



İlköğretim Okulu Öğrencilerinde İdrar Yolu Enfeksiyonu ve Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi

67

Binyıl Kalkınma Hedeflerinde Üreme Sağlığı Hizmetlerine Erişim ve Haklardaki Değişim

76



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 Çalıkoglu 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

Doç. Dr. Özen Aşut

Yayın Yönetim Merkezi ve İletişim Adresleri

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

Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Prof. Dr. Gençay Gürsoy

Yayın Türü

Yerel Süreli Yayın (Aylık)

Hazırlık ve Tasarım

Yeter Canbulat

Basımcının İletişim Bilgileri ve Basım Yeri

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

Araştırma

İlköğretim Okulu Öğrencilerinde İdrar Yolu Enfeksiyonu ve Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi 67
Aynur Şahin, Dr. Melek Ardahan

Derleme - Olgu Sunumu

Binyıl Kalkınma Hedeflerinde Üreme Sağlığı Hizmetlerine Erişim ve Haklardaki Değişim 76
Dr. Işıl Ergin



Kapak Fotoğrafı:
"Bir Nefeste"

Dr. Ergün Karadağ, Kütahya
 TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2007
Jüri Özel Ödülü



Merhaba,

Hekimler, sağlık çalışanları çok yoğun gerilim içinde çalışıyorlar. Çalışma koşullarının olumsuzlukları bir yana sağlık sorunları yaşayan, bir yakınmasını yaşamının odağına yerleştirmiş, sürekli acı çeken, oldukça zor, kırılğan insanlarla her gün birlikte olan hekimler kendi duygu durumlarına, yorulan bedenlerinin uyarılarına ne denli kulak veriyorlar. Bir sağlık kuruluşu içinde olmalarına karşın belki de çok temel fizik muayenelerini ertelerken hiçbir çekince duymuyabiliyorlar.

Hekimlerin kendi sağlıklarına göstermedikleri özeni akla ilk gelen "Terzi kendi söküğünü dikemez." gibi bir sözle geçiştirmek doğru olmaz. Olası sağlık risklerinin bilincinde olan hekimlerin kendilerine bu denli duyarsız kalabilmelerinin nedenlerinin ortaya konması gerekmektedir.

Hekimlerin çalışma koşullarına dayalı ve mesleklerinin kimi özelliklerinden kaynaklanan tükenmişlik durumunun fiziksel, psikolojik boyutlarının değerlendirildiği çok sayıda çalışma var. Türk Tabipleri Birliği'nin yaptığı "Türkiye'de Tabip Odalarına Kayıtlı Bir Grup Hekimde Tükenmişlik Sendromu ve Etkileyen Faktörler" çalışmasında bazı kaynaklara göre tükenmişlik sendromunun kronik stres sonucu oluşan bir hastalık olduğu ve sıklıkla

yorgunluk, uyku problemleri ve kişilik bozuklukları ile birlikte seyrettiği belirtilmektedir. Kimi zaman bu hastalık kronik yorgunluk sendromu ile karışabilmekte, kimi zaman da birlikte seyredebilmektedir. Yapılan çalışmalar tükenme ile karşılaşma riskinin doktorlar, hemşireler, diş hekimleri, öğretmenler, polisler, psikologlar, çocuk bakıcıları gibi insanlarla yüzyüze çalışan mesleklerde diğer mesleklere göre daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Hekimlerin sigara kullanımı tüm toplumda dikkat çekmektedir. Cinsiyet ayrımı olmaksızın sigara kullanımının yüksek olduğu birkaç meslek kurumu arasında ne yazık ki hekimlerde bulunmakta.

Hekimlerin yoğun meslek yaşamları içinde beslenme alışkanlıkları incelenmeye değer özellikler taşımaktadır. Nöbetlerde, polikliniklerde, uzun çalışma saatleri sırasında genellikle hazır besinler yeğlenmekte, çoğunlukla öğünler geçiştirilmektedir.

