlığını nasıl etkileyebilir?" sorusuna yanıt aranacaktır. Doğru yanıtlara ulaşabilmek için kısaca süreç özetlenecektir ki; asıl hedef olan iklim değişikliğinin sağlık üzerinde yaratabileceği etkileri nesnel bir zemin üzerinde irdeleyebilme olanağına sahip olabilelim.

### **Küresel İklim Değişikliği**

Geride bıraktığımız yüzyıl içerisinde yerkabuğu ısısının 0,8 °C arttığı bildirilmektedir. Bu yükselişin 0,6 °C'si son otuz yıl içerisinde gerçekleşmiştir (7-13).

Burada sorulması gereken ilk soru; "Yeryüzünde ne olmuştur da son yüzyılda önlenemez bir ısı artışı görülmeye başlamıştır?"

Bilim dünyası son yüzyılda yaşadığımız bu süreci farklı perspektiften değerlendirmektedir (8). Atmosferdeki karbon dioksit ve sera gazlarının ulaştığı birikim düzeyinin en büyük sorumlusu fosil yakıtlarının (kömür, petrol ve doğalgaz) kullanılması ile birlikte ormanların hızla yok edilmesidir (Şekil 1) (8,9,14). Kalkınma ve sanayileşme insanoğlunun evrimsel süreçte ulaştığı en üst basamaktır. Ancak kalkınmanın aynı anda insanoğlunun sonunu hazırlar bir hızda sürmesi dikkat edilmesi gereken bir durumdur. Uluslararası İklim Değişikliği Paneli

(IPCC), hazırladığı Üçüncü Değerlendirme Raporu'nda (TAR) "Son 50 yıl içinde gözlenen ısınmanın büyük ölçüde insan etkilerine bağlanabileceğini gösteren yeni ve daha güçlü kanıtlar elde edildiğini" belirtmiştir. Isınmadaki artışın 2100 yılına kadar da 1,1–6,4 °C arasında olacağı da beklentiler arasındadır (8,9,12,13).

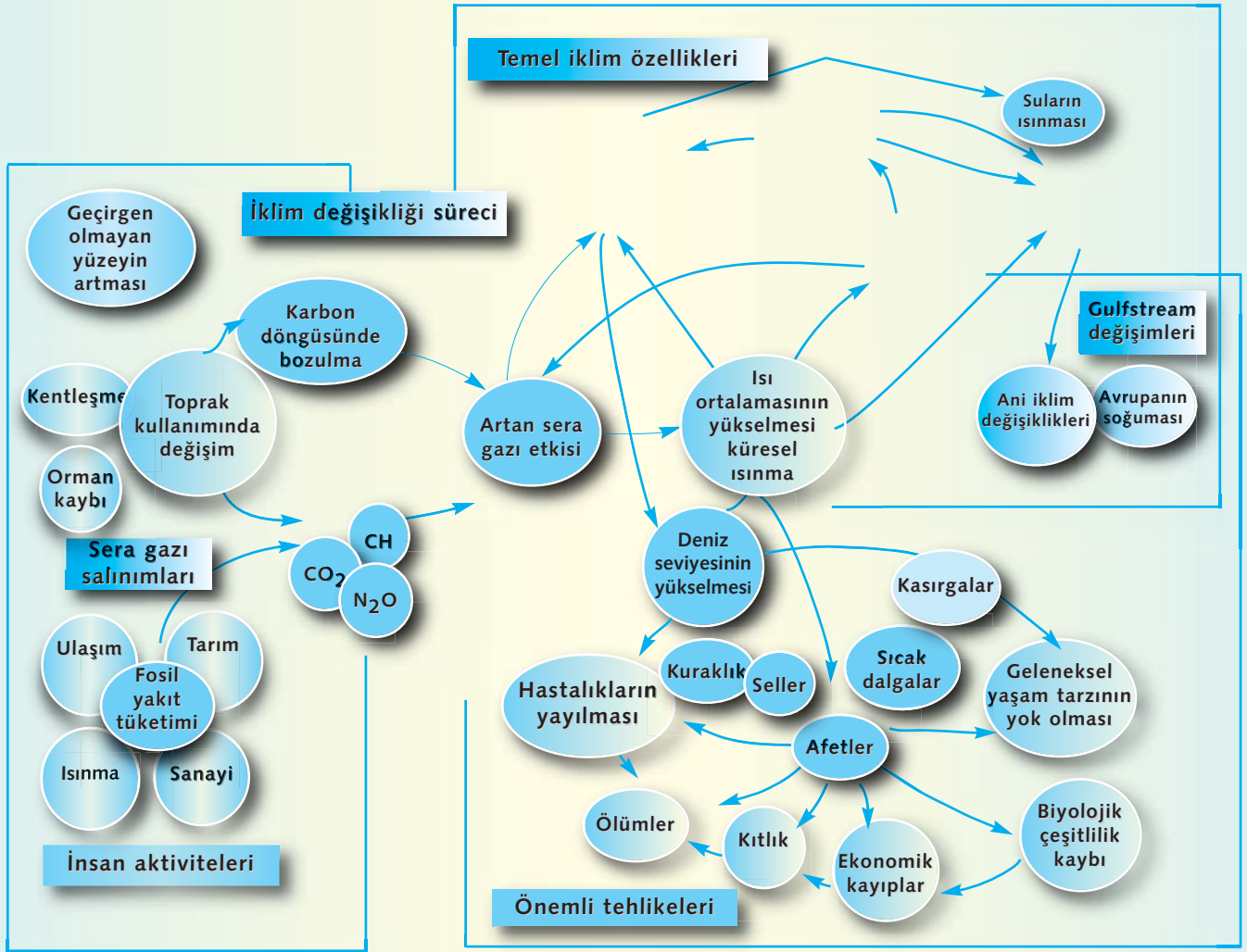
Aslında sorunun özü bu noktada kilitlenmektedir. Yaşadığımız sorun kontrolsüz ve sorumsuz sanayileşmeye bağlıdır. Çözüm ise bu olaya neden olan etkenin, yani sera gazlarının kontrol altına alınmasıdır. En temel düzenleme de temiz ve yenilenebilir enerji kaynaklarının (hidrolik (su), güneş, rüzgar, biyokütle ve jeotermal) fosil yakıtlar yerine kullanılmasıdır (8,9,12,13).

Bu noktadan sonra aklımıza gelen ikinci soru; "Sanayileşme ile başlayan bu sürece dünya hangi reflekslerle yanıt vermiştir?"

İnsan etkinliklerinin iklim üzerindeki etkilerine ilişkin ilk kanıtlar 1979 yılında Birinci Dünya İklim Konferansı sırasında ortaya koyulmuştur. Hükümetlerin ise konuyu fark etmeleri 1980'li yıllara dayanmaktadır. 1988 yılında ise Dünya Meteoroloji Örgütü ve BM'in işbirliği çerçevesinde IPCC adında yeni bir organ oluşturulmuştur (8). IPCC Birinci Değerlendirme Raporu'nu 1990 yılında yayınlamış ve iklim değişikliğinin bir tehdit olduğu vurgulamıştır. 1990 yılının Eylül ayında BM Genel Kurulu'nda iklim değişikliğini ele alacak bir sözleşme için görüşmelerin "Hükümetler arası Müzakere Komitesi (INC)" tarafından yürütülmesi kararlaştırılmıştır (8). 1992 yılına kadar süren görüşmeler sonucunda Rio De Janeiro'da BM Çevre ve Kalkınma Konferansı düzenlenmiş ve BMİDÇS 21 Mart 1994 tarihinde yürürlüğe girmiştir (8,15). Bu sözleşme çerçevesinde iklim değişikliği; "Karşılaştırılabilir zaman dilimlerinde gözlenen doğal iklim değişikliğine ek olarak, doğrudan ya da dolaylı olarak küresel atmosferin bileşimini bozan insan faaliyetleri sonucunda iklimde oluşan bir değişiklik" olarak tanımlanmıştır (15).

Yürürlüğe giriş tarihinden itibaren sözleşmeyi onaylayan devletler, Taraflar Konferansı ya da COP olarak bilinen yıllık toplantılarda bir araya gelmektedir. Bu toplantıların amacı, sözleşmenin uygulanmasını hızlandırmak ve izlemektir. COP 1, 1995 yılında yapılmış ve "Berlin Buyruğu" olarak

Şekil 1. İklim değişikliği, süreçler ve tehlikeleri



Kaynak: United Nations Framework Convention on Climate Change, Climate Change: Impact, Vulnerabilities and Adaptation in Developing Countries, www.unfccc.int

bilinen, sanayileşmiş ülkelerin yükümlülükleri daha sağlam zeminlerde ve daha ayrıntılı olarak ele alınması kararı alınmıştır. COP 3, 1997 yılında Kyoto'da yapılmıştır ve Kyoto Protokolü olarak bilinen, hukuki bağlayıcılığı olan hükümler kabul edilmiştir (8,9). Protokolde sözleşmeye taraf olan devletlerin 2008–2012 döneminin sonunda sera gazları salınımlarını 1990 yılının %5 altına indirmesi hedeflenmiştir (8). BMİDÇS sekreteryası, 2002 yılında Johannesburg'da yapılan Dünya Kalkınma Zirvesi'nde, artık müzakere sürecinin geride bırakılmasını ve kuralların fiilen uygulanması gerektiğini duyurmuştur. Aynı zirvede iklim değişikliğinin gerek sivil toplum gerekse iş dünyasının uygulamalarının merkezine yerleşmesi gerektiği belirtilmiştir (8).

1990'lı yılların başlarında başlayan; ancak Kyoto Protokolü ile hız kazanan iklim

değişikliği sürecinde tartışmalar her yıl yapılan COP toplantıları ile yoğun bir biçimde sürmüştür. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) başta olmak üzere sanayileşmiş bazı ülkeler ekonomilerini olumsuz etkileyeceğini öne sürerek Kyoto Protokolü'nün gereklerini yerine getirmeyi kabul etmemişlerdir. Yoğun tartışmalar ve bir seri müzakereler sonucunda Rusya'nın protokolü imzalaması sonucunda süreç 16 Şubat 2005 tarihinde başlayabilmiştir (16).

Avustralya'nın Bali'de sözleşmeyi imzalaması ile ABD uluslararası arenada yalnız kalmış gibidir. Fakat ABD'ye bu konuda Türkiye'nin eşlik ettiği de unutulmamalıdır. 1990-2005 yılları arasında sera gazı salınım oranını en fazla artıran ülke olan Türkiye, halen sözleşmeyi imzalamamıştır (5,17,18). Ancak, 2007 yılının Eylül ayında BM'de Başbakan düzeyinde yapılan değerlendirmede

Türkiye'nin Kyoto Protokolü'nü imzalayabileceği belirtilmiştir (5). Türkiye'nin protokolü kabul etmek amacıyla hazırlanan yasa tasarısı 04 Haziran 2008 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi'ne sunulmuş ve halen komisyonlarda görüşülmektedir (19).

İklim değişikliği sürecini de kısaca özetledikten sonra "Dünyayı son 20 yılda yoğun bir müzakere ve eylem süreci içerisinde iten bu değişiklikler nedir ve nasıl ortaya çıkmıştır?" sorusunun yanıtlarını bulmaya çalışacağız.

Burada karşımıza üç ayrı tanım çıkmaktadır bunlar "Sera Gazı Etkisi", "Stratosferik Ozon Deplesyonu" ve "Küresel Isınma"dır. Bu olaylar üç ayrı olay olmasına karşın, aynı zamanda neden ve sonuç olarak birbirleriyle ilişkilidir (Şekil 1) (9-11).

**Stratosferik Ozon Deplesyonu:** Sera gazları (özellikle kloroflorokarbonlar) stratosfer tabakası içinde yer alan ozonu tahrip eden bazı radikaller oluşturmaktadır. Ozonun kendisi de bir sera gazıdır; troposferik ozonun artması diğer sera gazları ile birlikte ozon tabakasının üzerine olumsuz etkileri bulunmaktadır (9). Stratosferik ozon deplesyonu güneşten yeryüzüne ulaşan ultraviyole (UV) düzeylerinde artışa neden olmaktadır. UV artışı ise yeryüzündeki yaşamla bağdaşmamaktadır. 1979-1992 yılları arasında dünyanın farklı enlemleri arasında yapılan değerlendirmelerde %3-5 arasında biyolojik olarak aktif radyasyon artışı saptanmıştır (9).

**Sera Gazı Etkisi:** Ulaşım, tarım, endüstri ve ısınma amaçlı faaliyetler sonucunda ortaya

çıkan toprak kullanım alanlarının değişmesi, şehirleşme, orman alanlarının yok edilmesi gibi faaliyetler atmosfere salınan sera gazları miktarında artışa yol açar (Şekil 1). Bu gazların en bilinenleri karbon dioksit (CO<sub>2</sub>), metan (CH<sub>4</sub>), diazot monoksit (N<sub>2</sub>O), hidroflorokarbon (HFCs), perflorokarbon (PFCs), kükürt heksaflorid (SF<sub>6</sub>) ve ozondur (O<sub>3</sub>). 1987 yılında kabul edilen Montreal Protokolü'ne göre kloroflorokarbonların azaltılmasına karar verilmiştir; fakat ozon tabakasının eski seviyesine ulaşması 2050'li yıllara kadar sürecektir. Buna karşın bu protokollere uymayan ülkeler bulunmaktadır (9-11).

Atmosferde biriken sera gazları troposferden geçen solar enerjinin %17'sini soğurmaktadır. Dünya yüzeyine ulaşan enerjinin büyük bir kısmı soğurular ve yeniden uzun dalga (infra) radyasyon olarak yansır. Bu uzun dalga radyasyonun bir kısmı da atmosferde sera gazları tarafından soğurular ki bu olay "sera gazı etkisi" olarak bilinir. Bu olay sonucunda dünya yüzeyinin sıcaklığı, son yıllarda sürekli olarak yükselmektedir (Şekil 1). Yapılan tahminlere göre 2100 yılına kadar bu sıcaklığın 1,1-6.4 °C arasında yükselmesi beklenmektedir (9-12).

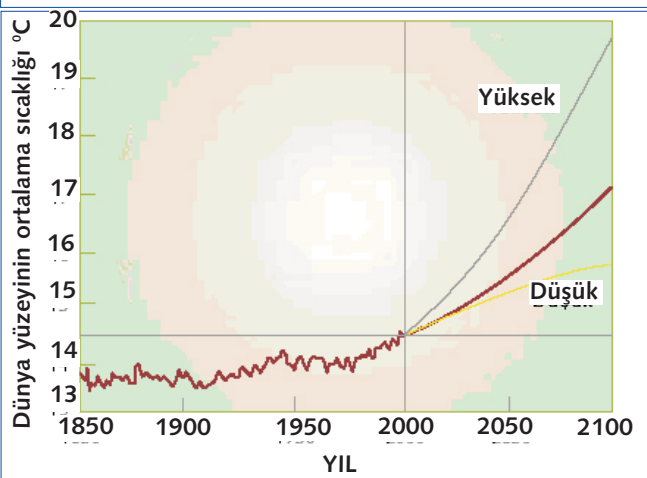
**İklim Değişikliği:** Büyük oranda insan aktivitelerine bağlı olarak ortaya çıkan bu süreçte son nokta küresel ısınma ve iklim değişikliğidir. Kesin olarak bilinen bir gerçek, son çeyrekte daha hızlı olarak, 20. Yüzyılda küresel sıcaklığın sürekli olarak arttığıdır (Şekil 2). Bu değişim beraberinde buzulların erimesi, yağış karakterlerindeki değişimler (aşırı yağışlar ya da kuraklık) gibi etkilerle dünya üzerinde insan sağlığını olumsuz etkileyebilecek birçok olaya neden olabilmektedir (Şekil 1, 3) (9-11).

### Ozon Deplesyonu, Küresel Isınma, İklim Değişikliği ve Sağlık

İklim değişikliği sürecinin, dünya üzerinde bu kadar yaygın olarak tartışılmasının en önemli nedeni insan sağlığını geri dönüşümsüz olarak etkileyebilme potansiyelinde yatmaktadır. Giderek daha fazla sayıda makalede iklim değişikliğinin bazı hastalıkların dağılımı ve yaygınlığını etkilediği bildirilmektedir (9-12).

Yazımızın bu noktasında "Yaşanan bu sürecin insan sağlığına ne gibi etkileri olabilir?" sorusunun yanıtlarını bulmaya

Şekil 2. 1860 yılından itibaren dünya sıcaklık kayıtları ve gelecekle ilgili tahminler



Kaynak: <http://www.who.int/globalchange/climate/summary/en/>



çalışacağız. Ancak, bilinmelidir ki; iklim değişikliği ile ilgili sağlık sorunlarının tek bir makalede incelenebilmesi olanaklı değildir. Bu yazıda, olayın doğrudan ve dolaylı olarak yaratabileceği önemli sağlık sorunları tartışılarak, geleceğe yansıtma yapılmaya çalışılacaktır. Bu soru bizce oldukça önemlidir. Çünkü bu sorunun yanıtı aynı zamanda gelecekte bir hekimin gereksinimi olan donanımların da yönlendiricisi olacaktır.

İklim değişikliği süreci insan sağlığını farklı mekanizmalarla etkileyebilir. Bir kısım etkileri doğrudan iklim koşullarının değişimine bağlı olarak ortaya çıkan hastalık ve ölümlerdir. Bunun dışında, insan sağlığını dolaylı biçimde etkileyebilecek olayların sonuçları olarak da karşımıza çıkabilmektedir (10) (Şekil 3).

Sağlığı doğrudan etkileyen nedenlerden birisi sıcağa bağlı hastalık ve ölümlerdir. Sıcak dalgalarının ya da aşırı uç değerlerinin yarattığı hastalıklar ve ölümler günümüzde bile görülebilmektedir. Örneğin İngiltere ve Galler Bölgesinde 2003 yılında sıcak dalgalarına bağlı olarak 2091 ölüm bildirilirken aynı yıl Fransa'da 14802 ölüm kayıtlara geçmiştir. İşin dikkat çekici yanı bu ölümlerin, sıcak dalgalarının yaşandığı 2003 yılının ağustos ayı içerisinde görülmesidir (11).

Aşırı sıcakların olduğu dönemde özellikle yaşlılarda kardiyovasküler ve serebrovasküler olaylara bağlı ölümlerin arttığı gözlenmektedir. Kronik hastalığı olanlar ve yaşlılar, sıcak dalgalarının yaşandığı günlerde daha fazla risk altındadır (9-12). Bu durum ise ayrı bir önem taşımaktadır; çünkü dünya genelinde olduğu gibi ülkemizde de yaşlı nüfus giderek artmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu'nun son verilerine göre 65 yaş üzeri nüfus %7'ye ulaşmıştır (20). Bu durum gelecekte artan yaşlı nüfusun, olabilecek sıcak dalgalarının olumsuz etkilerinden korunabilmeleri için sağlık sistemine önemli görevler düştüğünü göstermektedir.

Hava kirliliği, iklim değişikliği ile birlikte insan sağlığı üzerine olumsuz artı güç olarak etki yapmaktadır. Özellikle kentsel alan hava kirliliği sıcaklık dalgalarını ile birleştiğinde morbitide ve mortaliteyi artırıcı etki göstermektedir. Ozon gibi kirleticiler fotokimyasal reaksiyonlar sonucu ortaya çıkmaktadır. Bu reaksiyonlar yüksek sıcaklık ve güneş ışığı etkisi ile artmaktadır. Doğal olarak küresel ısınma ile birlikte ozonun da artması beklenmelidir (9). Hava kirleticilerinin akut

etkileri partikül, asit aerosoller ve ozona bağlı olarak çıkmaktadır. Çocuklar yetişkinlere göre daha fazla risk altında kalmaktadır ve özellikle ozonun yüksek olacağı yaz aylarında ev dışında daha çok zaman geçirebilecekleri unutulmamalıdır (9).

İklim değişikliği sürecinde dolaylı olarak karşılaşılabilecek olaylardan birisi de polen mevsiminin uzamasına bağlı olarak ortaya çıkabilecek alerjik hastalıkların insidansındaki artıştır. Astım ve diğer akut ve kronik solunum sistemi hastalıklarında artış beklenmelidir (9, 11).

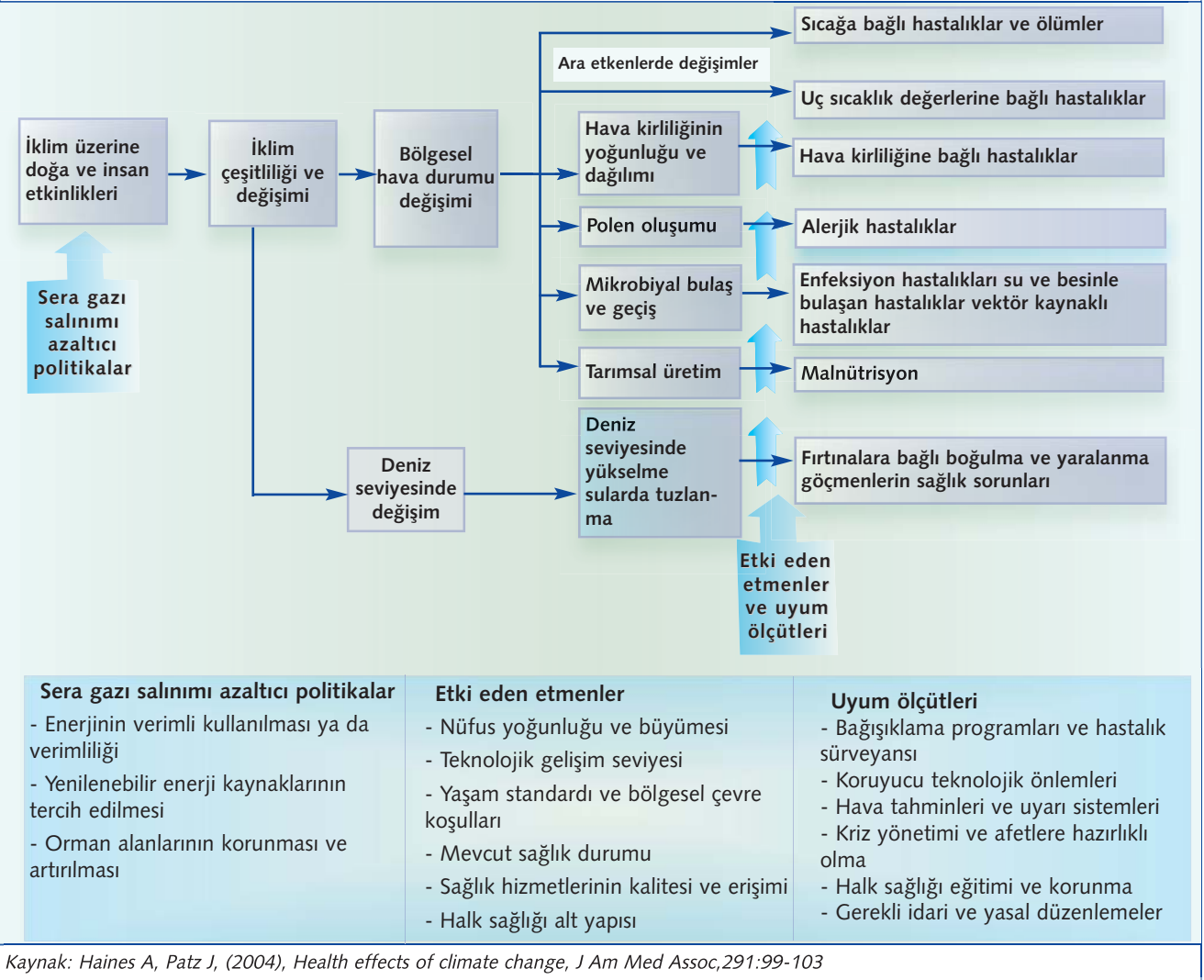
İklim değişikliği ile ilişkilendirilebilecek bir başka sonuç da aşırı hava olaylarının etkisine bağlı olarak ortaya çıkan (kuraklık, sel, fırtına ve bunlara bağlı olaylar) durumlarıdır. Ancak bunların sağlık üzerindeki etkilerini tanımlamak her zaman olanaklı değildir (9-11). Söz konusu olaylarda birincil gelişen ve gecikmiş olarak ortaya çıkan sonuçlar hakkında kesin bir bilgi edinmemiz söz konusu değildir. Ancak, küresel ısınmanın El Nino gibi olayların sıklığında artış yarattığı bilinmektedir. Örneğin 2005 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nin New Orleans Bölgesi'ni şiddetli bir biçimde etkileyen Katrina Kasırgası, 1300'den fazla ölüm, 2 bin civarında yaralanmaya yol açmış; bir milyondan fazla insanın evlerini terk etmesine neden olmuştur (9,11).

Ülkemizin okyanusa kıyısı olmadığından bu boyutta olaylar beklenmeyebilir. Ancak bölgesel olarak yaşanabilecek sel olaylarının da ölümlere ve yaralanmalara neden olabileceği göz ardı edilmemelidir. Sellerin ve fırtınaların altyapının yetersiz olduğu ülkelerde salgın hastalıkların görülme sıklığını artırabileceği unutulmamalıdır. Ukrayna'da 1997'de ve Lizbon'da yaşanan sel felaketinden sonra Weil Hastalığı (leptospiroz) olgularında artış saptanmıştır (9). Bu olayların arkasından mental bozukluklarla birlikte psikiyatrik sorunlar da (anksiyete ya da depresyon) gözlenebilmektedir (9,11).

Üzerinde tartışılması gereken bir diğer nokta da enfeksiyon hastalıklarıdır. Birçok enfeksiyon hastalığının yayılımının iklim özelliklerine bağlı olduğu bilinmektedir. Özellikle hava sıcaklığının ve yüzey sularının vektör bağımlı hastalıklar üzerinde önemli etkileri bulunmaktadır. Burada söz konusu hastalıklar malarya, leptospiroz, Dang humması, sarıhumma gibi viral ve paraziter etkenler örnek olarak verilebilir. Daha çok tropikal ve subtropikal bölgelere spesifik olan



Şekil 3. İklim değişikliğinin sağlık üzerine olası etkileri



Kaynak: Haines A, Patz J, (2004), Health effects of climate change, J Am Med Assoc, 291:99-103

bu hastalıkların dağılımı, küresel ısınmaya ve yağışlardaki değişimlere paralel olarak dünyanın farklı bölgelerine taşınabilmektedir (21). Örneğin Polat ve arkadaşlarının İstanbul'da yaptıkları bir çalışmada 2004–2006 yılları arasında leptospiroz olgularının yağış ve sıcaklık ile ilgisi araştırılmıştır. Bu araştırmanın sonuçlarına göre, sıcaklığın arttığı Nisan, Mayıs ve Haziran aylarında akut leptospiroz olgularında artış saptanması önemli bir bulgudur. Artışın; yağışın daha az ancak sıcaklığın fazla olduğu aylarda görülmesi, araştırmacılar tarafından sıcaklık ile yağışlar arasındaki sinerjik etkiye bağlanmaktadır. Leptospiraların coğrafik dağılımı konakçı hayvanın dağılımına, yerel iklime ve toprağın özelliklerine göre değişir. Bu nedenle de olgular sıklıkla, hava sıcaklıklarının 20°C'nin üzerinde seyrettiği yağışlı mevsimlerde görülmektedir. Özellikle bahar aylarında ani bastıran ve taşmalara yol açan yağmurlar, yetersiz alt yapısı olan şehirlerde,

leptospiraların uygun sıcaklıkta yaşamda kalabilmeleri için ortam oluşturabilmektedir (21).

Ergönül ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise sıtma olgularının iklimle ilişkisi değerlendirilmiş olup, olguların sıcaklıkla bir miktar arttığı belirtilmektedir. Ancak araştırmacılar artışı sınırlayan etkenin hastalığa karşı yapılan etkin kontrol önlemlerine bağlamaktadır. Anadolu toplumunun yüzyıllarca sıtma ile uğraştığı bilinmektedir. Son yarım yüzyılda yapılan başarılı çalışmalar hastalığın daha az görülmesine neden olmaktadır. Ancak hastalığın Anadolu'da halen bulunması, iklim değişikliğinin tetikleyeceği mekanizmalarla yeniden gündeme gelebileceği göz ardı edilmemelidir (22).

Sürecin bir başka bileşeni olan ozon tabakasındaki azalmanın yaratabileceği etkiler ise daha farklı boyutlardadır. Burada temel etki güneşten gelen ve ozon tabakasından yansıyan ultraviyole ışınların yeryüzüne

ulaşabilmesidir. Bu olay bağışıklık sisteminin zayıflamasıyla enfeksiyon ve kanser eğiliminde artışlara yol açabileceği gibi, cilt elastikiyetinde azalma ve malign melanom ya da squamoz hücreli karsinom gibi cilt kanserlerinin insidansında artışlara yol açabilir. Özellikle, güneş ışınlarının dik geldiği yaz aylarında, bu saatleri dış ortamda geçirmek durumunda olan insanlar oldukça büyük risk altında bulunmaktadır (9).

Aslında küresel ısınma, ozon tabakasının incilmesi ve iklim değişikliği olaylarının bu makalede sözedilemeyen birçok etkisi daha bulunmaktadır. Örneğin deniz seviyelerinde olası yükselme ya da bazı bölgelerde yaratacağı kuraklık, yaşanılabilir yeni alanlar arayan insanları "iklim mültecileri" durumuna düşürebilir. Bu durum bir çok sosyal, ekonomik sorunu, hatta çatışmaları da doğurabilir (5,9). Söz konusu durumun gelecekte, insan sağlığını olumsuz etkileyebilecek sonuçlar yaratması ise yadsınamayacak bir gerçek olarak karşımıza çıkacaktır.

Bu sürecin nihai olarak insan sağlığını olumsuz etkileyeceği artık tartışılmamaktadır. Aralık ayında Bali'de yapılan toplantılarda bu durum en yüksek yetkililerce dile getirilmiştir. BM Genel Sekreteri Ban Ki-moon acil önlem alınmasının gerekliliğini "Artık küresel ölçekte önlem alınması zamanı geldi" diyerek en açık biçimde belirtmiştir (6).

Bu noktada soracağımız son iki soru "Ne yapılabilir ve hekimler ne yapabilir?" olacaktır.

Aslında bu soruların yanıtları ayrı bir makalenin konusu olabilecek kadar geniştir. Ancak süreci tanımladığımız ve insan sağlığı ile ilişkilendirdiğimiz bu makalede bugünün ve geleceğin hekimlerin akıllarında soru işaretleri oluşturabilmek adına bu sorulara kısaca yanıt aramaya çalışacağız.

Öncelikle yeniden belirtelim ki iklim değişikliği ve küresel ısınma sorunu, tüm dünyayı doğrudan ilgilendiren halk sağlığı sorunu olmanın ötesindedir. Çünkü sorun aynı zamanda tüm canlıların yaşamını da tehdit etmektedir. Dolayısıyla yalnızca hekimler değil tüm sağlık çalışanları bu konuda yaşamdan yana taraf olmak zorundadır.

Unutulmaması gereken bir nokta çözümün kolay olmadığıdır. Çünkü birincil çözüm etkenin ortadan kaldırılmasıdır. Bu da, sürece neden olan etmenlerle mücadele etmeyi gerektirir. Bunlardan bazıları;

1. Fosil yakıtlarının kullanımının sınırlandırılması, yerine alternatif ve özellikle yenilenebilir enerji kaynaklarının ikame edilmesi,
  2. Her ne sebeple olursa olsun ormanların tahrip edilmesinin önlenmesi,
  3. Sera gazları salınımının azaltılması,
  4. Sanayi faaliyetlerinin çevreyle dost olabilecek şekilde kontrol edilmesi,
  5. Toplu taşımanın, şehir içinde bisiklet gibi araç kullanımının özendirilmesi,
  6. Bireysel ve toplumsal enerji tasarrufunu özendirici hatta zorlayıcı önlemlerin her seviyede alınması,
  7. Bu faaliyetlerin başarıyla uygulanıp sürekliliğinin sağlanabilmesi için ulusal ve uluslararası düzeyde çok net politik kararlılık gösterilebilmesi gerekmektedir (6,9-11,14).
- Alınması gereken önlemler artırılabilir. Temel mekanizma sera gazı salınımının sınırlandırılması üzerine odaklanmıştır. Okurların aklına bu noktada şu soru gelebilir: "Bu önlemler daha çok politikacıları ilgilendirmiyor mu?"

İnsan sağlığını ilgilendiren her sorun doğal olarak hekimleri de ilgilendirmektedir. Politika belirleyici olmasalar bile hekimlerin bu noktada sözleri olmalıdır. Olayın boyutunu her platformda bilimsel olarak dile getirmek koruyucu hekimliğin gerekliliğidir. Hekimler bu noktadaki duruşları ile politika belirleyiciler üzerinde toplum sağlığı lehine baskı unsuru olmalıdırlar. Böylece başarılı sonuç olasılığı gözardı edilmemelidir.

Etkenle mücadelede yeterince başarılı olunmadığı takdirde ise hekimlere düşen görev, ikincil ve üçüncül korunma düzeyinde hazırlıklı olmalarıdır. Özellikle ikincil korunmada, topluma en yakın seviyede bulunmaları nedeniyle birinci basamakta çalışan hekimlere önemli görevler düşmektedir. Riskli gruplara yönelik zamanında alınacak önlemler ya da yaşanan olaylara yönelik olarak toplumda aktif ve pasif sürveyans çalışmaları (örneğin aşırı ılıman ve yağışlı iklim özelliği olan bölgelerde sıtma ya da leptospiroz vb. hastalıklara yönelik sürveyans sistemleri güçlendirilmelidir) erken tanıda oldukça önemli kazançlar sağlayacaktır.

Bunun dışındaki çalışmalar ayakta ya da yatarak tedavi gerektiren üçüncül korumaya girmektedir ki hiç arzu edilen bir durum değildir. Örneğin sıcak dalgaları sırasında yaşlı



insanların daha fazla acil servislere başvurabileceği, alt yapının yetersiz olduğu bölgelerde sellerden sonra enfeksiyon hastalıklarının artabileceği, güneş altında çalışmak zorunda kalan gruplarda cilt kanseri gibi sorunların daha fazla görülebileceği bilinmeli sağlık hizmet sunumunda bu sorunlara yönelik etkin ve güçlü sürveyans ağı kurulmalıdır.

Bu örneklerin sorunlar özelinde daha da artırılması olanaklıdır. Ancak bu bizim ulaşmak istediğimiz amaca çok da hizmet etmeyecektir. Bu noktada söyleyeceğimiz son söz: iklim değişikliği, küresel bir halk sağlığı sorunudur. Tüm çalışmalar etkenin ortadan kaldırılmasına yönelik birincil korunmaya odaklanmalıdır. Hekimler ve diğer sağlık çalışanları bu konuda sağlık lehine taraf ve baskı unsuru olmalıdır.

**İletişim: Dr. Coşkun Bakar**

**E-posta: coskunb@comu.edu.tr**

#### **Kaynaklar**

- 1- Bölgesel Çevre Merkezi, REC Türkiye, Kuzey-Güney-Doğu-Batı Resim Sergisi Tanıtım Kitapçığı (10 Konu, 12 Bölge, 11 Yorumcu, 20 Fotoğraf), Sağlık Hindistan, www.rec.org.tr.
- 2- Eldem B, Fraternis, Kayıp Kitaplar, Gizli Kardeşlik, İnkılap Kitapevi, 2006, İstanbul.
- 3- Chief Seattle's Letter To All The People, 15 Şubat 2008, <http://www.barefootsworld.net/seattle.html>
- 4- United Nations Climate Change Conference - Bali, 3- 14 December 2007, 15 Şubat 2008, <http://unfccc.int/2860.php>
- 5- Bölgesel Çevre Merkezi, REC Türkiye, COP 13 Günceleri, 15 Şubat 2008, <http://www.rec.org.tr/sayfa.asp?id=187>
- 6- Bilim, iklimdeki kötü gelişmeleri dünya gündeminin başına oturttu, İklim Araştırmaları, Cumhuriyet

- Bilim Teknoloji, 1 Şubat 2008, 21(1089):12-15.
- 7- United Nations Framework Convention on Climate Change, Climate Change:Impacts, Vulnerabilities and Adaptation In Developing Countries, 15 Şubat 2008, [www.unfccc.int](http://www.unfccc.int)
- 8- UNFCCC, İklim Özen Göstermek, İklim Değişikliği Çerçeve Sözleşmesi ve Kyoto Protokolü İçin Kılavuz, 2003.
- 9- Tekbaş F, Vaizoğlu SA, Oğur R, Güler Ç. Küresel Isınma, İklim Değişikliği ve Sağlık Etkileri, 15 Şubat 2008, <http://www.halksagligi.org/dokuman/index.php?>, 2005.
- 10- Haines A, Patz J. Health effects of climate change, J Am Med Assoc 2004;291:99-103
- 11- Haines A Kovats RS, Campell-Lendrum D, Corvalan C. Climate change and human health: Impacts, vulnerability and public health, Public Health 2006; 120:585-596.
- 12- Blashki G, McMichael T, Karoly DJ. Climate change and primary health care, Reprinted from Australian Family Physician 2007;36(12);986-989.
- 13- Campbell-Lendrum D, Corvalan C, Neira M. Global climate change:Implications for international public health policy, Bulletin of the World Health Organization 2006;85(3);235-237.
- 14- İnce H. Küresel Isınma Meselesi, Bilim ve Ütopya 2007;160(14);47-53.
- 15- UNFCCC, İklim Değişikliği Çerçeve Sözleşmesi, 2004, 15 Şubat 2008, <http://www.iklim.cevreorman.gov.tr/>
- 16- UNFCCC, Kyoto Protocol, 15 Şubat 2008, [http://unfccc.int/kyoto\\_protocol/items/2830.php](http://unfccc.int/kyoto_protocol/items/2830.php)
- 17- UNFCCC, Greenhouse Gas Inventory Data, 15 Şubat 2008, [http://unfccc.int/ghg\\_emissions\\_data/items/3800.php](http://unfccc.int/ghg_emissions_data/items/3800.php)
- 18- UNFCCC, Parties to the Kyoto Protocol, 04 Temmuz 2008, <http://maindb.unfccc.int/public/country.pl?group=kyoto>
- 19- Türkiye Büyük Millet Meclisi, Dışişleri Komisyonu, Birleşmiş Milletler İklim Değişikliği Çerçeve Sözleşmesine Yönelik Kyoto Protokolüne Katılmamızın Uygun Bulunduğuna Dair Kanun Tasarısı, 04 Temmuz 2008, [http://www.tbmm.gov.tr/develop/owa/kanun\\_tasarisi\\_sd.onerge\\_bilgileri?kanunlar\\_sira\\_no=65269](http://www.tbmm.gov.tr/develop/owa/kanun_tasarisi_sd.onerge_bilgileri?kanunlar_sira_no=65269)
- 20- Türkiye İstatistik Kurumu, Haber Bülteni, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2007 Nüfus Sayımı Sonuçları, 21.01.2008, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=3894>.
- 21- Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı, İklim Değişikliği&Türkiye, Etkiler.Sektörel Analizler.Ekonomik Boyutlar, Güven Ç(Editör), Polat E, Turhan V, Çalışkan R, Alan S, Sıcaklık ve Yağış Değişikliklerinin Leptospirosis Olgularıyla İlişkisi, 2007;29-29.
- 22- Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı, İklim Değişikliği&Türkiye, Etkiler.Sektörel Analizler.Ekonomik Boyutlar, Güven Ç(Editör), Ergönül Ö, Azap A, Türkiye'deki Sıcaklık ve Yağış Değişiklikleri ve Sıtma Arasındaki Korelasyon, 2007;30-31.