Hekimler arasında kimi hastalıkların daha sık görüldüğüne ilişkin bizler arasında yaygın kanılar vardır. Özellikle kalp damar hastalıklarından tedavi gören ya da yitirdiğimiz çok meslektaşımızın olduğunu biliyoruz. Ne yazık ki kendi uğraş alanından sorunlarla bile yaşamını yitiren dostlarımızı, meslektaşlarımızı sıkça duyuyor, anımsıyoruz.

Hekimlerin sağlık arama davranışlarının üzerinde durulmalı. Kendi sağlıklarına, olası risklerin bilincinde olmalarına karşın, yeterli özeni göstermeyen, kendi kendilerine sağaltım uygulayan, tanıda – tedavide geciken hekimlerin bu davranış biçimlerinin nedenleri araştırılmalı, hekimler arasında sık karşılaşılan sorunlara karşın hekimlere özel bir yaklaşım geliştirilmesi gerekliliği veriler üzerinden tartışılmalı.

Tabip odalarımızın bu konuda birlikte bir çalışma yürütmesi düşünülebilir. Ankara Tabip Odası'nda bir çalışma grubunun hekimlerin sağlığı konusunda hazırlıklar yaptığını biliyoruz. Bu çalışmanın içinde birinci basamakta çalışan biz hekimlerin de yer almasında yarar olduğunu düşünüyoruz. Bu konuda çalışmak isteyenlerin, önerileri olanların dergimize yazmalarını bekliyoruz.

Bilimsel ve dostça kalın.



Fotoğraf: "Doğa ve İnsan" Dr. Pınar Torun, Mersin STED Fotoğraf Yarışması 2007 Sergi Ödülü

İlköğretim Okulu Öğrencilerinde İdrar Yolu Enfeksiyonu ve Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi

Determining Urinary Tract Infections and Affecting Factors in Primary School Students



Aynur Şahin*, Dr. Melek Ardahan**

Öz

Amaç: Araştırma, bir ilköğretim okulunda okuyan öğrencilerde idrar yolu enfeksiyonu ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı araştırmanın evrenini, ilköğretim okulunda okuyan 6-7. sınıf öğrenciler (257) oluşturmaktadır. Örneklem seçimine gidilmeden evren üzerinde çalışılmış, araştırmanın yapıldığı günlerde okulda bulunan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 182 öğrenci araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Araştırma verileri, araştırmacı tarafından literatür incelenerek geliştirilen "anket formu" (44 soru) yardımıyla toplanmıştır. Veriler, SPSS 11.5 programında sayı, yüzdelik hesapları ve kolmogorov smirnov (z) testi ile değerlendirilmiştir. Sorulara daha kolay ve doğru yanıtlar verebilecek, az da olsa bilinçli bir grup olması nedeniyle, araştırmanın 6 ve 7. sınıf öğrencileriyle yapılması araştırmanın sınırlılığıdır.

Bulgular: Öğrencilerin %53,8'i kız, %46,2'si erkektir. Öğrencilerin %90,1'inin idrar yolu enfeksiyonu hakkında hiçbir bilgisinin olmadığı, %7,7'sinin önceden idrar yolu enfeksiyonu geçirdiği, %20,3'ünde bel ve karın bölgesinde ağrı, %7,1'inde idrar yaparken yanma ve ağrı, %7,7'sinin idrarının renginde bulanıklık olduğu saptanmıştır. Yapılan kolmogorov smirnov (z) analizinde idrar yolu enfeksiyonunun, idrar yolu enfeksiyonunun ne olduğunu bilmeyenlerde ve tanımlayamayanlarda, kötü kokulu ve bulanık renkli idrarı olanlarda ($p<0.01$), idrar yaparken yanma ve ağrı olanlarda ($p<0.05$) daha fazla görüldüğü belirlenmiştir.