Dr. Rukiye Ç. Seçkin\*\*, Dr. Meriç A. Utku\*\*, Dr. Seyithan Bingöl\*\*

## Öz

Bu çalışmada, 2004 yılında doğan bebeklerin büyüme durumu ve etkili olan sosyodemografik etmenler incelenmiştir. Doğumda bodurluk %1,7, zayıflık %14,3, aşırı kiloluluk %0,9 ve düşük kiloluluk %1,3 olarak bulunmuştur. 12. ayda ise, bodurluk %0,9, zayıflık %5,6, aşırı kiloluluk %4,8, zayıflık %3,9 olarak saptanmıştır.

Ağırlık ortalamaları açısından kızlar ve erkekler arasında 6. ve 12. aylarda anlamlı fark bulunmuştur. Bodurlukla, anne yaşının 35 yaşının altında olması ve aşırı kiloluluk ile baba eğitiminin ortaokuldan az olması ( $p<0,05$ ) arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. İki doğum arasında süre 24 ay ve daha az olanlarda ve 6 aydan daha az emzirilen bebeklerde zayıflık anlamlı olarak daha fazla görülmektedir ( $p<0,05$ ). Zayıflık, bodurluk ve düşük kiloluluk oranlarının düşük olmasına karşın, aşırı kiloluluğun yüksek bulunması büyümenin izlenmesi çalışmalarında bu konuya da önem verilmesinin gerektiğine işaret etmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Büyüme, büyümenin izlenmesi, antropometrik ölçümler, sosyodemografik etmenler.

## Giriş

Büyüme, çocukluk çağının önemli bir özelliği olup, döllenmeden erişkin döneme kadar sürmektedir. Bebekler, intrauterin dönemdeki büyümeleri sonucunda, doğumdaki kilolarına ulaşırlar. Doğum sonrası, erişkin döneme kadar süren büyüme, başlıca iki etmenin etkisi altındadır: genetik ve çevresel etmenler. Çocuğun büyümesini etkileyen en önemli çevresel etmen ise beslenmedir (1).

Vücudun gereksinimi olan besin ile alınan miktar arasındaki dengesizliğin neden olduğu "Beslenme eksikliği" ya da "Fazlalığı" malnutrisyon olarak tanımlanmaktadır (2). Beslenme yetersizliğine bağlı sorunlar ender olarak tek başlarına hastalık ya da ölüm nedeni olarak karşımıza çıksa da, aslında "Enfeksiyon-Malnutrisyon" kısır döngüsü, pek çok ölümden altta yatan nedendir (3). Son zamanlarda yapılan çalışmalarda, beslenme yetersizliği prevalansında bir azalma görülürken, şişmanlık prevalansında bir artış saptanmıştır.

## Abstract

In this study, growth and some influential socio-demographic factors of the infants who were born in the year 2004 were examined. At birth 1,7% stunting, 14.3% wasting, 0.9% overweight and 1.3% underweight was found. At six months there was no stunting and underweight but, 5.2% wasting and 3.9% overweight. At 12 months, 0.9% stunting, 5.6%, wasting 4.8%, overweight and 3.9% underweight was found.

Average weight between boys and girls was significantly different at 6. and 12. months. There was a significant relationship between stunting and mothers being younger than 35 years and also between overweight and father's education being lower than secondary school ( $p<0,05$ ) Wasting was higher among infants with a birth interval of 24 months or less and in those who were breastfed for less than 6 months( $p<0,05$ ). In spite of low rates of wasting, stunting, and underweight the findings of overweight being high brought forth the necessity of giving importance to this subject in the studies of growth control.

**Key words:** Growth, growth monitoring, anthropometric measurements, sociodemographic factors.

Büyümenin izlenmesi, sağlıklı yaşam için çocuğun büyümesinin belirli aralıklarla standart büyüme eğrilerinde değerlendirilmesi, normalden sapmaların klinik belirti ve bulgularının ortaya çıkmasından çok daha önce tanımlanıp önleyici önlemlerin alınması olarak tanımlanmaktadır (4). Büyümenin izlenmesinde çeşitli antropometrik ölçümlerden yararlanılmaktadır: Boy uzunluğu, ağırlık, vücudun değişik bölümlerinin çevre ölçümleri (baş, göğüs, üst kol çevresi, vb.) ve cilt altı yağ dokusu kalınlığı (3,5,6).

T.C. Sağlık Bakanlığı, bebek ve çocukların rutin olarak ilk 48 saat içerisinde, 15. ve 41. günlerde, 2., 3., 4., 6., 9., 12. aylarda, 1-3 yaş arasında altı ayda bir, 4-6 yaşlar arasında yılda bir kez izlenmesini öngörmektedir (3). Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesi'ndeki (NHSEAB) bebek ve çocuk izlemleri de bu takvime göre yapılmaktadır. İzlemlerde çocuklar değerlendirilip, sorun varsa gerekli girişimlerde bulunulmaktadır. Ancak sağlık

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

\*\*Arş. Gör.; Uludağ Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Bursa

hizmetlerinin planlanması ve önceliklerin belirlenmesi için bebeklerin ve çocukların büyüme durumu ve bunu etkileyen etmenlerin toplumsal düzeyde de bilinmesine gereksinim vardır.

Bu çalışmanın amacı, Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesi'ndeki bebeklerin ilk 12 aydaki büyüme durumlarının ve etkileyen bazı sosyodemografik etkenlerin incelenmesidir.

### **Gereç ve Yöntem**

Kesitsel tipteki araştırmanın evrenini 1.1.2004–31.12.2004 tarihleri arasında doğan, NHSEAB'nde çalışan ebe ve hemşirelerce doğumundan itibaren en az 12 ay boyunca izlenmiş, zamanında doğmuş, doğum kilosu normal, çoğul gebelik ürünü olmayan ve doğumsal anomalisi bulunmayan tüm bebekler oluşturmaktadır. 2004 yılı içinde doğup, bölgede izlenmekte olan 282 bebekten 51'i çalışma dışında bırakılmıştır. Bebeklerin 4'ü çoğul gebelik ürünü olma, 14'ü doğum ağırlığının 2500 gr.dan düşük olması, 14'ü boy ve kilo ölçümlerine ilişkin verilerinde eksiklik ve 19'u bölge dışından gelme ya da bölgeden taşınma nedeniyle çalışmaya dahil edilmemiştir.

Araştırma Bölgesi'nin özelliği: Uludağ Üniversitesi ile Nilüfer Belediyesi arasında imzalanan bir protokolle 2001 yılında kurulan NHSEAB Halk Sağlığı Eğitim Araştırma Merkezi ve bunlara bağlı Halk Sağlığı Merkezleri'nde birinci basamak sağlık hizmetleri verilmektedir. Hizmet verilmeye başlandığında bölgedeki her aile için sosyodemografik özelliklere ilişkin bilgilerin kaydedildiği "Aile Tespit Formu" doldurulmuştur. Hizmet kapsamında yer alan ebe ve hemşireler tarafından yapılan izlemlere ilişkin bulgular "Bebek Çocuk İzleme Fişi", "15–49 Yaş Evli Kadın İzleme Formu"na işlenmektedir. NHSEAB'nde 2004 yılında hizmet verilen nüfus 23.587 kişi, nüfus artış hızı %3,6, bebek ölüm hızı binde 15,3 ve bebek başına ortalama izlem sayısı 7,8'dir (7).

Çalışmanın verilerini oluşturan ilk 12 aya ait izlemlerin bulguları "Bebek ve Çocuk İzleme Fişi"nden, sosyoekonomik durumun değerlendirilmesi ise hemşirelerin gözlemleri doğrultusunda elde edilmiştir. İzlemlerde bebeğin boy uzunluğu yatar pozisyonda 1 mm. hassasiyeti olan standart mezura ile ölçülmektedir. Bebeklerin ağırlıkları ise standart banyo baskülü ile önce anne ve bebek birlikte tartılarak elde edilen ağırlıktan yalnızca

annenin tartılmasıyla elde edilen ağırlığın çıkarılması ile hesaplanmaktadır. Kartlarda eksik olan bilgiler, telefon ve ev ziyaretleri ile tamamlanmıştır.

Bebeklerin doğum, altıncı ay ve 12. aylarda yapılan boy ve kilo ölçümlerine ilişkin bilgiler "Epi Info 2002" yazılımında yer alan "Nutstat" programına girilerek CDC 2000 referanslarına göre z skorları hesaplanmıştır. "Z skoru", karşılaştırması yapılan boy ve ağırlık ölçüm değerinin referans popülasyonunun ortanca değerinden kaç standart sapma uzakta olduğunu ifadesidir (5). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) önerileri doğrultusunda beslenme durumunun incelenmesinde üç indeks kullanılmaktadır. "Yaşa-göre-boy endeksi (YGB)", "Boya-göre-ağırlık endeksi (BGA)", "Yaşa-göre-ağırlık endeksi (YGA)". YGB endeksi referans grubun ortanca değerinden eksi iki standart sapmadan az (-2SD) olan çocuklar, yaşlarına göre kısa bodur (stunted) olarak kabul edilmektedir. BGA endeksi referans grubu ortanca değerinin -2SD altında olan çocuklar zayıf (wasted) ve YGA endeksi referans grup ortanca değerinden -2SD az olan çocuklar düşük kilolu (underweight), sınıflandırılmaktadır (5). YGA endeksi referans grup ortanca değerinden +2SD fazla olanlar aşırı kilolu olarak değerlendirilmiştir.

Ekonomik durumun göstergesi olan baba mesleği, Korkut Boratav'ın "Kentsel Sınıflar ve Sosyal Gruplar Sınıflaması"na göre gruplandırılmıştır (8). Ebe hemşirelerin ev ziyaretleri sırasında edindiği, ailenin ekonomik durumuna ilişkin değerlendirmeleri "çok kötü" "kötü", "orta", "iyi" ve "çok iyi" olarak sınıflandırılmıştır.

### **Bulgular**

2004 yılında doğup bölgede izlenmekte olan 282 bebekten 231'i çalışmaya dahil edildi. Bebeklerin 117'si (%50,6) erkek, 114'ü (%49,4) kız; anne yaşı ortalaması 28,63±5,17 (18–47), baba yaşı ortalaması 32,29 ±4,89 (21–52) olarak saptanmıştır. Annelerin %87,0'ı ev hanımı, çalışan annelerin tümü ücretli sınıfında yer aldığı, %83,3'ünün nitelsiz hizmet işçisi olduğu saptandı. Babaların %82,3'ü ücretli, %12,1'i işveren, %4;3'ü işsiz, %1,3'ü tarım işçisiydi. İşveren sınıfında yer alanların tamamı esnaf-marjinal grubundaydı.

Ailelerin %19,9'nun sosyal güvencesinin olmadığı, sosyal güvencesi olan en büyük

grubun %68,8 ile SSK'ya bağlı olanlar olduğu saptanmıştır. Ailelerin %19,9'nun sosyoekonomik durumu kötü/çok kötü, %41,6'nın orta, %38,5'nin iyi ve çok iyi olduğu saptanmıştır. Ailelerde yaşayan kişi sayısı ortalaması  $5,02 \pm 2,17$ 'dir (2-15 kişi). Kardeş sayısı ortalaması  $1,77 \pm 0,85$ 'dir (1-5 kardeş). Bebeklerin %43,7'si tek çocuk, %41,6'sı iki kardeştir. Annelerin ilk gebeliğinden doğan 107 (%46,3) bebeğin dışındakilerin bir önceki doğumla arasında geçen süre 16'sının (%12,9) 24 ay ve daha az, 17'sinin (%31,7) ise 36 aydan azdır.

Bebeklerin doğumdaki ağırlık ortalamaları açısından cinsiyetler arasında fark bulunmamıştır. Doğumdaki boy ile 6. ve 12. aydaki ağırlık ve boy ortalamaları açısından cinsiyete göre anlamlı fark bulunmuştur (ağırlık ve boy için doğumda, 6. ve 12.aydaki karşılaştırmalar için sırasıyla  $t=0,669$ ,  $p=0,504$ ;  $t=5,426$ ,  $p<0,000$ ;  $t=3,704$ ,  $p<0,000$ ;  $t=2,034$ ,  $p=0,043$   $t=4,356$ ,  $p<0,000$ ;  $t=4,153$ ,  $p<0,000$ ). Ancak sosyodemografik etmenler ve beslenme ile ilgili etmenler açısından cinsiyete göre anlamlı fark saptanmamıştır.

Çalışmadaki tüm bebekler anne sütü almışlardır. Bebeklerin ortalama anne sütü alma süresi  $8,85 \pm 3,37$  (1-12) ay, ortalama ek besinlere başlama zamanı  $4,80 \pm 1,74$  (1-12) aydır. Bebeklerin 17'si (%7,6) 1-3 ay, 68'i (%30,4) 4-6 ay, 29'u (%12,9) 7-9 ay ve 110'nu (%49,1) 10 ay ve üzeri emzirmişlerdir. 12 ay boyunca emzirenlerin oranı %45,9'dur. Bebeklerin 47'sine (%21,0) ilk 3 ay içinde, 168'ne (%75,0) 4-6 ayda, 9'na ise (%4,0) 7. aydan sonra ek besin başlanmıştır. Bebeklerin 7'sinin ne kadar süre emzirildiği ve ek besinlere ne zaman başlandığına ilişkin bilgi elde edilememiştir.

Çalışmamızda doğumda yapılan ölçümlere göre bebeklerde bodurluk %1,7, zayıflık %15,2, düşük kiloluluk %1,7 ve aşırı kiloluluk %0,9 bulunmuştur (Tablo 1). Bebeklerin 6. ayda yapılan ölçümlerinde bodurluk ve düşük kiloluluk saptanmamış, zayıflık %6,1, aşırı kiloluluk %3,9 olarak saptanmıştır. Bebeklerin 12. ayında yapılan ölçümlerde ise bodurluk %0,9, zayıflık %5,6, düşük kiloluluk %3,9 ve aşırı kiloluluk %4,8 olarak saptanmıştır.

Bebeklerin doğumda yapılan ölçümlerinde CDC 2000 referanslarına göre hesaplanan z skorları değerlendirilerek saptanan beslenmeye ilişkin özelliklerin bazı değişkenlere göre

dağılımı Tablo 1'de görülmektedir. İki doğum arasında geçen süre 24 ay ve daha az olanlarda zayıflık ( $X^2=7,54$ , SD 2,  $p: 0,023$ ), daha fazla görülmektedir. Altıncı ayda yapılan ölçümlere göre bodurluk ve düşük kiloluluk saptanmamıştır. Altıncı ayda saptanan beslenmeye ilişkin özelliklerin bazı değişkenlere göre dağılımı Tablo 2'de görülmektedir. Zayıflık anne sütü 6 aydan az verilen bebeklerde daha yüksek oranda görülmektedir.(Fischer exact  $p:0,039$ ).

Bebekler 12. ayını doldurduğunda saptanan beslenmeye ilişkin özelliklerin bazı değişkenlere göre dağılımı Tablo 3'de görülmektedir. Anne yaşının bodurlukla ilişkisi istatistiksel olarak anlamlıdır. (Fischer exact  $p:0,019$ ). Babanın eğitimi ile aşırı kiloluluk arasında da anlamlı bir ilişki saptanmıştır. (Fischer exact  $p: 0,025$ ).

İncelenen sosyodemografik etmenlerden iki doğum arasında geçen sürenin 24 aydan az olması ve 6 aydan az emzirme zayıflıkla, anne yaşının 35 yaşının altında olması bodurlukla, baba öğreniminin ortaokuldan az olması ise aşırı kilolulukla ilişkili bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

#### **Tartışma**

Doğumda yapılan ölçümlere göre bodurluk %1,7, zayıflık %15,2, düşük kiloluluk %1,7 ve aşırı kiloluluk %0,9 bulunmuştur. Bebeklerin 12. ayında yapılan ölçümlere göre ise bodurluk %0,9, zayıflık %5,6, düşük kiloluluk %3,9 ve aşırı kiloluluk %4,8 olarak saptanmıştır. Bodurluk ve zayıflık 12. ayda doğuma göre azalmış, düşük kiloluluk ve aşırı kiloluluk ise artmıştır.

Büyüme ve beslenmenin değerlendirilmesine ilişkin yapılan çeşitli çalışmalarda saptanan malnutrisyon oranları birbirinden oldukça farklıdır (3,9-16). Bizim saptadığımız düzeyler TNSA 2003 verilerine göre oldukça farklı olmakla birlikte bölgenin içinde yer aldığı TNSA 2003 Doğu Marmara sonuçlarına göre zayıflık dışında benzer olduğu görülmektedir (9). Bu çalışmanın bulguları 2004 yılında NHSEAB'de yapılan 0-59 aylık bebeklerde yapılan çalışmayla karşılaştırıldığında düşük kiloluluk, zayıflık ve bodurluk oranları daha düşük, aşırı kiloluluk düzeyi ise benzerdir (12). Gemlik'te yapılan çalışmaya göre ise bodurluk dışındaki parametreler için benzer değerler bulunmuştur (11).

Sonuçların toplum düzeyinde değerlendirilebilmesi için, saptanan



Tablo 1. Bebeklerin doğumdaki ölçümlerine göre bodur, düşük kilolu, zayıf ve aşırı kilolu olma durumlarının bazı değişkenlere göre dağılımı											
Değişkenler	N=231	Normal Sayı (%)	OR (%95 GA)	Bodur Sayı (%)	OR (%95 GA)	Düşük Kilolu (%)	OR (%95 GA)	Zayıf Sayı (%)	OR (%95 GA)	Aşırı Kilolu (%)	OR (%95 GA)
<b>Erkek</b>	117	92(78,6)	0,64	2 (1,7)	0,97	1 (0,9)	0,32	21	1,56	1 (0,9)	0,97
<b>Kız</b>	114	97(85,1)	(0,31-1,34)	2 (1,7)	(0,1 -9,86)	3 (2,6)	(0,01-3,50)	14 (12,3)	(0,71-3,46)	1 (0,9)	(0,03-36,09)
<b>Anne Yaşı</b>	199	162(81,4)	0,81	4 (2,0)	*	4 (2,0)	*	30 (15,1)	0,96	2(1,0)	*
34 yaş ve altı	32	27(84,4)	(0,25-2,41)	0 (0,0)		0 (0,0)		5 (15,6)	(0,32-3,07)	0 (0,0)	
<b>Baba yaşı</b>	157	132(84,1)	1,57	4(2,5)	*	1(0,6)	0,15	19(12,1)	0,5	1(0,6)	0,47
34 yaş ve altı	74	57(77,0)	(0,75-3,31)	0(0,0)		3(4,1)	(0,01-1,67)	16(21,6)	(0,23-1,1)	1(1,4)	(0,01-17,38)
<b>Anne eğitimi</b>	149	123(82,6)	1,15	1(0,7)	0,18	2(1,3)	0,56	24(16,1)	1,24	0(0,0)	0,0
Ortaokuldan az	82	66(80,5)	(0,54-2,41)	3(3,7)	(0,01-1,96)	2(2,4)	(0,05-5,66)	11(13,4)	(0,54-2,88)	2(2,4)	(0,0-2,23)
<b>Baba eğitimi</b>	102	86(84,3)	1,36	2(2,0)	1,27	1(1,0)	0,42	13(12,7)	0,71	1 (1,0)	1,27
Ortaokuldan az	129	103(79,8)	(0,65-2,85)	2(1,6)	(0,13-12,86)	3(2,3)	(0,02-4,57)	22(17,1)	(0,32-1,58)	1(0,8)	(0,13-12,86)
<b>Sosyoekonomik durum</b>	142	112(78,9)	0,58	4(2,8)	*	3(2,1)	1,9	25(17,6)	1,69	1(0,7)	0,62
Orta ve altı	89	77(86,5)	(0,26-1,27)	0(0,0)		1(1,1)	(0,17-48,15)	10(11,2)	(0,73-4,0)	1(1,1)	(0,02-23,15)
<b>Yaşayan kişi sayısı</b>	122	102(83,6)	1,29	3(2,5)	2,72	2(1,6)	0,89	16(13,1)	0,71	0(0,0)	0,0
5 den az	109	87(79,8)	(0,63-2,65)	1(0,9)	(0,25-68,96)	2(1,8)	(0,09-9,03)	19 (17,4)	(0,33-1,56)	2(1,8)	(0,0-36,4)
<b>Gebelik aralığı</b>	107	90(84,1)	$\chi^2=4,42$	3(2,8)	$\chi^2=1,42$	3(2,8)	$\chi^2=1,42$	12(11,2)	$\chi^2=7,54$	0(0,0)	$\chi^2=2,3$
Birinci doğum	16	10(62,5)	$p>0,05$	0(0,0)	$p>0,05$	0(0,0)	$p>0,05$	6(35,3)	$P<0,05$	0(0,0)	$p>0,05$
24 ay ve daha az	108	89(82,4)		1(0,9)		1(0,9)		7(15,7)		2(1,9)	

OR: Odds Ratio (%95 GA): %95 Güven aralığı \* Tanımsız

prevalansların bir toplum için ne anlam ifade ettiğinin bilinmesi gerekir. DSÖ bodurluk için %20, düşük kiloluluk için %10, zayıflık içinse %5'in altındaki oranları düşük düzeyde kabul etmektedir (9). Buna göre bizim çalışmamızda saptanan bodurluk ve düşük kiloluluk oranları çok önemli bir sorun değil gibi gözükmemektedir. Yine de %5,6 olan zayıflık ve %4,8 aşırı kiloluluk bölgedeki çocuklar için önemli beslenme bozuklukları olarak karşımıza çıkmaktadır. TNSA 1998 ve 2003 verileri incelendiğinde bir yaşından önceki bodurluk ve düşük kiloluluk yüzdeleri çocuk beş yaşına

geldiğinde hızla yükselmektedir (3,11). Bu noktadan bakıldığında bölgedeki bebeklerin bodurluk ve düşük kiloluluk oranlarının düşük olmasına karşın, sonraki yıllarda olası artışlar için dikkatli olunması gerekmektedir.

Ülkemizde ve dünyada okul öncesi ve süt çocukluğu döneminde aşırı kiloluluk ve şişmanlık konularında yapılan çalışma sayısı oldukça azdır. 1997 yılında yapılan bir çalışmada üç yaş altındaki çocuklarda saptanan şişmanlığın, anne babası şişman olanlar dışındakiler için yetişkinlik döneminde risk oluşturmadığının ileri sürülmüş olması bunun

**Tablo 2.** Bebeklerin 6. aydaki ölçümlerine göre zayıf ve aşırı kilolu olma durumlarının bazı değişkenlere göre dağılımı

Değişkenler	N= 231	Normal Sayı (%)	OR (%95 GA)	Zayıf Sayı (%)	OR (%95 GA)	Aşırı kilolu Sayı (%)	OR (%95 GA)
<b>Cinsiyet</b>							
Erkek	117	102(87,2)	0,51	8(6,8)	1,32	7(6,0)	3,56
Kız	114	106(93,0)	(0, 19–1,36)	6(5,3)	(0,40–4,46)	2(1,8)	(0,66–25,42)
<b>Anne yaşı</b>							
34 yaş ve altı	199	177(88,9)	0,26	13(6,5)	2,17	9(4,5)	*
35 yaş ve üstü	32	31(96,9)	(0,01–1,93)	1(3,1)	(0,28–45,90)	0(0,0)	
<b>Baba yaşı</b>							
34 yaş ve altı	157	141(89,8)	0,92	8(5,1)	0,61	8(5,1)	3,92
35 yaş ve üstü	74	67(90,5)	(0,33–2,53)	6(8,1)	(0,18–2,07)	1(1,4)	(0,48–85,11)
<b>Anne eğitimi</b>							
Ortaokuldan az	149	136(91,3)	1,45	9(6,0)	0,99	4(2,7)	0,42
Ortaokul ve üstü	82	72(87,8)	(0,56–3,75)	5(6,1)	(0,29–3,54)	5(6,1)	(0,09–1,89)
<b>Baba eğitimi</b>							
Ortaokuldan az	102	91(89,2)	0,85	7(6,9)	1,28	4(3,9)	1,01
Ortaokul ve üstü	129	117(90,7)	(0,33–2,18)	7(5,4)	(0,39–4,24)	5(3,9)	(0,22–4,49)
<b>Sosyoekonomik durum</b>							
Orta ve altı	142	130(91,5)	1,53	8(5,6)	0,83	4(2,8)	0,49
İyi ve üstü	89	78(87,6)	(0,59–3,92)	6(6,7)	(0,25–2,80)	5(5,6)	(0,11–2,16)
<b>Yaşayan kişi sayısı</b>							
5 den az	122	111(91,0)	1,25	8(5,7)	1,20	4(3,3)	0,71
5ve üstü	109	97(89,0)	(0,49–3,20)	6(6,4)	(0,36–4,07)	5(4,6)	(0,15–3,12)
<b>Gebelik aralığı</b>							
İlk bebek	107	93(86,9)	2,20	9(8,4)	2,09	5(4,7)	0,83
24 ay ve daha az	16	15(93,8)		1(6,3)		0(0,0)	
24 aydan fazla	108	100(92,6)	p>0,05	4(3,7)	p>0,05	4(3,7)	p>0,05
<b>Anne sütü almat</b>							
6 aydan az	39	31(79,5)	0,34	7(17,9)	5,56	1(2,6)	0,58
6 ay ve üstü	185	170(91,9)	(0,12–0,97)	7(3,8)	(1,62–19,22)	8(4,3)	(0,03–4,82)
<b>Ek besinlere başlama†</b>							
6. aydan önce	119	105(88,2)	0,70	10(8,4)	2,32	4(3,4)	0,7
6. ay ve sonrası	105	96 (91,4)	(0,27–1,83)	4(3,8)	(0,64–9,09)	5(4,8)	(0,15–3,09)

OR: Odds Ratio (%95 GA): %95 Güven aralığı \*: Tanımsız

†:7 bebeğin ne kadar süre anne sütü aldığı ve ek besinlere ne zaman başlandığına ilişkin bilgi alınmamıştır.

bir nedeni olabilir (17). Ancak daha sonra yapılan bir çalışma ile bir yaşında şişman olan çocukların %29'nun sekiz yaşına geldiğinde hala şişman olduğu saptanmıştır (18). Yapılan bir çalışma perinatal ve postnatal dönemin ilerideki yaşlarda ortaya çıkacak şişmanlık açısından kritik bir dönem olduğunu ortaya koymuştur (19). Çocukluk çağındaki aşırı kiloluluk ve şişmanlığın erken saptanarak gerekli önlemlerin alınması yetişkin dönemdeki şişmanlık ve buna bağlı sağlık sorunlarının önlenmesi için önemli bir adım olacaktır.

Dünyada ve ülkemizde yapılan pek çok çalışma çeşitli sosyodemografik etmenlerin büyümeyi etkilediğini göstermektedir (2,3, 4,9-16, 20-28). Ülkemizde yapılan çalışmalarda saptanan risk etmenleri erkek cinsiyet, anne ve babanın 31-35 yaş grubunda olması, annenin ve babanın ilkökul mezunu olması, babanın geliri düşük bir işte çalışması, annenin çalışması, anne sütü almayanlar, düşük doğum ağırlığı, 5. ve 6. doğumlar, evde yaşayan çocuk sayısı ve istenmeyen gebelik sonucu doğumdur (2, 3, 10-13, 15, 16, 20). Bizim çalışmamızda incelenen sosyodemografik etmenlerden iki doğum arasında geçen sürenin 24 aydan az olması ve 6 aydan az emzirme zayıflıkla, anne yaşının 35 yaş altında olması bodurlukla, baba öğreniminin ortaokuldan az olması ise aşırı kilolu olmakla ilişkili bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).

Anne sütünün doğumdan itibaren en az altı ay boyunca tek başına verilmesi uygulanmakta olan bir sağlık politikası iken, bebeklerin

%17,4'ne beş aydan az anne sütü verilmiş, %53,1'ne ise ilk beş ay içinde ek besin başlanmıştır. Yapılan istatistiksel hesaplamalar sonunda, altıncı aydan az emzirenlerde zayıflık anlamlı olarak daha fazla görülmektedir. Anne sütü alma süresi ve ek besinlere başlama zamanı arasında cinsiyete göre bir fark saptanmamıştır. Anne sütü verilmesini belirleyen kültürel, sosyal ve ekonomik nedenler toplumdan topluma değişmektedir. Bunların belirlenip, bu konuda girişim gerekir.

Bebeklik ve çocukluk dönemindeki beslenme sorunları kızlarda erkeklere göre daha fazla görülmektedir, kız çocuklarının statüsünün erkeklere göre daha geride olduğu gelişmekte olan toplumlarda (Beslenme sorunları) kızlar için daha önemlidir (29). Bebeklerin altıncı ve onikinci aydaki ağırlık ortalamaları açısından kızlar ve erkekler arasında anlamlı fark bulunmasına karşın sosyodemografik etmenler ve beslenme ile ilgili etmenler açısından cinsiyete göre anlamlı fark saptanmamıştır. Çalışmamızdaki erkek çocukların ağırlık ortalamalarının kız çocuklarından daha yüksek olmasına ilişkin saptama, erkek çocuğun beslenmesine aile içinde daha fazla önem verildiğini göstermesi açısından oldukça çarpıcı bir sonuçtur ve cinsiyet ayrımcılığının daha doğumdan başladığının bir göstergesi olarak kabul edilebilir.

### Sonuç

Bebeklerin büyümesi üzerine etkili olan pek çok etmeden biri beslenme ve anne sütü alma süresidir. Bu nedenle annelerin bilgi ve bilinç düzeylerinin artırılması çok önemlidir. Bebek için temel besin olduğu bilinen anne sütünün doğumdan hemen sonra başlanmasının ve bebek altı aylık oluncaya kadar başka hiçbir besin verilmemesi gerektiği mesajı daha net olarak verilmelidir.

Bebek ve çocukların büyümesinin izlenmesinin düzenli olarak yapılması, olası beslenme bozukluklarının erken saptanması ve bu konuda yapılacak girişimlerle, ileride ortaya çıkabilecek sorunların önlenmesi için fırsat sağlayacaktır. Bölgede; zayıflık, bodurluk ve düşük kiloluluğa göre daha yüksek oranlarda görülen aşırı kiloluluk konusunda, ileri yaşlarda ortaya çıkması olası sağlık sorunları açısından girişimlerde bulunulması gerekmektedir.





### Kaynaklar

- 1- Özcebe H, Bertan M, Akın L, Akgün S. Önemli Bazı Çocuk Sağlığı Sorunları. Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Ankara, Güneş Kitabevi, 1997: 178–187.
- 2- Tezcan S, Ertan EA, Aslan D. Beş yaş altı çocuklarda malnütrisyon durumunun değerlendirilmesi, Türkiye Klinikleri J Med Sci, 2003; 23: 420-429.
- 3- Etiler N, Velipaşaoğlu S. Çocukluk döneminde beslenmenin değerlendirilmesi: Birinci Basamakta Antropometrinin Kullanımı. STED 2004; 13: 50-54.
- 4- Panpanich R, Garner P. Growth monitoring in children (review): The Cochrane Database of Systematic Review 1999.
- 5- Physical status: The use and interpretation of antropometry: Who Technical Report Series 854, Geneva: WHO, 1995: 6–26.
- 6- Buckler JMH. Büyümenin Değerlendirilmesi. Kara B, Gür A. (Ed.)Çocuklarda Büyüme Bozuklukları. İstanbul: Turgut Yayıncılık, 1996: 14–28.
- 7- Uludağ Üniversitesi –Nilüfer Belediyesi Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesi 2004 Yılı Çalışma Raporu. Nilüfer-Bursa: Uludağ Üniversitesi Matbaası, 2004.
- 8- Boratav K. İstanbul ve Anadolu'dan Sınıf Profilleri. İstanbul: Tarih Vakfı/ Yurt Yayınları, Numune Matbaacılık, 1995: 1–13.
- 9- Yiğit EK; Tezcan S. Bebeklerin Beslenme Alışkanlıkları, Çocukların ve Annelerin Beslenme Durumu. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2004: 141–155.
- 10- Tunçbilek E, Kurtuluş E, Hancıoğlu A. Bebeklerin Beslenme Alışkanlıkları, Çocukların ve Annelerin Beslenme Durumu. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus etütleri Enstitüsü, 1999: 123–134.
- 11- Yakıcı Ş. Gemlik İlçe Merkezindeki 0–12 Aylık Bebeklerin Genel Sağlık Durumları, Uzmanlık Tezi, Bursa: Uludağ Üniversitesi Matbaası, 1997.
- 12- Avcı K, Pala K. Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesindeki 0–5 yaş çocuklarda büyüme ve gelişme durumunun değerlendirilmesi. Halk sağlığı Kongresi Bildiri Özet Kitabı, Ankara, 2004: 42.
- 13- Aslan D, Özcebe H, Bilir N, Vaizoğlu S, Subaşı N. Van İli kent merkezinde beş yaş altı çocuklarda beslenme ve malnütrisyon durumu. Çocuk Dergisi (The Journal of Child, Logos Tıp Yayıncılığı) 2004; 4: 16-23.
- 14- De Onis M, Blössner M. WHO Global Database on Child Growth and Malnutrition, Programme of Nutrition, Geneva, 1997: 8–29.
- 15- Özyurt CB, Dündar EP, Oral A: Muradiye Merkez sağlık Ocağı Bölgesinde 0–59 Ay Çocuklarda Malnütrisyon Sıklığı ve Malnütrisyonla İlişkili etmenlerin Belirlenmesi. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, Diyarbakır, 2002: 284–288.
- 16- Dönmez L, Dedeoğlu N, Aktekin M. Antalya İl Merkezinde Malnütrisyon Sıklığı ve Bazı Değişkenlerle İlişkisi. Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, Didim; 1994: 378–383.
- 17- Whitaker RC. Predicting Obesity in Young Aulthood from Childhood and Parental Obesity. N Eng J Med, 1997; 337: 926–927.
- 18- Burke V. Breastfeeding and Overweight: Longitudinal Analysis in an Australian Birth Cohort. The Journal of Pediatrics, 2005; 147: 56–61.
- 19- Kinra S, Baumer JH, Smith GD. Early growth and childhood obesity: a historical cohort study. Arch. Dis. Child, 2005; 90: 1122–1127.
- 20- Beşer E, Ergin F, Atasoylu G. Aydın İl Merkezinde Malnütrisyon Prevelansı ve Risk Etmenleri. IX. Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, Ankara, 2004: 30.
- 21- Owusu WB, Lartey A, de Onis M, Onyango AW, Frongillo EA. Jr. Factors associated with unconstrained growth among affluent Ghanaian Children, Acta paediatrica, 2004; 93: 1115–1119.
- 22- Mamabolo RL, Alberts M, Steyn NP, Van de Delemarre W, Henriette A, Levitt Ns. Prevalence and determinants of stunting and overweight in 3-year-old black South African children residing in the Central Region of Limpopo Province, South Africa. Public Health Nutrition, 2005; 8: 501–508.
- 23- Chopra M. Risk factors for undernutrition of young children in a rural area of South Africa. Public Health Nutrition, 2003; 6(7): 645-652.
- 24- Marins VMR, Almeida RMVR. Undernutrition prevalence and social determinants in children aged 0–59 months, Niteroi, Brazil. Annals of Human Biology Volume, 2002; 29: 609–618.
- 25- Marzieh N, Arash T, Shahandokht NA. Risk Analysis of Growth Failure in Under 5 Year Children. Archives of Iranian Medicine, 2004; 7: 195-234.
- 26- Ezzat K, Amine and Fawzia A, Al-Awadi. Nutritional status survey of preschool children in Kuwait Eastern Mediterranean Health Journal, 1996; 2: 386-395.
- 27- Frongillo EA Jr, de Onis M, Hanson KMP. Socioeconomic and Demographic Factors are Associated with Worldwide Patterns of Stunting and Wasting of Children. The Journal of Nutrition, 1997; 127: 2302–2309.
- 28- Matthew W, Gillman et al. Risk of Owerweight Among Adolescents Who Were Breastfed as Infants. JAMA, 2001; 285: 2461–2467.
- 29- Aslan D, Bir Sağlık Sorunu Olarak Kadın ve Beslenme. Akın A. Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın, Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi (HÜKSAM), Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2003: 141–9.



*Dr. Ahmet Ragıp Kızılet\*, Dr.Saadet Özer\*\*, Dr. Serap Erel\*, Dr.Yusuf Tanrıkulu\*, Dr. Bülent Kılıçoğlu, Dr. Kemal Kısmet\*, Dr. Mehmet Ali Akkuş\*\*\**

### Öz

Batına nafiz delici kesici alet yaralanması olgularında rutin cerrahi eksplorasyon sonuçlarının değerlendirilmesi.

S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi 4. ve 5. Genel Cerrahi Klinikleri Acil Polikliniğine Ocak 2000 - Aralık 2007 tarihleri arasında batına nafiz delici-kesici alet yaralanması (DKAY) ile başvuran ve rutin eksploratif laparotomi uygulanan 87 hastanın dosya ve ameliyat raporları retrospektif olarak incelendi.

Olgular yaş, cinsiyet, yaralanma yeri, kesi büyüklüğü, batında yaralanan organ ya da organlar, batin dışı organ yaralanması varlığı ve yeri, yoğun bakımda ve hastanede yatış süreleri, dren kullanımı, cerrahi işlemler ve ameliyat sonrası erken dönem komplikasyon gelişimi açısından incelendi.

Batına nafiz delici-kesici alet yaralanmalarında rutin cerrahi eksplorasyonun; cerrahin laboratuvar, fizik muayene ve deneyimleri doğrultusunda yapacağı seçici cerrahi eksplorasyon ile gözden kaçabilecek organ yaralanmalarının sayısını azaltabileceği kanaatindeyiz.

**Anahtar Sözcükler:** Delici-kesici alet yaralanmaları, Batın travmaları.

### Giriş

Son yıllarda şehirlere olan göç ve toplumların şehirleşme sürecine sağlıklı bir geçiş yaşanması, suç oranlarını ve şiddetini artırmaktadır. Buna paralel olarak, penetran karın travmaları pek çok ülkede cerrahi acilin en sık karşılaşılan sorunlarından biri haline gelmiştir (1).

Penetran travmalı hastalarda batin yaralanmaları yaşamı tehdit edici bir yaralanmadır. Acilen değerlendirilmeli, kısa sürede tanı konulup tedavisi yapılmalıdır. Kesici alet yaralanmalarında bıçak ağzı doğrudan dokuda yaralanmaya neden olur. Kesici alet vücuda girdiği yerde kendi çapından daha büyük bir yaralanmaya neden olur. Dış muayenede daha az tahmin edilen

### Abstract

The purpose of this study was to evaluate the routine surgical abdominal exploration method in abdominal penetrating stab wounds and the results of this management.

The files and operation reports of the 87 abdominal penetrating stab wound cases that were managed by routine explorative laparotomy method in our Ministry of Health, Ankara Education and Research Hospital, 4th and 5th General Surgical Emergency clinics between January 2000 and December 2007 were analysed retrospectively. The cases were investigated according to age, gender, localisation and width of the wound, intraabdominal and extraabdominal organ injuries, hospitalisation periods, the time of stay in the intensive care unit, drain usage, types of surgical procedures, and the development early complications.

We suggest that in abdominal stab wounds, routine surgical exploration can decrease the number of unrecognised organ injuries when compared with the selective surgical operations that were decided by the aid of physical examinations, laboratory results, and the experience of the surgeon.

**Key words:** Stab wounds, Abdominal trauma.

yaralanmanın içerideki hasarı daha büyük olabilir. Kesici aletin giriş eksenini dış muayenede anlaşılamaz. Bir kesici alet ile yaralanma; göğüsün aşağısından, pelvisden, lomber bölgeden ve sırttan olsa da abdominal organlarda travmaya neden olabilir (1).