Sonuç: Çalışmanın sonucunda; öğrencilerin idrar yolu enfeksiyonu ile ilgili bilgilerinin yetersiz olduğu belirlenmiş, öğrencilere idrar yolu enfeksiyonu, belirtileri, etkileyen etmenler, idrar yolu enfeksiyonuna yakalanmamak için neler yapılması gerektiği ve baş etme yöntemleri ile ilgili eğitim yapılmıştır.

Anahtar sözcükler: Enfeksiyon, idrar yolu enfeksiyonu, hemşirelik, çocuk.

Giriş

İdrar yolu enfeksiyonları sık karşılaşılan bir durumdur. İdrar yolu enfeksiyonu (İYE), üriner sistemin oluşturduğu ve steril olması gereken idrarın bakterilerle kontaminasyonu sonucu gelişen bir hastalıktır (1,2).

Üriner sistem enfeksiyonuna (ÜSE) hangi mikroorganizmaların ne sıklıkla neden olduğunu belirleyen esas etmenler, altta yatan

Abstract

Purpose: The study has been carried out to determine urinary tract infections and affecting factors in the students attending a primary school.

Methods: The universe of this descriptive study consisted of sixth and seventh grade students (257) in a primary school. Rather than selecting a sample, the study was implemented on the universe and 182 students who attended school on the day the study was performed and who accepted to participate were enrolled. The data was collected by the aid of a "questionnaire form" (44 questions) that was prepared by the researcher in the light of the literature. The data were evaluated in the SPSS 11.5 program with quantity and percentage calculations and Kolmogorov Smirnov (z) test. The fact that the research involved only sixth and seventh grade students, who were chosen because they were a relatively knowledgeable group who could answer the questions properly, is a limitation of this study.

Findings: 53.8% of the students were girls and 46.2% were boys. It was determined that 90.1% had no information about urinary tract infection, 7.7% had had a urinary tract infection, 20.3% had lumbar and abdominal pain, 7.1% had pain and burning sensation during urination and 7.7% had blurry urine. With Kolmogorov Smirnov (z) test, it was determined that urinary tract infection was more common in those who did not know what it was, those who had foul-smelling and blurry urine ($p<0.01$) and in those who had pain and burning during urination ($p<0.05$).

Conclusion: As a result, it was concluded that the students' knowledge about urinary tract infection was insufficient and training was given to students about urinary tract infection, its symptoms, affecting factors, preventive measures and treatment methods.

Key words: Infection, urinary tract infection, nursing, child.

anatomik ya da işlevsel bir bozukluk olup olmadığı ve enfeksiyonun hastane içi ya da dışında olmasıdır (3,4). ÜSE çok ciddi bir komplikasyon olup %80'ninden kateterler sorumludur. Bu enfeksiyonlar, hastane enfeksiyonları içinde en sık görülen enfeksiyondur. Hastane dışı enfeksiyonlar arasında çocukluk çağında üst solunum yolu enfeksiyonlarından sonra en sık doktora başvuru nedenidir (1).

*Hem.; Ege Ü. Tıp Fak. Hastanesi, İzmir

** Yrd. Doç.; Ege Ü. Hemşirelik YO, İzmir

İYE, basit bir enfeksiyondan septisemiye kadar ulaşan bir yelpaze içinde yer alır. ABD'de yapılan bir çalışmada, yılda 7-8 milyon kişinin üriner sistem enfeksiyonu nedeniyle doktora başvurduğu ve bir milyona yakın hastanın yatarak tedavi gördüğü belirtilmektedir (5). İYE genellikle hafif belirtilerle seyrederek ve gözden kaçabilir. Başka bir nedenle yapılan idrar tetkikleriyle rastlantısal biçimde ortaya çıkar ya da sık sık ve az idrara çıkma, idrar yaparken yanma hissi, ağrı, ateş, mesanede dolgunluk hissi gibi belirtilerle kendini gösterirler. Bunun yanında, üst ve alt idrar yolu enfeksiyonları birlikte olabileceği gibi, hiçbir belirti vermeden de seyredebilir (3,6,7).