Kliniğimizde peritonu aşmış olduğu doğrudan ya da indirekt olarak gösterilebilmiş karın bölgesindeki bütün delici-kesici alet yaralanmalarında cerrahi yöntem ile yaklaşım uygulanmıştır. Bu yaklaşım cerraha göre değişmekle birlikte bugün için de geçerliliğini korumaktadır. Bu tür yaklaşımın tercih edilmesinde var olabilecek bir yaralanmayı gözden kaçırma olasılığı gerçek nedeni oluşturmaktadır. Literatürde rutin eksploratif

\*Ankara Eğitim ve Arş. Hast. IV. Cerrahi Kliniği, Ankara

\*\*Ankara Eğitim ve Arş. Hast. V. Cerrahi Kliniği, Ankara

\*\*\*Prof. Dr.; Ankara Eğitim ve Arş. Hast. 5. Cerrahi Kliniği, Ankara

laparotomi yaklaşımının yüksek oranda negatif laparotomi ile sonuçlandığı bildirilmektedir (2). Non operatif yaklaşım ya da rutin laparotomi tercihi; ameliyat sonrası erken ve geç morbidite ve mortaliteler göz önünde bulundurularak yapılmalıdır.

Bu çalışmada Ocak 2000 ve Aralık 2007 tarihleri arasında acil polikliniğimize, batına nafiz delici-kesici alet yaralanması (DKAY) ile başvuran ve rutin eksploratif laparotomi uygulanan 87 hastanın dosya ve ameliyat raporları retrospektif olarak incelenerek ortaya çıkan sonuçlar değerlendirildi.

### Gereç ve Yöntem

S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi 4. ve 5. Genel Cerrahi Klinikleri Acil Polikliniğine Ocak 2000 - Aralık 2007 tarihleri arasında batına nafiz DKAY ile başvuran ve rutin eksploratif laparotomi uygulanan 87 hastanın dosya ve ameliyat raporları retrospektif olarak incelendi. Olgular yaş, cinsiyet, yaralanma yeri, kesi büyüklüğü, batında yaralanan organ ya da organlar, batın dışı organ yaralanması varlığı ve yeri, yoğun bakımda ve hastanede yatış süreleri, dren kullanımı, cerrahi işlemler ve ameliyat sonrası erken dönem komplikasyon gelişimi açısından incelendi.

### Bulgular

Olguların 80'i (%91,5) erkek, 7'si (%8,05) kadındı. Ortalama yaş 30 (15-56 yaş) idi. DKA ile yaralanmada kesilerin batın duvarı üzerindeki topografik dağılımı incelendiğinde 29'u (%30,85) sağ üst kadranda, 27'si (%28,73) sol üst kadranda, 13'ü (%13,83) sağ alt kadranda, 12'si (%12,77) sol alt kadranda, 7'si (%7,44) epigastrik bölge, 5'i (%5,32) ise umbilikal, 1 (%1,06) hasta suprapubik yerleşimliydi. Beş hastada batın sol alt kadranda iki ayrı kesi bulunmaktaydı (Tablo 1).

**Tablo 1.** DKAY kesilerinin batın duvarı üzerindeki topografik yerleşimleri

Kesi Yerleşimi	Kesi sayısı(%)
Sağ üst	29 (%30,85)
Sol üst	27 (%28,73)
Sağ alt	13(%13,83)
Sol alt	12 (%12,77)
Epigastrik	7 (%17,44)
Umbilikal	5 (%5,32)
Suprapubik	1(%1,06)

Bir hastada sağ üst, sağ alt ve sol alt kadranda olmak üzere batında üç; yüz bölgesinde ise bir adet kesi bulunmaktaydı. Bu hastaya yapılan eksploratif laparotomide hiçbir organ hasarına rastlanmadı.

Yirmidokuz hastada ek olarak batın dışı bölge yaralanması da vardı. Bunlar; her biri birer hastada olmak üzere 1 hastada diz, 1 hastada uyluk ve 2 hastada yüz, 3 hastada sol alt ekstremitte, 3 hastada sağ üst ekstremitte, 3 hastada sol üst ekstremitte, 3 hastada skalpte, 3 hastada sağ alt ekstremitte, 3 hastada sağ gluteal bölge yaralanmasıyla 7 hastada toraks yaralanması şeklindeydi.

Kesi boyu 14 hastada 1 cm ve altında, 33 hastada 1-2 cm, 32 hastada 2-3 cm ve 8 hastada ise 3 cm'den büyüktü (Tablo 2).

**Tablo 2.** Kesi boyutunun hastalara dağılımı

Kesi boyu	Hasta sayısı(%)
≤ 1 cm	14 (%16,1)
1.1-2 cm	33(%37,9)
2.1-3 cm	32(%36,8)
≥ 3 cm	8(%9,2)

Hastaların 19'unda (%22,6) ince barsak, 16'sında (%19,0) kolon, 16'sında (%19,0) karaciğer, 9'unda (%10,7) mide, 8'inde (%9,5) omentum, 6'sında (%7,1) mezenter, 3 'ünde (%3,6) dalakta, 3 'ünde damarda, 3'ünde diyaframda, 1'inde (%3,4) ise üreter yaralanması bulunmaktaydı. Bir hastada kolonda 2 adet, 2 hastada ince barsakta 2 adet kesi izlendi. Yirmibeş hastada organ yaralanması saptanmadı (Tablo 3).

**Tablo 3.** Yaralanan organlara göre hasta sayısı ve yüzde dağılımı

Yaralanan Organ	Hasta sayısı (%)
İnce barsak	19 (%22,6)
Kolon	16(%19,0)
Karaciğer	16(%19,0)
Mide	9(%10,7)
Omentum	8(%9,5)
Mezenter	6(%7,1)
Damar	3(%3,6)
Diafram	3(%3,6)
Dalak	3(%3,6)
Üreter	1(%1,2)



Bir hastada kolon ve mezenter, 2 hastada ince barsak ve mezenter, 1 hasta ince barsak ve omentum, 1 hastada mide ve karaciğer, 1 hastada mide ve ince barsak, 1 hastada ince barsak mezenter ve omentum, 1 hastada ince barsak kolon ve üreter yaralanması bir arada görüldü. İnce barsak ve omentum yaralanması bir arada görülen 3 olguya ince barsak rezeksiyon + anastomoz ve kısmi omentektomi operasyonu uygulandı (Tablo 4).

Organ yaralanması tespit edilen 62 olguda yaralanan organa göre; hemostaz sağlanıp ince barsak / kolon mezenter onarımı, kısmi omentektomi, hepatorafi, gastrorafi, ince barsak onarımı (primer sütürasyon), ince barsak rezeksiyonu + anastomoz, splenektomi, üreter onarımı yapıldı.

Cerrahi	Hasta sayısı	Operasyon sayısı
İnce barsak onarımı	19	22
Kolon onarımı	16	16
Gastrorafi	9	9
Kısmi omentum rezeksiyonu	8	8
İnce barsak kolon onarımı	6	6
Damar onarımı	3	3
Splenektomi	3	3
Karaciğer onarımı	16	16
Üreter onarımı	1	1
Diafram onarımı	3	3

Ameliyat sırasında organ yaralanması tespit edilen 62 hastanın 54'üne (%87) dren yerleştirildi.

Hastaların ortalama hastanede yatış süreleri 5,4 gündü (2-26 gün). 7 hastada erken postoperatif komplikasyon olarak yara yeri enfeksiyonu (YYE) görüldü. YYE görülen hastaların ortalama hastanede yatış süresi 13 gün (10-16 gün), Ayrıca intra abdominal enfeksiyon 1 hasta, nsokomial enfeksiyon 1 hasta, ileus 1 hasta, enterokutanöz fistül 1 hasta olmak üzere diğer komplike olguların hastanede yatış süreleri 21,5 (18-26 gün) iken, komplikasyon görülmeyen hastaların ortalama hastanede yatış süresi 3.9 gündü (2-10 gün) (Tablo 5 ve 6).

Yatılan gün sayısı	Hasta sayısı (%)
≤3	32 (%36,8)
3-6	31 (%35,6)
≥6	24 (%27,6)

**Tablo 6.** Yoğun bakımda kalma süresi (toplam 57 hasta)

Yatılan gün sayısı	Hasta sayısı (%)
1	34 (%59,6)
2-3	20 (%35,1)
≥4	3 (%5,3)

### Tartışma

Penetran karın travmaları acil cerrahinin zorlu ve sonuçları kötü olabilen yaralanma grubundandır. Genel tarihçesi içerisinde, cerrahinin gelişim sürecine bağlı olarak değişik anlayışlarla tedavi edilmişlerdir. Tarihçesine bakıldığında, kesici-delici aletlerle oluşan yaralanmalar, tüm penetran yaralanmaların içinde ele alınmış, savaş deneyimleriyle birlikte, tedavisi rutin eksplorasyon ile belli yerlere gelmiştir (3). Alınan sonuçlar zaman içinde sivil toplumda alınan sonuçlarla birlikte değerlendirildiğinde, tedavi ölçütlerinin gözden geçirilmesi gerektiği görülmüştür. 1882'de ilk olarak Reclus (4), abdominal yaralanmalarda, laparotominin yalnızca viseral hasarın kesin olduğu olgularda yapılması gerektiğini belirtmiştir. Birçok merkez, seçici girişim yöntemini benimsemekte ve kullanmaktadır (2). Bazı merkezler ise zorunlu laparotomiye kesici-delici alet yaralanmalarının esas tedavisi olarak kullanmıştır (5). Bu tartışmaların doğurduğu bir başka konu da, travmaya maruz kalmış hastalarda negatif laparotominin hangi oranlarda kabul edilebilir olduğu ve negatif laparotomilerin ne kadar morbidite ya da mortaliteye sebep olduğunun değerlendirilmesidir.

Negatif laparotomilerin neden olduğu komplikasyonlar, ameliyat sırasında ya da sonrasında oluşabilmektedir. Ameliyat sırasında organ yaralanmaları, ameliyat sonrası dönemde ise çoğunlukla pulmoner komplikasyonlar ön planda olmak üzere (pnömoni, atelektazi, pulmoner emboli) yara enfeksiyonları, üriner enfeksiyonlar, flebit, pankreatit ve üst gastrointestinal sistem kanaması görülmektedir (6).

Negatif laparotomilerde, karın yaralanmaları tek başına olduğunda oluşan komplikasyon oranı ile başka sistemleri de ilgilendiren hasarlar varken oluşan komplikasyon oranları arasında fark vardır. Künt ve delici-kesici karın travmalarını bir arada incelemiş bir çalışmada, tek başına

negatif laparotomi yapılan hastalarda komplikasyon oranı %22 iken, diğer sistem hasarları varlığında bu oran %55 olmaktadır (7). Kesici ve delici alet yaralanmalarında negatif laparotomi sonrasında komplikasyon oranı %8-14.28 olarak bildirilirken (2); başka bir çalışmada mortalite %6.3 olarak bildirilmiştir (3). Uzun dönemde, negatif laparotomi komplikasyonları; barsak obstrüksiyonları ve insizyonel hernilerdir. İnce barsak obstrüksiyonu için %3 oranının verildiği bir çalışmada, insidansın yapılan girişimin peritoneal kaviteye sınırlı kaldığı olgularda %1.5, retroperitonun disseke edildiği olgularda ise %5 olduğu bildirilmektedir (6). Bu arada, herhangi bir cerrahi girişimde %5 adhesiv obstrüksiyon oluşma riski vardır. Negatif laparotomi oranı olarak %5-14.3 arası sonuçlar literatürde bulunmaktadır (7).

Rutin eksplorasyon yönteminde gereksiz laparotomi olasılığı bulunmasına karşın, seçici gözlem yönteminde de yanlış negatif sonuç alma riski vardır. Bu, içi boş organ perforasyonlarında, girişimlerin gecikmesine ve septik olayların gelişimine yol açmaktadır (2). Bu sebeplerle rutin laparotomi ve seçici laparotomi konusundaki tartışmalar halen sürmektedir. Moore ve ark'nın (8) tanımladığı

Abdominal Travma İndeksi (ATİ) karın travmalarının ciddiyetini belirlemede tercih edilen bir skaladır. ATİ'nin 25'in üstünde olmasının morbidite ve mortaliteyi artırdığı bildirilmektedir.

Hasta hakkında karar vermede fizik muayene halen güvenilir bir tanı koyma yöntemidir. Demetriades ve ark.'nın (9) yaptığı çalışmada; tüm abdominal yaralanmalarda cerrahi eksplorasyon uygulandığında negatif laparotomi oranı %40 iken, peritona penetrasyon saptanan olgulardaki eksplorasyonda uygulandığında negatif laparotomi oranı %30, pozitif parasentez, diyafragma altında hava ya da omental evisserasyon saptanan olgularda cerrahi eksplorasyon yapıldığında negatif laparotomi oranı ise %20 bulunmuşken, klinik muayeneyi net ölçüt kabul edip eksplorasyon yapıldığında negatif laparotomi oranı yalnızca %7 olarak bildirilmiştir.

Yaralanmadan ameliyata kadar geçen sürenin 4-6 saatten uzun olmasının morbidite ve mortaliteye olumsuz etkisi olduğu günümüzde birçok çalışmayla ortaya konmuştur. İntraabdominal organ yaralanmalarında sürenin uzun olmasının birincil tamir için kontrendikasyon oluşturmadığını savunan yazılar da yayınlanmıştır (2).









Çalışmamızın sonuçlarını değerlendirdiğimizde; karına nafiz delici-kesici alet yaralanmalarında rutin cerrahi eksplorasyonun, cerrahın laboratuvar, fizik muayene ve deneyimleri doğrultusunda yapacağı seçici cerrahi eksplorasyon ile gözden kaçabilecek organ yaralanmalarının sayısını azaltabileceği kanaatine varılmıştır.

**İletişim: Dr. Bülent Kılıçoğlu**

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

#### **Kaynaklar**

- 1- Smith J, Caldwell E, D'amours S, Jalaludin B, Sugrue M: Abdominal trauma: a disease in evolution. ANZ J Surg. 2005;75:790-4.
- 2- Kahya MC, Derici H, Cin N, Tatar F, Peker Y, Genç H, Deniz V, Reyhan E. Penetre kolon yaralanmalı olgulardaki deneyimlerimiz. Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Dergisi. 2006(12):223-9.
- 3- Karakuşak A, Yücel AF, Arıkan S. Karına nafiz delici-kesici alet yaralanmalarında rutin abdominal eksplorasyon yönteminin retrospektif analizi. Van Tıp Derg. 2006;13:90-6
- 4- Reclus P: An introduction to the history of general surgery. Philadelphia, 1968 WB Saunders Company, pp:20
- 5- Exadektylos A, Stettbacher A, Edul S, Nichols A, Bautz P. Succesful management of abdominal stab wounds with clinical evolution. Unfallchirurg 2003;106:215-9.
- 6- 18 de Lacy AM, Pera M, Carcia-Valdecasos JC. Management of penetrating abdominal stab wounds. Br J Surg. 1988;75:231-3
- 7- 6 Weigelt JA, Kingmon RG. Complications of negative laparotomy for trauma. Am J Surg. 1988;156:544-6
- 8- Moore EE, Cogbill TH, Molangon MA, Jurkovich GJ, Champion HR, Gemralli TA et al. Organ injury scalling. J Trauma 1990;30:1427-9
- 9- Demetriades D, Rabinowitz B. Indication for operation in abdominal stab wounds. Ann Surg 1987;71:92-4.

	<b>STED'den</b>		
	<b>STED Yazarlarına Bilgi</b>		
	<b>Kıvanç Duyulacak Bir Başarı</b> <i>Dr. Nazmi Bilir, Dr. Dilek Aslan</i>		
	<b>Türkiye'nin Sağlığını Okumak</b> <i>"Cepten Harcamalar"</i> <i>Dr. Onur Hamzaoğlu</i>		
	<b>Sağlık ve İnsan Hakları Açısından Kadına Yönelik Şiddet</b> <i>Dr. Uğur Işık, Dr. Müzeyen Akıncı, Dr. Reyhan Yalçındağ</i>		
		<b>I</b>	 <b>TTB- STE Kredi Puanı ve Kitap Kazananlar</b> <b>X</b>
		<b>II</b>	<b>Yaşlı Dostu Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Uygulamaları:</b>
		<b>IV</b>	 <b>DSÖ Yaşlı Dostu Birincil Bakım Merkezi Enstrümanı</b> <b>XI</b>
		<b>VI</b>	<i>Dr. Hakan Yaman, Dr. Melahat Akdeniz</i>
			<b>XIV</b>
		<b>VII</b>	 <b>Dergilerden</b> <b>XIV</b>
			<i>Doç. Dr. Özen Aşut, Stj. Dr. Yılmaz Yıldız</i>
			<b>XV</b>
			 <b>Bulmaca</b> <b>XV</b>

## 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 bu yana TÜBİTAK Türk Tıp Dizini içinde yer almaktadır. STED'de birinci basamağın çalışma alanına giren konularda yapılmış araştırma yazıları, derlemeler, olgu sunumları, sağlık ocağı ve AÇS-AP merkezi gibi birinci basamak kurum tanıtımları ve hekim günlükleri yayımlanır.

### Dergide yayımlanacak makalelerin aşağıda belirtilen özellikleri taşıması gerekmektedir:

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

#### 1. Başlık Sayfası: Bu sayfada bulunması gerekenler:

- **Başlık:** Kısa, 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 yazarlığa hak kazanmış olmalıdır. (Bkz, STED Temmuz 2004 ya da [www.ttb.org.tr/STED/sted\\_yazar.pdf](http://www.ttb.org.tr/STED/sted_yazar.pdf))

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

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

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

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

**3. Giriş:** Bu bölümde, makale ile ilgili önbilgiler, amaç, gerekçe belirtilmelidir. Bu bölümde ilgili kaynaklar dışında bilgi verilmemeli, çalışmanın veri ve sonuçları bulunmamalıdır.

Bu bölümün sonunda çalışmanın amacı ve gerekçesi açıklanmalıdır.

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

**5. Sonuçlar:** Bulguları metin, tablo ve şekiller üzerinde gösteriniz. Metin içinde önemli verileri vurgulayıp özetleyiniz. Teknik ayrıntılar ek olarak verilebilir. Bulguları, sayı ve yüzde olarak belirtiniz. Verilerin, en uygun tablo, şekil ve grafiklerle gösterilmesi için çaba harcanmalıdır.

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

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

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

#### **Tipik dergi makalesi**

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

ya da

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

#### **Kitap**

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

#### **Kitap bölümü**

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

#### **Web Sitesi**

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

**Kaynak göstermede diğer özellikler ve özel durumlar için Bkz,**  
[http://www.ttb.org.tr/STED/sted\\_yazar.pdf](http://www.ttb.org.tr/STED/sted_yazar.pdf)

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

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

#### **10. Şekiller ve Fotoğraflar**

Şekiller profesyonelce çizilmiş ve fotoğraflanmış olmalıdır. Özgün çizimler yerine, temiz, parlak, siyah-beyaz fotoğraflar yeğlenmelidir. Fotoğraf arkalarında yazar adı, numaraları ve oklarla üste gelecek yön belirtilmeli; şekil ve resim altlarına çift aralıklı açıklayıcı yazılar konmalıdır. Şekiller ana metinde ilk 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 çeviri yapanın adı, unvanı, görevi yazılmış olmalı, çeviri yapılan yazının aslı da (fotokopi olarak) gönderilmelidir.

#### **Metinlerin Gönderilmesi**

Metinler, tüm yazarların imzaladığı bir üst yazıyla gönderilmelidir. 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](mailto:sted@ttb.org.tr) adresine e-posta ile gönderilebilir. Yayımlanması uygun görülen yazılarda, belirlenen eksikliklerle ilgili düzeltme ve düzenlemeler Yayın Kurulu'na yapılabilir. Yayımlanmayan yazılar geri gönderilmez. Klinik ve toplumsal araştırma çalışmalarında yerel etik kurul onayı alınmış olmalıdır. Etik kurulun bulunmadığı yerler için [sted@ttb.org.tr](mailto:sted@ttb.org.tr) e-posta adresinden bilgi istenebilir.

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



# Kıvanç Duyulacak Bir Başarı

Restoranlarını Sigara Dumanından Arındıran 11 Ülkeden Birisi Türkiye



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

Sigaranın sağlık üzerindeki olumsuz etkileri 50 yılı aşkın bir süreden beri ayrıntılarıyla ortaya konmuştur. Son 20 yıl içinde ise giderek artan bir biçimde sigara dumanından pasif etkilenimin yol açtığı sağlık sorunları gündeme gelmektedir. Sigara içen kişiler kendilerinin yanı sıra çevredeki diğer kişilerin sağlığına da zarar vermektedirler. Tütün kullanım kontrolü çabalarının amacı da sigara içenlerin yanı sıra sigara içmeyenlerin de sağlığını korumaktır. Bu amaca ulaşmak için toplu olarak bulunan yerlerde sigara içilmesinin engellenmesi çok temel bir uygulamadır. Bu tür uygulamalar ilk yıllarda sağlık ve eğitim kurumları ile toplu taşıma araçlarında sigara içilmesinin yasaklanması şeklinde başladı. Ancak zamanla başka ortamların da sigara dumanından arındırılması konusu gündeme getirildi ve insanların toplu olarak bulunduğu başka ortamlarda da sigara içilmesine kısıtlamalar getirilmeye başlandı. Kısıtlama yapılan yerler arasında restoran-bar ve kafe/kahvehaneler son sıralarda yer aldı. Sağlık kuruluşları, okullar ve toplu taşıma araçlarındaki kısıtlamalar toplumun büyük bölümü tarafından kolaylıkla kabul edildi. Buralarda ufak-tefek bazı sorunlar yaşandı ise de uygulama kısa zamanda benimsendi. Böylece sağlık ve eğitim kurumları ile toplu taşıma araçları sigara dumanından arındırılmış oldu.

Ancak insanların sigara dumanına maruz kaldıkları başka ortamlar da vardı ve buraların sigara dumanından arındırılması gerekiyordu. Bu yerler arasında alış-veriş merkezleri, restoranlar, kafe-barlar ve kahvehaneler

bulunuyordu. Bu yerlerin, insanların gitmek zorunda olmadıkları yerler olarak algılanması, hatta bu yerlere gidenlerin bir anlamda keyif ve eğlence amacı taşıdıkları dikkate alındığında bu ortamlarda sigara yasağı getirilmesinin güçlüğü ortada idi. Özellikle restoran ve bar/kafe müşterilerin oldukça uzun süreler bu ortamda kaldıkları ve bu süre içinde de çok sayıda sigara içtikleri bilinmektedir. Ortamda bulunan sigara dumanından diğer müşteriler etkilendikleri gibi, dumandan etkilenen asil kişilerin bu ortamlarda çalışanlar olduğu konusu dikkate alınmalıdır. Restoran ve barlardaki müşterilerin bu mekanlara aralıklarla gelmesine ve her defasında birkaç saat süre ile bu ortamda kalıyor olmalarına karşılık, buralarda çalışan garson, barmen gibi kişiler sürekli olarak bu ortamda bulunan kişilerdir. Bu yüzden restoran, bar ve kafe çalışanları hergün ve uzun saatler boyunca sigara dumanı solumak durumunda kalmaktadırlar. Bu nedenle restoran, bar türü yerlerde sigara içilmesinin kısıtlanmasının asıl gerekçesi, çalışanın sağlığını korumaktır. Çok sayıda çalışmada restoran ve barlarda sigara yasağı uygulamasından önceki ve sonraki dönemlerde hem ortamdaki nikotin ve partikül miktarında hem de çalışan garsonların idrarında nikotinin düzeylerinde anlamlı azalma olduğu ortaya konmuştur.

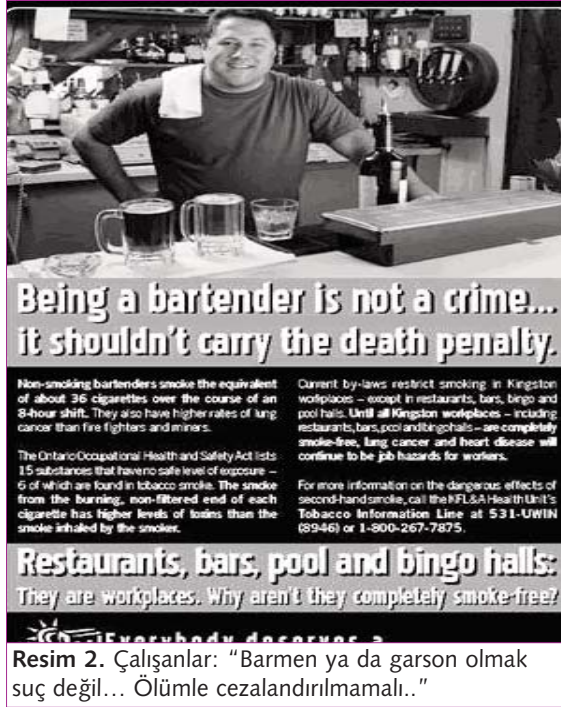
Günümüzde sağlık ve eğitim kurumları ile toplu taşıma araçlarında sigara yasağı hemen bütün ülkelerde uygulanmaktadır. Ancak restoranlarda, bar ve kafelerde sigara kullanımının yasak olduğu ülkelerin hemen hepsi gelişmiş ülkelerdir. Bu nedenle bu ortamların sigara dumanından arındırılmış olması bir anlamda ülkenin gelişmişlik düzeyini de yansıtan bir gösterge durumundadır. Sigara kullanımının ve sigara dumanından pasif etkilenimin yol açtığı sağlık sorunlarını önemseyen toplumlarda bu konuda daha ciddi önlemler uygulanmaktadır. Türkiye de bu yıl ocak ayında kabul edilen yasa ile restoran, bar ve kafeler/kahvehanelerde sigara içilmesini yasaklama kararı almıştır. Bu karar ile Türkiye dünyada bu uygulamayı yapan 11 ülkeden biri



Resim 1. Çalışan: "Size hizmet etmek uğrunda biz ölüyoruz"

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

\*\*Doç.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Ankara, Sigara ve Sağlık sted • 2008 • cilt 17 • sayı 7-8 • IV Ulusal Komitesi (SSUK) Üyesi



konumuna gelmiştir. Bu anlamdaki ilk adım 29 Mart 2004 tarihinde İrlanda'da atılmış, izleyen yıllarda diğer bazı ülkelerde de benzeri uygulamalar getirilmiştir. Restoranların tam olarak sigara dumanından arındırılmış olduğu 11 ülke ile uygulamanın başlatıldığı tarihler aşağıdaki listede görülmektedir:

1. İrlanda (29 Mart 2004)
2. Norveç (1 Haziran 2004)
3. Yeni Zelanda (10 Aralık 2004)
4. Bhutan (Mart 2005)
5. Uruguay (1 Mart 2006)

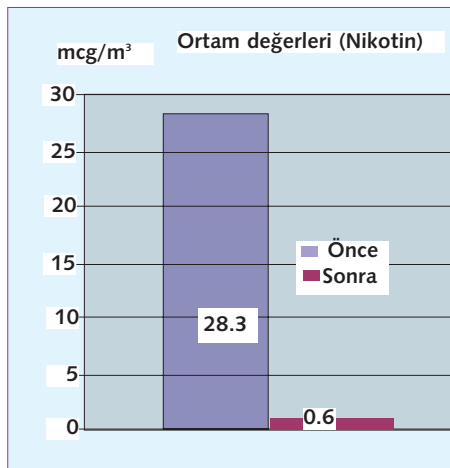
6. Litvanya (1 Ocak 2007)
7. İzlanda (1 Haziran 2007)
8. İngiltere (1 Temmuz 2007)
9. Cibuti (2 Mart 2008)
10. Panama (24 Nisan 2008)
11. Türkiye (19 Temmuz 2009)

Ülke düzeyinde yasaklama yapılan bu 11 ülkeden başka Kanada'da 12, Avustralya'da 7, Arjantin'de 4, Meksika'da 2 kentte, ABD'nin 25 eyaletinde, İsviçre'de 1 kantonda restoranlarda sigara içilmesi yasaklanmıştır. Yasaklara ilişkin toplumda duyarlılık artırıcı çalışmaların yapılması önem taşır. İlgili örnekler Resim 1 ve 2'de sunulmuştur. Yasaklama sonrasında olumlu gelişmeye dair bir sonuç Şekil 1'de gösterilmiştir.

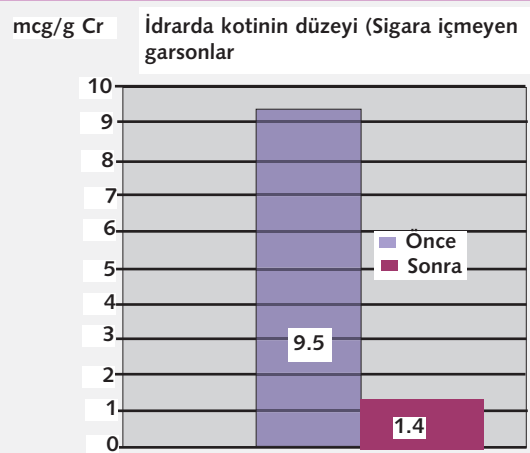
Sonuç olarak restoranlarda sigara içilmesinin yasaklanması hem sigara içen ve içmeyen müşterilerin, hem de bu ortamlarda çalışan kişilerin sağlığının korunması bakımından önem taşımaktadır. Türkiye de bu konudaki yasaı çıkararak dünyada 11 ülke arasında yer almıştır. Bu ülkemiz açısından kıvanç duyulacak bir gelişmedir. Ancak yasanın çıkarılmış olması çok önemli olmakla birlikte, yasanın uygulanması konusunda da kararlı davranılması gerekmektedir. Bu konuda yasa koyucu ve uygulayıcıların yanı sıra sigara içmeyen müşterilerin ve özellikle de bu ortamlarda çalışanların konuya sahip çıkması, uygulamayı desteklemesi gerekmektedir.

**İletişim:** Dr. Nazmi Bilir  
**E-posta:** nbilir@hacettepe.edu.tr

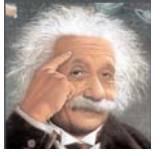
**Şekil 1.** Norveç'te barlarda sigara yasağı uygulamasından önceki dönemde ve yasaktan sonra ortamda ve garsonların idrarında nikotin düzeyleri



a) Ortamda nikotin düzeyi



b) Garsonların idrarında nikotin



Dr. Onur Hamzaoğlu\*

**Tablo.** OECD ülkelerinin cepten yapılan harcamalarının toplam sağlık harcaması içindeki payı ve kişi başına GSMH'leri

Ülkeler	Cepten harcama %*	Kişi başına GSMH (\$) **
Meksika	51.1	5540
GüneyKore	43.1	9400
İsviçre	32.9	36970
Polonya	29.9	4240
<b>Türkiye</b>	<b>27.7</b>	<b>2540</b>
Macaristan	26.3	4800
İspanya	23.6	14860
İtalya	22.7	19470
Finlandiya	20.4	23940
Avustralya	18.9	19770
Avusturya	18.6	23940
Japonya	16.9	35990
İzlanda	16.4	28880
Danimarka	15.9	31090
Kanada	15.9	21340
Yeni Zelanda	15.3	12380
ABD	15.0	34870
Norveç	14.5	35530
İrlanda	13.5	23060
Slovakya	10.7	3700
Hollanda	10.6	24040
Almanya	10.5	23700
Fransa	10.5	22690
Çek Cumhuriyeti	8.6	5270
Lüksemburg	7.5	41770

\*2000 yılı için, \*\*2001 yılı için

Günümüzde dünyanın pek çok coğrafyasında egemen toplum biçimi olan kapitalizmde, zengin ülkelerin toplumsal sağlık göstergeleri yoksul ülkelere göre her zaman daha iyi durumdadır. Bununla birlikte, yoksul ve zengin ülkeler kendi aralarında değerlendirildiğinde; sağlığa, eğitime ve sosyal güvenliğe genel bütçeden daha fazla pay aktaran, başka bir ifadeyle ülke zenginliklerini görece daha eşitlikçi bölüşen ülkelerde toplumsal sağlık düzeylerinin bu aktarmaları yapmayanlardan daha iyi düzeyde olduğu bilinmektedir.

Tabloda sunulan verilere göre Türkiye, kişi başına düşen GSMH'ye göre, 25 OECD ülkesi arasında en yoksul olanıdır. Bu durum Türkiye'de yaşayanların sağlıklı olmaları "isteniyorsa" sosyal güvenlik, eğitim ve sağlık gibi sosyal alanlara genel bütçeden 25 OECD ülkesi arasında en fazla pay verilmesi gereken ülke olduğunu ortaya koymaktadır. Buna karşın, zenginlikte en gerideki Türkiye, kişilerin kendilerinin yapmak zorunda kaldıkları sağlık harcamalarına göre ise ilk beş içerisinde yer almaktadır. Tablodaki veriler

Türkiye'de sağlığa yapılan toplam harcamaların önemli bir bölümünü (%28) kişilerin kendi ceplerinden yapmak zorunda kaldıklarını göstermektedir. Beslenme, barınma vb. için harcayacaklarından kısım sağlık için harcamaktadırlar. Harcamak zorunda kalınan pay, Almanya, Fransa, Hollanda gibi ülkelerdeki harcama paylarından 2.6 kat, Çek Cumhuriyeti ve Lüksemburg'dan yaklaşık 4 kat daha fazladır.

Bununla birlikte bilinen bir gerçekde, Türkiye'de sağlık hizmetlerine cepten yapılan toplam harcamaların yaklaşık %80'inin ayakta tedavi ve ayakta hastalara verilen tıbbi malzeme için kullanılmakta olduğudur. Biraz daha açıklayacak olursak; Türkiye'de yaşayanlar poliklinik hizmetleri ve ilaç için ceplerinden para harcamak zorunda kalmaktadırlar, sağlık için kişisel harcamayı en fazla bu iki alanda yapmaktadırlar.

Söz konusu veriler "Herkesi sağlık hizmetlerinden yararlananlar kapsamına alma" iddiası ile kamuoyuna sunulan ve 1 Ekim 2008 tarihinden itibaren uygulanmaya başlayacak olan 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası ile de uyum içindedir. Yasa ile toplumun çok büyük bölümünden prim adı altında sağlığa özel vergi alınacakken, her bir başvuru da "katılım payı" adı altında ayrıca ücretlendirilecektir. Yasa; prim ve katılım payı ödemelerinin yanı sıra, hizmet bedelinin %100'üne kadar artırılabilir olan "fark ücreti" alınabilmesini de hükme bağlamış durumdadır.

Özetlersek, Ekim 2008 öncesi sağlık hizmetlerine ulaşabilmek için yapılan cepten harcamalar, Ekim 2008 ile birlikte "yasal" olarak getirilen zorunluluk kapsamında toplanacaktır. İhtiyacımız olan hizmete ulaşabilmek için prim ödemek yetmeyecek, katılım payı da ödemek zorunda kalacağız. Prim üzerine katılım payı ödenmesi de sağlık hizmetlerinden yararlanmak için yeterli olmayacak, ek olarak fark ücreti de ödeyeceğiz. Sözün kısası; 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası kapsamında sunulan hizmetlerden "Parası olanlar" yararlanabilecektir.

İletişim: Dr. Onur Hamzaoğlu

E-posta: ohamzaoglu@kocaeli.edu.tr

#### Kaynakça

Sağlık Bakanlığı RSHMB Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü (2004). Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000. Ankara. UNICEF(2002). Dünya Çocuklarının Durumu 2003. Ankara.



# Sağlık ve İnsan Hakları Açısından Kadına Yönelik Şiddet\*



*Dr. Uğur Işık\*\*, Dr. Müzeyen Akıncı\*\*\*, Dr. Reyhan Yalçındağ\*\*\*\**

## **Kadının Yaşamı Süresince Karşılaştığı Şiddetin Dönemleri**

Kadın(lar); yaşam(lar)ının herhangi bir döneminde bir biçimde mutlaka şiddetle karşılaşmaktadırlar. Bunları sınıflandırırsak; (19).

**a- Doğum Öncesi Dönem:** Bu dönem; cinsiyet tercihi abortuslar ile doğum sonuçlarını negatif yönde etkileye(bile)cek olan ve kadının hamilelik süresince maruz kaldığı dövülme dahil her türlü kötü muameleyi kapsamaktadır.

**b- Bebeklik Dönemi:** Kız çocuklarının istenmeyen doğumları nedeni ile öldürülmeleri ile fiziksel, cinsel ve psikolojik istismara uğramaları.

**c- Kızların Çocukluk Dönemi:** Çocuk evlilikler, kızların genital mutilasyonu, fiziksel, cinsel ve psikolojik istismarlar, ensest ilişkiler, kız çocuklarının zorla cinsel ilişkiye zorlanması ve çocuk pornografisi.

**d- Gençlik Dönemi:** Flört ve/veya sevgili şiddeti (örneğin; asit fırlatmalar, alıkoymalar, kız kaçırmalar ve ırza zorla tasallut).

**e- Erişkin Dönem:** Belli bir kişi ya da zümreye ekonomik çıkar sağlanması adına kadının cinsel istismarı, okullarda (yatılı okul ya da yurtlarda) kız çocuklarının para karşılığında kullanılması, kadın fahişeliği ve pornografisi; kadın ticareti, kadının zorla alıkonulması, flört, partner ve/veya sevgili şiddetine maruz kalma, cinsel taciz, ensest ilişkiler, kamusal alanda taciz, kadın ticareti, evlilikte cinsel zorlama/tecavüz, kızların çeyiz veya başlık parasına verilmeleri, özürlü ve/veya engelli kadınların istismarı, cinayetler, psikolojik istismar, zorla hamilelik.

**f- Yaşlılık Dönemi:** Ekonomik sebeplerle gelişen intiharlar ve/veya öldürme olayları ile fiziksel, cinsel ve psikolojik şiddet olarak belirtilmektedir.

## **Kadına Yönelik Şiddetin Sağlık Açısından Sonuçları (20)**

### **Non-fatal / Öldürücü olmayan Sonuçlar Fiziki Sonuçlar**

- Yaralanmalar, incinmeler (bu durum; iç organ yaralanmaları dahil laserasyonlardan kırıklara kadar düşünülmelidir.)

- İstenmeyen gebelikler,  
- Jinekolojik sorunlar/hastalıklar,  
- HIV dahil cinsel yolla bulaşan hastalıklar (STDs),

- Çocuk düşürme,  
- Pelvik enflamatuvar hastalıklar,  
- Kronik pelvik ağrı,  
- Baş ağrıları,  
- Kalıcı sakatlıklar,

- Asthma,  
- Gastrointestinal rahatsızlıklar,  
- İrritable kolon sendromu,  
- Kendine zarar veren davranış biçim sergilenmesi, (Sigara kullanımı, korunmasız cinsel temas)

### **Fatal / Öldürücü Sonuçlar**

- İntiharlar,  
- Adam öldürmeler/cinayetler,  
- Anne ölümleri,  
- HIV/AIDS

### **Ruh Sağlığı açısından Sonuçlar**

- Depresyon,  
- Korku,  
- Anksiyete,  
- Seksüel disfonksiyon,  
- Düşük öz güven,  
- Beslenme sorunları,  
- Obsessive-kompulsif hastalıklar,  
- Post travmatik stres sendromu

## **İnsan Hakları Perspektifinden Kadın ve Şiddet**

Kadına yönelik şiddet, kişilerin biyolojik ve ruhsal karakterleri ile ilgili olduğu kadar

*\*\*Sağlık ve İnsan Hakları Açısından Kadına Yönelik Şiddet" başlıklı çalışmanın ilk bölümü Haziran 2008 sayımızda yayımlanmıştır.*

*\*\*Uzm.; Diyarbakır Tabip Odası, Diyarbakır*

*\*\*\*İnsan Hakları Derneği Diyarbakır Şubesi; Kadın Sorunlarını Arş. Komisyonu Üyesi; Diyarbakır*

*\*\*\*\*Av.; İnsan Hakları Derneği Genel Başkan Yrd., Diyarbakır*



toplumun eğitim, sosyal, kültürel, hukuksal, ekonomik ve politik parametreleri ile de yakından ilgilidir.