ÜSE insanlarda tüm yaşlarda görülen en yaygın bakteriyel enfeksiyondur. Görülme sıklığı cinsiyet, yaş, altta yatan hazırlayıcı etmenler ve kişinin bulunduğu ortama göre değişir (3). Neonatal dönemde %1 oranında ve erkeklerde daha fazla görülür. Bu dönemde görülen enfeksiyonların çoğu asemptomatiktir. Bu sıklığın nedeni; erkeklerin daha çok anomali doğmaları ve fimozistir. Ayrıca sünnetsiz olan erkek çocuklarda enfeksiyona, sünnetlilere oranla daha sık rastlanmaktadır. Okul öncesi dönemde %3-5 oranında kızlarda, %1 oranında erkeklerde görülür. Okul döneminde de erkek çocuklarda görülme oranı %0.05'e düşerken, kızlarda %5'tir. İdrar yolu enfeksiyonları, ilk yıllarda en çok erkeklerde görülürken, daha sonra kızlarda fazla görülür. Menarş, evlilik, gebelik gibi durumlar kızlarda idrar yolu enfeksiyonu gelişimini artıran etmenlerdir (8,9,10).

Bu enfeksiyonlar, sık karşılaşılan ve yineleme eğiliminde olan hastalıklardır. Kadınların %10-35'inin yaşamlarının belirli bir döneminde idrar yolu enfeksiyonuna en az bir kez yakalandıkları bilinmektedir ve bu kadınlardan %5'i bir ya da iki yıl içinde yeni bir idrar yolu enfeksiyonuna yakalanmaktadır. İdrar yolu enfeksiyonlarına kadınlarda erkeklere göre 25 kat fazla rastlanır. Bu oran 20-50 yaşları arasında iki katına kadar çıkabilir. Menopoz sonrasındaki ilk yılda da idrar yolu enfeksiyonu eğilimi oldukça fazladır. İdrar yolu enfeksiyonunun kadınlarda daha sık görülmesinin başta gelen nedeni, kadın ile erkek anatomisi arasındaki farktır. Kadınlarda ve kız çocuklarında üretranın daha kısa olması, dışkı ile bulaşması durumunda yukarı doğru enfeksiyonun kolaylıkla oluşmasına neden olur.

Bunun yanında, idrarı mesanede uzun süre tutma, genital bölge temizliğine dikkat etmeme, mesanedeki koruyucu mekanizmaların bozulması gibi etmenler de idrar yolu enfeksiyonlarına yakalanma riskini artırmaktadır (3,6,7).

Etkili bir sağaltım ve koruyucu önlemlerle kolaylıkla kontrol altına alınabilen idrar yolu enfeksiyonları, zamanında gerekli önlemler alınmadığında sık sık yinelemeler gösterir ve böbreklere kadar uzanarak kalıcı hasarlara yol açarlar (9). Özellikle kızlarda anatomik etkenler dışında yeralan ve değişebilir olan diğer hazırlayıcı etmenlerin azaltılması ya da ortadan kaldırılması ve istedik biçimde davranış geliştirilmesi için konuya ilişkin sağlık eğitimi verilmesi oldukça önemlidir. Bu nedenlerle, ilköğretim okulunda okuyan öğrencilerin kalabalık ortamda bulunmaları ve eğitim gereksinimlerinin oldukları göz önüne alınarak, idrar yolu enfeksiyonu ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi amacıyla bu araştırma planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın evrenini, ilköğretim okulunda okuyan 6-7. sınıf öğrenciler oluşturmaktadır (N=257). Örneklem seçimine gidilmeden evren üzerinde çalışılmış, araştırmanın yapıldığı günlerde okulda bulunan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 182 öğrenci araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Sorulara daha kolay ve doğru yanıtlar verebilecek, az da olsa bilinçli bir grup olması nedeniyle, araştırmanın 6 ve 7. sınıf öğrencileriyle yapılması araştırmanın sınırlılığıdır.