Şiddet; bütün dünyada, sosyo-ekonomik ve eğitim seviyesi ne olursa olsun, milyonlarca kadının yaşamını etkilemektedir. Kadının, sosyal yaşama entegre olma hakkına mani olmaktadır. Kadına yönelik şiddet; aile içi şiddetten, tecavüzden çocuk evliliklere ve kız çocuklarının sünnetine kadar değişik formlarda korku ve dehşet oluşturmaktadır.

Beijing'de Ekim 1995'te yapılan 4. Dünya Kadın Konferansı'na sunulan raporda, Birleşmiş Milletler'in Dönem Başkanı; Boutros Ghali, sorunun evrensel olduğunu, bu yönüyle kadına yönelik şiddetin tüm dünyaca kınanması gerektiğini ifade etmiş ve kadına yönelik şiddetin giderek büyüdüğüne dikkat çekmiştir.

4. Dünya Kadın Konferansında; Birleşmiş Milletler tarafından 'Aile İçi Şiddet'in tırmanışta olduğu vurgulanmıştır. 10 ülkede yapılan çalışmaların % 17 ila % 38 arasındaki oranlarda kadınların partner'leri tarafından fiziksel şiddete uğradıkları belirtilmiştir..

Beijing Konferansının temel bildirgesi olan hükümetlerin deklarasyonunda; "Kadına yönelik şiddetin, temel insan hakları ihlali olduğu, eşitlik, kalkınma, barış hedeflerinin başarısı için engel teşkil ettiği" ifade edilmiştir.

Bu nedenle; hükümetler, kadına yönelik şiddetin sona erdirilmesi için ulusal bazda yasal düzenlemelerin uygulanmasını ve kadına yönelik şiddetle ilgili tüm uluslar arası sözleşmeleri kabul etmeyi ve bu konuda aktif rol üstlenmeyi taahhüt etmişlerdir (21).

Birleşmiş Milletler'in "Kadınlara Karşı Şiddetin Tasfiye Edilmesine Dair Bildirisi"nde; Eşitlik, güvenlik, özgürlük, bütün insanların bedensel bütünlüğü ve insanlık onuru konusundaki hakların ve prensiplerin kadınlara her yerde uygulanmasının acil bir gereklilik olduğu beyan edilmiştir (1).

Aynı Bildirinin 3. Maddesinde; "Kadınlar siyasal, ekonomik, sosyal, kültürel, kişisel ya da diğer alanlardaki insan haklarından ve temel özgürlüklerden eşit bir biçimde yararlanma ve korunmasını isteme hakkına sahiptir. Bu haklara diğerlerinin yanında, aşağıdaki haklar da dahildir:

- a) Yaşama hakkı;
- b) Eşitlik hakkı;
- c) Kişi özgürlüğü ve güvenliği hakkı;

d) Hukukun korumasından eşit biçimde yararlanma hakkı;

e) Her türlü ayrımcılığa karşı korunma hakkı;

f) Elde edilmesi olanaklı olan en yüksek standartta fiziksel ve ruhsal sağlık hakkı;

g) Adil ve elverişli koşullarda çalışma hakkı;

h) İşkenceye, ya da diğer zalimane, insanlık dışı ya da onur kırıcı muamele ya da cezaya maruz kalmama hakkı." olarak belirtilmiştir. (1/Madde:3).

Aynı bildirimde; "Kadınlara karşı şiddetin, kadınların, insan haklarına karşı bir ihlal oluşturduğunu ve bu hakların ve özgürlüklerin kullanılmasını zayıflattığını ya da hükümsüz kıldığını teyit ederek ve kadınlara karşı şiddet kullanılması durumunda bu hakların ve özgürlüklerin korunması ve ilerletilmesindeki uzun süreli başarısızlıktan kaygı duyulduğu" ifade edilmiştir (1).

Belirtilen nedenlerle; hükümet ve hükümet dışı tüm kuruluşlar kadına yönelik şiddetin bir insan hakkı ihlali olduğu ve toplumsal boyutunun giderek genişleyen ve derinleşen bir hız kazandığını dikkate alarak konuya gereken önemi vermelidirler.

#### **Mevcut Kısıklılıklar/Zayıflıklar**

Türkiye'de kadına yönelik şiddet ile uğraşan hizmet kuruluşlarının ve ilgili resmi kurumların son derece sınırlı olması, var olanların da yetersiz konumda bulunmaları şiddet mağdurları kadınlar üzerinde olumsuz etki yaratmaktadır. Çünkü;

- Türkiye'de kadınların başvurabilecekleri sığınma evleri ve/veya bu konuda hizmet alabilecekleri yer sayısı oldukça azdır.

- Kadınların, yasal yollara başvurma hakları konusunda farkındalıkları yeterli düzeyde değildir.

- Bu tür yasal kurum / kuruluşlara müracaatları halinde dahi olayın çözümüne yönelik herhangi bir yardım ya da yanıt alamayacakları kanısı hakimdir.

- Yasal düzenlemelere ilişkin adli ve hukuki personelin eğitimi yeterli düzeyde bulunmamaktadır.

- Adli ve hukuki uygulamalarda görevli kurumlar, mağdur kadınlara muhtaç oldukları hizmeti sunmada yetersiz olmalarının ötesinde erkek egemen sistemi daimi kılan ve kadının maruz kaldığı şiddeti yeniden görmesine neden olan rolü almaktadırlar (Örneğin; Kolluk kuvvetlerinin mağdur kadını evine dönmeye

ikna etmesi, bu özel ve ailesel sorunu kendi aralarında çözmeyi salık vermesi, hatta yinelenen olgularda, kadına, bu hareketi hak etmek için ne yaptığını sorması gibi...). Bunun dışında adli ve idari koruma mekanizmalarındaki yetersizlikler ve eksiklikler, bu yola başvuran kadının yaşam hakkının ihlal edilmesi sonucunu hızlandırabilmektedir. Bu durum ise; şiddete maruz kalan kadınlarda, "şikayet etsem de bir işe yaramayacak" duygusunu ve inancını yaratmaktadır.

- Toplumda, kadına yönelik şiddetin, kadının insan haklarının ihlali olduğu konusunda yeterli bir bilinç ve duyarlılık düzeyi gelişmemiş ve/veya geliştirilememiştir. Toplumun sosyal normları gereği kadınların bu durumu kanıksadıkları ve hatta içselleştirdikleri belirtilmektedir

- Sağlık kurumlarının soruna duyarlılığı ve eğitsel katkısı henüz yeterli düzeyde değildir. Bu nedenle, şiddete maruz kalan kadının sağlık kurumlarına başvurması halinde mevcut belirtileri ile sağlık personeline hemen algılanamamakta ve dahası belirtiler nedeni ile tanıya gidilse dahi eğitim eksikliği nedeniyle kadına yönelik şiddete karşı tavır almadaki isteksizlik, çekingenlik ve/veya korkaklık bu konuda uygun desteğin sağlanmasını engellemekte ve bazen de olanaksızlaştırmaktadır (10)

### **Ne Yapmalı?**

1- Sorunun önemi, vahameti ve doğurduğu sağlık sonuçları ile kadının insan hakları ihlali açısından toplumun bilgi düzeyi artırılmalıdır.

2- Konuyla ilgili çıkarılan ve/veya çıkarılacak yasalar yürürlüğe konulmalı ve imzalanarak taahhütte bulunulan uluslararası sözleşmelerin gereği yapılmalıdır. Mevcut 4320 Sayılı Ailenin Korunması Yasası ile çıkartılacak diğer yasaların uygulama sorunları derhal aşılmalı, yasalar kağıt üzerinde kalmaktan kurtarılmalıdır.

3- Hükümetler, 'Eğitim'de, kadın ve erkeğin davranışlarını yönlendiren, sosyal ve kültürel bazda değişiklikler öngören düzenlemeler yapmayı taahhüt etmelidirler. (Bazı müfredat değişiklikleri, farklı eğitim modelleri ve/veya projeleri gibi...)

4- Kadına yönelik şiddete dikkat çekilerek bu konuda sağlık sektörünün rolü iyi tanımlanmalı ve önemsenmelidir.

5- Kadına Yönelik Şiddet ile ilgili olarak sağlık alanında dört temel noktada

odaklanılmalıdır.

Bunlar;

- Politika üretmek, normlar ve standardize edilmiş sağlık eğitimi ve eğitim gereçleri oluşturmak,

- Hizmet alanları oluşturmak ve bu konuda minimum sağlık hizmet standartlarını belirlemek,

- Toplumun eğitimini önemsemek ve

- Araştırma ve değerlendirmelerde bulunmaktır.

6- Kadına Yönelik Şiddet'in prevalansı ve insidansının azaltılmasına yönelik koruyucu ve önleyici uygun stratejilerin neler olduğu tanımlanmalıdır.

7- Şiddete maruz kalmış kadın mağdurların belirlenmesinde ve bunların tanı ve tedavilerinde her seviyedeki sağlık hizmet sunucularının kapasite gelişimi ve eğitimleri önemsenmeli ve ilgili personelin bilinç düzeyleri artırılmalıdır.

8- Konuya dikkat çekmek üzere hükümetlerin ve yöneticilerin oluşturduğu uygun politika, protokol ve formüller desteklenmelidir.

9- Kadına yönelik şiddet ve onun üreme sağlığı, ruh sağlığı, sakatlıklar ve HIV/AIDS ile olan ilgisi ve bu sorunların önlenmesindeki sağlık programları ve politikaları için geniş duyarlılık yaratılmalı ve kadına yönelik şiddetin önemine dikkat çekmek üzere sağlık kurum ve kuruluşları ile ilgili organizasyonlarda mutlaka rol alınmalıdır.

10- Mevcut durumdaki yasal ve sektörel / hizmet alanlarındaki boşluklar belirlenerek, eylem için öncelikler saptanmalıdır.

11- Önceliklerin belirlenmesinde, araştırma ve eylem için en uygun stratejilerin neler olduğu tanımlanmalıdır.

12- Sektörler arası işbirliği mutlaka yapılmalıdır.

13- Kadın hareketleri; kadınlara karşı şiddet sorununun niteliğine, ağırlığına ve yaygınlığına giderek artan ölçüde önem vermeyi sürdürmelidir.

14- Kadına yönelik şiddete ilişkin medya duyarlılığı mutlaka oluşturulmalı ve artırılmalıdır. Yapılan araştırmalar ve oluşturulan raporlar medya tarafından iyi ve etkin biçimde savunulmalıdır. Yetkililerce 'Medya', konu ile ilgili iyi yönetilmelidir.

## Kaynaklar

- 1- BM Kadınlara Karşı Şiddetin Tasfiye Edilmesine Dair Bildiri Genel Kurulunun 20 Aralık 1993 tarihli ve 44/104 sayılı Kararıyla ilan edilmiştir.
- 2- BM Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Tasfiye Edilmesine Dair Sözleşme Genel Kurulun 18 Aralık 1979 tarihli ve 34/180 sayılı Kararıyla kabul edilmiş ve imzaya, onaya ve katılmaya açılmıştır.Yürürlüğe giriş: 3 Eylül 1981.
- 3- Birleşmiş Milletler Kadınlara Yönelik Ayrımcılığın Önlenmesi Komitesi, 19 sayılı Genel Tavsiye, Kadınlara Yönelik Şiddet (Onbirinci Oturum, 1992) Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.1 at 84 (1994)
- 4- WHO, World Report on Violence and Health), Şiddet ve Sağlık Üzerine Dünya Raporu; Cenevre, 2002. [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/wrvh1/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/wrvh1/en/)
- 5- WHO- Violence Against Women; Fact Sheet No: 239, Revised, June, 2000.
- 6- Heise, L. Ellsberg, M & Gottemoeller, M.; 'Ending Violence Against Women', Population Reports, Series L, No.11. Baltimore, Johns Hopkins, University School of Public Health, Aralık 1999)
- 7- Lawdermilk D. L, S.E Perry, I.M. Bobak, Maternity & Women's Health Case; s: 224-226, Mosby Inc, USA, 2000
- 8- Public Health, Mental Health and Violence Against Women; VicHealth-Scoping Report 2003-Written and prepared by Therese McCarthy-Victorian Health Promotion Foundation.
- 9- Kadına Yönelik Şiddet ve Hekimlik Sempozyumu, Ankara Tabip Odası, 16-17 Kasım 2002
- 10-A Study of Domestic Violence and Family Life in Ankara, Turkey; by Leyla Gülçür; 1993-1994)
- 11- TC Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı. " Aile içinde ve Toplumsal alanda Şiddet", Ankara, 1997.
- 12- Antalya, Kadın Danışma ve Dayanışma Merkezi'nin şiddete maruz kalan 190 kadınla yaptığı bir araştırma. 1995.
- 13-İlkkaracan P, "Sıcak Yuva Masalı" Kadının İnsan Hakları Projesi, Metis Kadın Yayınları, İstanbul, 1996.
- 14- 'Women and Sexuality in Muslim Societies' içinde P. İlkkaracan (Ed), Kadının İnsan Hakları için Kadınlar, İstanbul, 2000 (Türkçe basım, İletişim Y. 2003).
- 15- Türkiye'de Kadın, 2001, Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü, Ankara, Ağustos, 2001.
- 16- İnsan Hakları Derneği web sitesi; 2007 Türkiye İnsan Hakları İhlalleri Tablosu, [www.ihd.org.tr](http://www.ihd.org.tr)
- 17- TBMM Töre ve Namus Cinayetleri Araştırma Komisyonu Raporu, 2005, TBMM Arşivi.
- 18- Amnesty International (2004 Haziran). Türkiye Aile İçi Şiddetle Mücadelede Kadınlar Raporu. S.17. (Index 44/018/2004) <http://www.amnesty.org>
- 19- "Violence Against Women", WHO., FRH/WHD/97.8) in Domestic Violence Against Women and Girls. Preliminary Edition, INNOCENT DIGEST No: 6-May 2000.
- 20-Violence Against Women; WHO Consultation, Geneva, 5-7 Feb 1996, (document FRH/WHD/96.27) available at; ([http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/FRH\\_WHD\\_96.27.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/FRH_WHD_96.27.pdf)).
- 21- Human Rights - Women and Violence- UN Documents-(UN, Department of Public Information, DPI/1772/HR—February 1996).

## TTB- STE Kredi Puanı ve Kitap Kazananlar



### Mart 2008 sayımızdaki Ödüllü Bulmaca'dan kredi puanı kazananlar

- 1- Yüksel Tur (Ankara), 2- M. Ali Gördesli (Balıkesir), 3- Fatma Yücel (Beyaztaş), 4- **İsmail Solay\*** (Çanakkale), 5- Tülin Yarayan (Çorum), 6- **Mehmet Özeren\***, 7- Mualla Onrat (Eskişehir), 8- Hasan Erdoğan (Denizli), 9- Osman Çelikoğlu (Gaziantep), 10- Cevat Aşkar (Hatay), 11- **Zafer Karakuş\*** (Kayseri), 12- **İzzet Yılmaz\*** (Kırklareli), 13- Emel Konur, 14- Uğur Çağlayan, 15- Emel Şenyar, 16- Nur Figen Akdağ, 17- Mahmut Akdağ, 18- Mustafa Atasoy, 19- Cengiz Kaplan, 20- **Fatma Canki\*** (Tekirdağ), 21- Kezban Tabak (Zonguldak).

# Yaşlı Dostu Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Uygulamaları: DSÖ Yaşlı Dostu Birincil Bakım Merkezi Enstrümanı



*Dr. Hakan Yaman\*, Dr. Melahat Akdeniz\*\**

Doğuştan beklenen yaşam süresinin artışının tıbbi, teknolojik, sosyal ve ekonomik gelişmenin bir sonucu olduğunu söylemek olanaklıdır. Bununla birlikte nüfusun yaşlanma hızının gelişmekte olan ülkelerde sosyal ve ekonomik gelişmenin çok üstünde devam etmesi beklenilmektedir. Bir başka deyişle gelişmiş ülkeler yaşlanırken zenginleşirken, gelişmekte olan ülkeler zengin olmadan yaşlanmaktadır (1) Birleşmiş Milletler ve Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) yaşlı sağlığı ve aktif yaşlanma üzerine çalışmalarının bir parçası olarak DSÖ tarafından yaşlı dostu birincil bakım sağlık merkezleri projesi başlatılmıştır (2,3). Yaşlı Dostu Birincil Bakım Merkezi (YDBBM) projesi Madrid'de yaşlanma üzerine 2. Dünya Kongresi vesilesi ile 2002'de yayımlanan Dünya Sağlık Örgütü'nün Etkin Yaşlanma Çerçeve Programı ilke ve kavramları üzerine inşa edilmiştir (4).

Yaşlanma bazı yetilerin kaybı ya da azalması, kronik hastalıkların gelişmesi ve engelli duruma gelme riskini artırmaktadır. Birincil bakım merkezlerinin giderek artan yaşlı nüfusa etkin sağlık hizmeti sunabilmesi için hizmet sunum biçimi ve yapılarında bazı değişiklikler yapması gerekmektedir.

Erken tanı ve yönetim için pek çok önleyici sağlık bakımı ve tarama hizmetleri Birincil Bakım Merkezlerinde (BBM=Sağlık Ocakları, Aile sağlığı Merkezler vb.) başarı ile yürütülebilir, yaşlıların bağımsızlıklarını ve sağlıklarını sürdürmede destekleyici olabilir. YDBBM yaşlı bireylere hizmet ettiği gibi, engeli bulunanlar dahil herkese hizmet eder.

**Uygulamada YDBBM projesi üç ana alanı ele alır (2,3,5):**

A. Bilgi, eğitim ve öğrenim alanları:

1. Tüm BBM personeli yaşlanma ve cinsiyete ilişkin bilgi, tutum ve becerilere vurgu yapan ve kültürel açıklık sağlayan uygulamalar konusunda eğitim almalıdır.

2. Tüm BBSM personeli yaşlı bakımının çekirdek yeterlilikleri temelinde eğitim almalıdır.

3. BBM yaşlı kişiler için sağlığı geliştirme, hastalıkların yönetilmesi ve ilaçlar üzerine yaş, cinsiyet, kültüre uygun eğitim ve bilgilendirme sağlamalıdır.

4. BBM personeli geleneksel ilaçlar ve uygulamalar gibi tamamlayıcı tedavileri de içererek tüm ilaç kullanımlarını düzenli olarak gözden geçirmelidir.

## **B. Sağlık bakımı yönetim sistemleri:**

1. Uyum süreçleri, kayıt, yaşlı kişilerin özel gereksinimleri, her ziyarette güncel tıbbi kayıtları kullanarak bakımın sürekliliğini desteklemelidir

2. BBM sistemleri düşük gelirli kişiler tarafından gereksinilen bakıma ulaşımı kolaylaştırmak için maliyete duyarlı olmalıdır.

3. BBM toplumsal, ikincil ve üçüncül bakım düzeyleri arasında ve toplum düzeylerinin her ikisinin içinde bakımın sürekliliğini destekleyen sistemleri benimsemelidir.

4. BBM sosyal ve yerleşime ait bakım hizmetlerine erişimi kolaylaştıran ve koordine eden mekanizmaları yerleştirmelidir.

5. BBM'deki kayıt sistemleri birincil, ikincil ve üçüncül bakım arasındaki iletişimi sürekli kılmalıdır.

6. Yaşlı kişileri BBM hizmetlerinin organizasyonu konusundaki karar alma mekanizmalarında söz sahibi olmalıdır.

7. Çalışma saatleri ve kayıt süreçleri BBM'nin yaşlılara uygun bir biçimde sağlanmalıdır.

## **C. Fizik ortam:**

1. BBM'nin mimari tasarımı yaşlı dostu olmalıdır.

2. BBM'ne güvenli ve karşılanabilir taşıma, yaşlı bireyler için de ulaşılabilir ve maddi olarak karşılanabilir olmalıdır.

3. Basit ve kolayca okunabilir işaretler ve levhalar hizmetlere erişimi kolaylaştırmak için tüm BBM'ne yapıştırılmalıdır.