Araştırma verileri, araştırmacı tarafından literatür incelenerek geliştirilen anket formu uygulanarak toplanmıştır. Anket formu, ilköğretim okulunda okuyan öğrencilere gerekli açıklama yapıldıktan sonra dağıtılarak uygulanmıştır. Hazırlanan anket formu dört bölümden ve 44 sorudan oluşmaktadır.

Sorular çoktan seçmeli ve açık uçlu olarak hazırlanmıştır

1. Öğrenciler ve ailelerinin sosyodemografik özelliklerine ilişkin sorular (8 soru).
2. Öğrencilerin idrar yolu enfeksiyonları hakkındaki bilgi düzeylerine yönelik sorular (5 soru).
3. Öğrencilerin hijyenik uygulamalarına yönelik sorular (25 soru).
4. Okula özelliklerin incelenmesine yönelik sorular (8 soru).

Anket formunda yer almaktadır.

Ayrıca, veriler analiz edildikten sonra, araştırmaya katılan tüm öğrencilere bilgilerini pekiştirmek ya da yeni bilgiler vermek amacıyla eğitim yapılmış ve verilen eğitim beş soru ile değerlendirilmiştir. Araştırma verileri araştırmacı tarafından kodlandıktan sonra, değerlendirilmesi SPSS (Statistical Package For Science 11.5) Windows programı kullanılarak yapılmıştır. Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin idrar yolu enfeksiyonu hakkındaki bilgi düzeylerini, kişisel hijyen alışkanlıklarını ve idrar yolu enfeksiyonu görülmesini etkileyen etmenlere yönelik veriler sayı, yüzdeler ve kolmogorov smirnov (z) testi ile analiz edilmiştir.

Araştırma uygulanmadan önce Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Müdürlüğü'nden ve İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır.

Bulgular

1- Öğrencilerin sosyodemografik özelliklerinin incelenmesi

Araştırmaya katılan öğrencilerin %53.8'inin kız, %46.2'sinin ise erkek olduğu; %50.0'inin 11-12 yaş, %49.5'inin 13-14 yaşında oldukları saptanmıştır. Yaş ortalamaları ise 12.5 ± 0.05 'tir. Annelerinin %59.3'ünün ilkökul mezunu, babalarının %41.8'inin ilkökul mezunu olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilerin %80.2'sinin 1-3 kardeşi, %16'sının 4-6 kardeşi, %3.3'ünün 7-9 kardeşi ve %0.5'inin ise 10-12 kardeşi olduğu belirlenmiştir. Ortalama kardeş sayısı ise 2.6 ± 0.12 'dir. Öğrencilerin; %25.8'inin geliri giderinden az, %55.5'inin geliri giderine denk ve %17.0'inin ise gelirinin giderinden fazla olduğu belirlenmiştir.

2- Öğrencilerin idrar yolu enfeksiyonlarına (İYE) ilişkin bilgi düzeylerinin incelenmesi

Araştırmaya katılan öğrencilerin %9.9'unun idrar yolu enfeksiyonunun tanımını bildiği, %90.1'inin ise bilmediği saptanmıştır. Öğrencilerin %7.7'sinin daha önce idrar yolu enfeksiyonu geçirdiği, %86.3'ünün ise geçirmediği; İYE geçirenlerin %5.5'inin 1 kez, %1.1'inin 2 kez ve %1.1'inin ise daha fazla sayıda geçirdiği saptanmıştır. İYE geçiren öğrencilerin baş etme durumları incelendiğinde; %0.5'inin doktora gittiği, %2.2'sinin doktora gidip antibiyotik kullandığı, %0.5'inin karnını ve ayaklarını sıcak tuttuğu,

%0.5'inin küçükken geçirdiği için ne yaptığını bilmediği, %1.1'inin ameliyat olduğu ve %0.5'inin ise hiçbir şey yapmadığı belirlenmiştir.