4. Sağlık personeli kimlik kartları kullanarak kolayca tanınabilir olmalıdırlar.

5. BBM binası bekleme alanlarını da içerecek biçimde tümüyle temiz ve rahat olmalıdır.

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

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



Bu ilkeler gözetilerek bir uzmanlar grubuna hazırlanan, dünyada bazı merkezlerde ve Antalya'da pilot çalışması yapılan yaşlı dostu BBM Enstrümanı [Age-friendly Primary Health Care (PHC) Centres Toolkit] geliştirilmiştir (2,3,5). Bu enstrümanın hedefleri:

1. Yaşlı kişiler için uygun birincil sağlık bakımı sunmak.
2. Yaşlıların özel gereksinimleri konusunda BBM çalışanlarını duyarlı hale getirmek ve eğitmek,
3. Geriyatrik bakım enstrümanlarının nasıl uygulanacağı konusunda sağlık personeline yardım etmek.
4. Yaşlı insanların yaşadıkları büyük ve küçük engeller konusunda sağlık çalışanlarında farkındalık yaratmak.

5. BBM'de yaşlı dostu düzenlemelerin nasıl yapılacağı konusunda rehberlik sağlamaktır.

Bu amaçlar çerçevesinde yaşlı dostu BBM enstrümanı dört ana bölümden oluşmaktadır:

Birinci bölüm yaşlı dostu BBM enstrümanının yukarıda belirtilen gerekçelerini ve amaçlarını açıklamaktadır. İkinci bölümün birinci ve ikinci alt bölümünde normal yaşlanma süreci ve bu süreçteki fizyolojik değişiklikler konusunda bilgi verilmektedir. Bu fizyolojik değişikliklerin yaşlıların yaşamını ve ortama uyumunu nasıl etkiledikleri ve yaşlılara optimal yaşam kalitesi sağlamak için yapılması gerekenler vurgulanmaktadır. İkinci bölüm yaşlılığa bağlı yeti azalması ve kaybını dikkate alarak nasıl bir iletişim kurulması gerektiği konusunda bilgi ve alıştırmaları içermektedir. Bu amaçla hazırlanan eğitim setinde sağlık personelinin yaşlılık ve yaşlılığın getirdiği sağlık sorunları üzerinde duyarlılıkları artırılırken empati yapmaları amaçlanmaktadır. Örn. Antalya'da bu enstrümanın pilot çalışmasında bu eğitimi alan sağlık personeli öncelikle kendi yaşlıları ile ilişkilerinde ve çalıştıkları kurumlara sağlık bakımı için gelen yaşlı hastalarla ilişki ve iletişimde daha duyarlı olduklarını, önceden fark edemedikleri hataları düzeltmeye çalıştıklarını belirtmişlerdir (6).

İkinci bölümün üçüncü alt bölümü yaşlı dostu sağlığı geliştirme konusunda yaşlı kişiler için önleyici sağlık hizmetleri, klinik danışmanlık (sigara bırakma, bedensel etkinlik, beslenme danışmanlığı) için enstrümanlar sunar.

Sağlık sorunları yaşlılıkta birden ortaya çıkmamaktadır. Bireyin biyolojik ve genetik

yapısı yanı sıra çevresel etmen ve yaşam tarzına da bağlıdır. Sağlıklı beslenme, bedensel etkinliğin artırılması ve sigaranın bırakılması sağlığı koruma ve geliştirmede temel adımlardır. Sağlıklı davranışlar için yüreklendirme ve danışmanlık her yaşta ve özellikle yaşlılarda önemlidir. Bu bölümdeki enstrümanlar bu konuda BBM hekimine yardımcı olabilecek rehberler sunmaktadır (2,3,5).

İkinci bölümün dördüncü alt bölümü geriyatrik klinik değerlendirme ve temel klinik yönetimin çekirdek yeterliliklerini içerir. Yaşlı kişilerde pek çok sağlık sorunu ve kronik hastalıkların insidansı artmıştır. Bu hastalıkların erken tanınması ve uygun şekilde yönetilmesi yaşlının bağımsızlığını ve yaşam kalitesinin korunması için son derece önemlidir. Bu bölümde ilk enstrüman hekim ya da eğitilmiş bir hemşire tarafından doldurulan on dakikalık tarama testidir. Bu test sonucunda yaşlı kişileri en çok etkileyen geriyatrinin 4 devisi (demans, depresyon, düşme ve inkontinans) ve iki kronik hastalık (hipertansiyon ve diyabet) taranmaktadır. 10 dakikalık tarama testi sonrası bu hastalıklar için pozitif bulguları olan hastalar hekim tarafından yine enstrüman setinin içinde yer alan duruma özel enstrümanlar ile değerlendirilmekte, tedavi edilmekte ya da sevk edilmektedir (2,3).

Antalya'da yapılan pilot çalışmada bu enstrümanlar çok yararlı, ancak zaman alıcı bulunmuştur. Diğer pilot çalışmalardan gelen raporlar doğrultusunda DSÖ bu enstrümanları yeniden değerlendirmiş ve çalışmayı yürütenlerce yapılan çalıştay sonrası daha uygulanabilir, daha az zaman alan son şekli belirlenmiştir (2,3). Üçüncü bölüm yaşlı dostu BBSM için hizmetlerin nasıl organize edileceğini, kayıtlar ve randevuların yaşlılar için nasıl düzenleneceğini ve hastane ile BBM arasında sevk sistemlerini içermektedir. Bu bölümde yaşlı hastaların sağlık sorunları dikkate alınarak pozitif ayrımcılık temelinde onlara sunulan sağlık hizmetlerini koordine edecek bir hasta bakım koordinatörü belirlenmesi önerilmektedir. Bu önemli bir gelişme olmakla birlikte personel azlığı ve yönetim sorunları bu tarz bir görevlendirmeyi zorlamaktadır (6).

Kognitif yeti kaybı nedeni ile randevularını untabilen kronik hastalıkları olan yaşlıların izlemi için özel hazırlanmış randevu kartları ve hatırlatıcılar ve güçlendiriciler bu bölümün

enstrümanlarıdır. Birçok komorbid hastalığı ve yakınması olan yaşlı bireylere daha uzun hekimle görüşme süresi ayrılması tüm yakınmalarını daha rahat anlatabilme olanağı sağlar (7). Aile hekimliği uygulamalarında bakımın sürekliliğini ve hastalarla daha etkili iletişim kurmada bu enstrümanın yararlı olacağı kanaatindeyiz.

Aile hekimliğinin önemli ilkelerinden olan bakımın sürekliliği ve koordinasyonu bağlamında BBM ile hastaneler arasında sevk ve geri bildirim sağlayan enstrüman önemli işlevlerde bulunmaya adaydır. Yaşlı bireyler dışında tüm hastaların sevklerinde/konsültasyon istemlerinde sevk/konsülte edilen hekimin bilgilendirilmesi ve kendisinden geri bildirim almada öneminin farkında olmamıza rağmen, bu yola az başvuruyoruz. Hastalarımızdan öncelikle sorumlu olan BB hekimlerinin sevk/konsültasyonu ile birlikte sorunu açıklayan ve hastanın bilgilerini içeren bir bilgilendirme notu ikinci basamaktaki hekimin işini kolaylaştırırken, ikinci basamak hekiminin geri bildirim sunması bakımın koordinatörü olan BB hekiminin hastasını daha etkin izlemesini ve bakım sağlamasını sağlayacaktır. YDBBM enstrümanından bulunan sevk/konsültasyon enstrümanının bu sürece olumlu katkılarda bulunacağı kuşkusuzdur.

YDBBM Enstrümanının dördüncü bölümü YDBBM'nin evrensel tasarım ilkelerini, tasarımın özelliklerini ve mevcut BBM'nin kullanıcı dostu ilkelerine uygunluğunu değerlendirmek için bir denetim listesini içerir. BBM'nin iç ve dış işaretlenmeler için önerileri içerir. Var olan BBM'de sağlık personeli tarafından köklü değişiklikler yapılamasa bile bazı küçük değişikliklerin yaşlı hastaların sağlık hizmetine erişimini kolaylaştırdığı tarafımızdan yapılan pilot implementasyonunda görülmüştür. Sağlık merkezindeki kapılardaki yazıların büyütülmesi, yazılar için parlak olmayan zeminler kullanılması, gürültünün azaltılması ek maliyet gerektirmeyen yapılabilir uygulamalardır. Yeni yapılacak sağlık merkezlerinde bu tasarım özelliklerinin dikkate alınması BBM'yi yaşlılar ve engelliler için daha kullanılabilir hale getirecektir.

Yaşlanan dünya nüfusunun sağlık sorunlarının gelişimini önlemede ve mevcut olan sorunlarının yönetiminde birincil bakım

hizmetlerinin önemi artmaktadır. İyi basamaklandırılmış, sevk zinciri olan sağlıklı bir sağlık sisteminde birincil bakımın ve bunu odağında bulunan aile hekimliğine ekibiyle birlikte önemli görevler düşmektedir. Aile hekimliğinin niteliğini artırmaya kendisini adanmış Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA) bu görevi algılayıp, bünyesinde yaşlı sorunları ile ilgili bir çalışma grubu kurmuştur (WONCA SIG Elderly Care) (8). Önemi giderek artan bu özel risk grubuna yönelik Dünya Sağlık Örgütü ile ortak bir doküman hazırlayarak başlayan bu özel çalışma grubu dünyada kendisini temel sağlık hizmetlerinde sağlık ve hasta bireylere iyi hizmet vermeye adanmış olan tüm kurum ve bireylere işlerini kolaylaştıracak ve niteliğini artıracak bazı enstrümanları sunmayı hedeflemektedir. Hazırlanan bu kıymetli enstrümanın ülkemizde de meslektaşlarımız tarafından kullanılmasını diliyoruz.

**İletişim: Dr. Hakan Yaman**

**E-posta: hakanyaman@akdeniz.edu.tr**

#### **Kaynaklar**

- 1- Active Ageing: Towards Age-Friendly Primary Health Care. [whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241592184.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241592184.pdf); erişim tarihi: 21.11.2008.
- 2- Age Friendly PHC Centre Toolkit. World Health Organization, 2008. [www.who.int/ageing/publications/AF\\_PHC\\_Centretoolkit.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/AF_PHC_Centretoolkit.pdf); erişim tarihi: 21.11.2008.
- 3- Yaşlı Dostu Birincil Bakım Merkezi Enstrümanı, 2008. Çeviri Editörü: Yaman H, Çeviren: Akdeniz M. [www.ailehek.org](http://www.ailehek.org); erişim tarihi 21.11.2008.
- 4- Yaman H, Akdeniz M. Aktif Yaşlanma: Birinci basamak Sağlık Hizmetlerinde Yaşlı Sağlığına Yeni Bir Bakış Açısı. STED 2008;17(6): sayfa sayılarını tamamlar mısınız?
- 5- Yaman H, Akdeniz M, Kanevetçi Z. Ülkemizde Beklenen Demografik Değişime Hazırlık: Yaşlı Dostu Birincil Bakım Merkezleri. RNA Aile Hekimliği Dergisi.2008; 2(2):14-21.
- 6- Kanevetçi Z. Dünya Sağlık Örgütü Yaşlı Dostu Sağlık Ocağı Projesinin Antalya İlinde Pilot Uygulaması (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi). Antalya: Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi; 2008.
- 7- McDaniel SH, Campbell TL, Hepworth J, Lorenz A. Aile Yönelimli Birincil Bakım. Çeviri editörü: Yaman H. İstanbul: Yüce Yayınevi. 2007.
- 8- WONCA: SIG Elderly Care. [http://www.globalfamilydoctor.com/about/Wonca/working\\_groups/elderly/sigelderly.asp?refurl=wg](http://www.globalfamilydoctor.com/about/Wonca/working_groups/elderly/sigelderly.asp?refurl=wg); erişim tarihi:21.11.2008.



## **Fazla Kilolu Kadınların Kilo Vermeyi Sürdüremeleri İçin Egzersiz Şart**

Yeni bir çalışma, fazla kilolu ve obez kadınların 2 yıl içerisinde % 10 kilo verebilmeleri için enerji alımını kısıtlamalarının yanı sıra haftada 5 gün, günde 55 dakika egzersiz yapmaları gerektiğini ortaya koyuyor.

*Arch Intern Med. July 28, 2008;168:1550-1559, 1559-1560.*

## **Omuz Distosisi Eğitimi Yenidoğanların Prognozunu İyileştiriyor**

Obstetrics & Gynecology'de yayınlanan bir rapora göre, doğum eğitimi mankenleri kullanılarak yapılan omuz distosisi pratik eğitimleri, hekimlerin doğum eylemi sırasındaki yönetim becerilerini ve yenidoğanların prognozlarını olumlu yönde etkiliyor.

*Obstet Gynecol 2008;112:14-20.*

## **Selüloz Jel, Vajinal Yoldan HIV Bulaşını Artırabilir**

Afrika ve Hindistan'da yürütülen randomize bir klinik çalışmanın sonuçları, HIV'in hücreye girişini engelleyen selüloz sülfat maddesini içeren bir vajinal jelin virusun bulaşmasını engellemediğini, tam tersine bulaş riskini artırabileceğini gösteriyor.

*N Engl J Med 2008;359:463-472.*

## **Böbrek Nakilli Hastalarda Statin Kullanımı, Hayatta Kalımı Artırabilir**

Böbrek transplantasyonundan sonra statin kullanımı, greftin hayatta kalımını anlamlı bir oranda artırmaya da hastanın hayatta kalım süresini uzatabilir.

*J Am Soc Nephrol 2008.*

## **Akut Otitis Media: Klinik Pratik, Kılavuz Önerilerine Uyum Göstermiyor**

Pediatrics'te yayınlanan bir rapora göre, birinci basamakta akut otitis media'ya (AOM) klinik yaklaşım, 2004 tarihli kılavuz önerilerinden oldukça farklı. Hekimlerin çoğu,

ilaçsız izlemi bir seçenek olarak kabul ediyor, ancak bunu hiç uygulamıyor. AOM için kılavuzda yer almayan çeşitli antibiyotikler reçete ediliyor ve yazılan bu antibiyotiklerin çeşitliliği, 2004'ten bugüne artış gösteriyor.

*Pediatrics. 2007;120:281-287.*

## **C Vitamini Alımı, Tip 2 Diyabet Riskinde Azalmayla İlişkili**

Populasyon temelli, prospektif bir kohort çalışma, plazmadaki yüksek C vitamini düzeyinin ve meyve ve sebze tüketiminin tip 2 diyabet riskinde azalma ile ilişkili olduğunu ortaya koydu.

*Arch Intern Med. July 28, 2008;168:1493-1499.*

## **Hipertansiyon Tedavisi, Bilişsel Süreçlerde Değişikliğe Yol Açıyor**

Hipertansiyonun kontrol altına alınması, hastalık ile ilişkili hafif bilişsel yeti kayıplarını düzeltebiliyor, ancak beyindeki bölgesel kan akımını normale döndürmede yetersiz kalıyor.

*Hypertension 2008;52:65-71.*

## **Yaşlılarda Antipsikotik Kullanımı, Pnömoni Riskini Artırıyor.**

Nisan ayında yayınlanan bir olgu-kontrol çalışmasına göre, antipsikotik kullanan yaşlı hastalarda pnömoni riski artıyor. Bu risk artışı, atipik antipsikotik kullananlarda daha belirgin.

*J Am Geriatr Soc. 2008;56:661-666.*

## **Pre-Eklampsi, Otoimmün bir Hastalık Olabilir**

Fareler üzerinde yapılan bir çalışma, pre-eklampsinin, anjiotensin II reseptörü tip 1a'yı (AT1 reseptörü) uyaran otoantikörlerin neden olduğu otoimmün bir hastalık olabileceğini gösteriyor. Gebelik, bu otoantikörlerin sentezini tetikliyor.

*Nat Med 2008.*

### **Hazırlayanlar:**

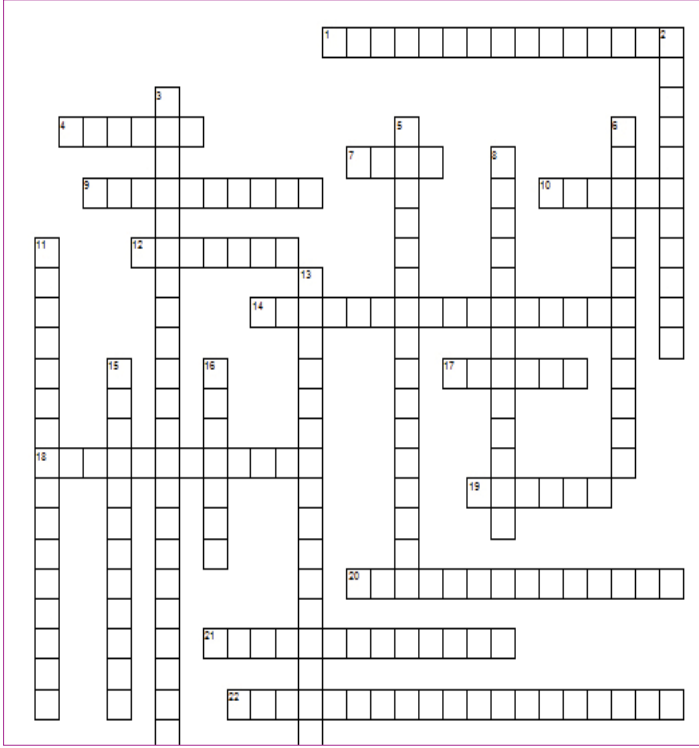
Doç. Dr. Özen Aşut\*

Stj. Dr. Yılmaz Yıldız\*\*

## 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- Uzun dönemde görülebilen bir negatif laparotomi komplikasyonu, 2- Kadına yönelik şiddetin sağlık açısından fiziksel bir sonucu, 3- Anne sütünün doğumdan sonra en az verilmesi gereken süre, 3- Kadına yönelik

şiddette oluşabilecek bir ruh sağlığı sorunu, 4- İklim değişikliği ile artabilecek bir solunum yolu hastalığı, 5- İklim değişikliğiyle ilgili oluşturulmak istenen en geniş protokolün adı, 6- Yaşlılarda pnömوني artıran bir ilaç grubu, 7- Negatif laparotomi komplikasyonlarından biri, 8- İklim değişikliği konusunda imzalanması istenen bir sözleşme (kısaltma), 9- 5510 sayılı yasa ile sağlık hizmetlerinde toplumdaki alınacak olan ücret, 10- Bilinen sera gazlarından biri, 11- İklim değişikliğinin sorun yaratan bileşenlerinden biri, 13- Güneşten yeryüzüne ulaşan ultraviyole miktarını artıran bir olay, 12- İklim değişikliği görüşmelerinde bir araya gelen tarafların kısaltılmış adı, 14- Büyümenin izlenmesinde kullanılan antropometrik bir ölçüm, 15- Sigara içimini yasaklandığı yerlerden biri, 16- Beslenme sorunlarının daha çok görüldüğü cinsiyet grubu, 17- Acil cerrahinin önemli karın travma türlerinden biri, 18- Sera gazlarının artışından sorumlu olan, kullandığımız fosil yakıtlardan biri, 19- Beslenme eksikliği ya da fazlalığı, 20- Kadına yönelik şiddetin fatal bir sonucu, 21- Böbrek transplantasyonundan sonra hayatta kalımı artırabilen bir ilaç, 22- Ukrayna'da sel felaketinden sonra ortaya çıkan bir hastalık.

### STED Mayıs 2008 Ödüllü Bulmaca Doğru Yanıtları:

1- Yirmi Beş Kat, 2- Cinsiyet, 3- Dikey, 4- Perine, 5- Fimozis, 6- Kısa Üretra, 7- Esenlendirici Hizmetler, 8- Entegre Hizmet, 9- Üreme Sağlığı, 10- Sıvı Besinler, 11- CEDAW, 12- Tuvalet Kağıdı, 13- Diüretikler, 14- Beta Blokerler, 15- Demografi, 16- Menarş, 17- Mesanede Dolgunluk Hissi, 18- El Yıkama, 19- Kateter, 20- Antenatalist, 21- İYE, 22- Sigarasız Gençlik, 23- Evrensel Eğitim, 24- Böbrek.