Öğrencilerin %20.9'unun günde 1-2 kez, %38.5'inin 3-4 kez, %20.9'unun 5-6 kez, %12.6'sının 7-8 kez ve %0.5'inin 10 kez idrar yaptığı saptanmıştır. Öğrencilerin %20.3'ünün bel ve karın bölgesinde ağrı, %7.1'inde idrar yaparken yanma, %7.1'inde idrar yaparken ağrı, %7.7'sinin kötü kokulu ve bulanık renkli idrar yaptığı belirlenmiştir.

3- Öğrencilerin bireysel hijyen alışkanlıklarının incelenmesi

Öğrencilerin bireysel hijyen alışkanlıkları incelendiğinde %0.6'sının günde 2-3 kez, %24.7'sinin günde 5-7 kez, %31.3'ünün günde 8-10 kez, %33.5'inin gerektiğinde ellerini yıkadığı, %9.3'ünün el yıkama sıklığını anımsamadığı; %36.2'sinin ellerini su ve sabunla, %63.2'sinin sıvı sabun ve suyla, %0.6'sının ise yalnızca suyla yıkadığı belirlenmiştir.

Öğrencilerin %85.7'sinin yemekten önce ellerini yıkadığı, %0.6'sının yıkamadığı, %13.1'inin ise bazen yıkadığı; %45.6'sının tuvaletten önce ellerini yıkadığı, %29.7'sinin tuvaletten önce ellerini yıkamadığı ve %23.6'sının ise bazen yıkadığı; %92.3'ünün tuvaletten sonra ellerini yıkadığı, %0.6'sının tuvaletten sonra ellerini yıkamadığı ve %6'sının ise bazen yıkadığı saptanmıştır.

Öğrencilerin %20.3'ünün tuvaletten sonra su ile temizlendiği, %22.0'inin tuvalet kağıdı ile temizlendiği, %56.5'inin su ve tuvalet kağıdı ile temizlendiği, %0.6'sının hiçbirleriyle temizlenmediği; %73.6'sının idrarını yaptıktan sonra genital temizlik yaptığı, %6.1'inin genital bölgenin temizliğini yapmadığı, %20.3'ünün ise bazen yaptığı; %7.7'sinin temizliğinden sonra bez ile, %81.9'unun tuvalet kağıdı ile kurulandığı, %8.2'sinin kurulandığı; %50.6'sının önden arkaya doğru, %40.1'inin arkadan öne doğru temizlediği belirlenmiştir.

Öğrencilerin diğer alışkanlıkları incelendiğinde; %52.2'sinin tuvaletler kirli olduğu zaman tuvaleti kullanmak istemediği için idrarını tuttuğu, %17.0'inin idrarını tutmadığı, %29.7'sinin ise idrarını bazen tuttuğu; %39.6'sının eve gidene kadar, %28.6'sının bir saat, %9.3'ünün iki saat, %6.0'inin üç saat idrarını tuttuğu belirlenmiştir. Ayrıca öğrencilerin %61.5'inin

gece idrar yapmak için tuvalete gittiği, %13.2'sinin gitmediği, %22.5'inin ise gece bazen tuvalete gittiği saptanmıştır.

4- Okul tuvaletlerine ilişkin özelliklerin incelenmesi

Öğrencilerin okul tuvaletlerine ilişkin özelliklerine ilişkin görüşleri incelendiğinde, %3.3'ü hafif, %24.7'si orta ve %72.0'ı ise tuvaletlerin ağır koktuğunu; %40.7'si tuvaletlerin aydınlık, %11.5'i karanlık, %36.8'i bazen aydınlık, %11'i ise bazen karanlık olduğunu; %57.7'si tuvaletlerin hepsinde kapı kolu olduğunu, %42.3'ü ise hepsinde kapı kolu olmadığını belirtmiştir. Öğrencilerin %67'sinin tuvaletlerde su olduğunu, %5'inin sürekli su olmadığını, %28'inin ise ender olarak su kesildiğini; %53.9'unun tuvaletlerde sabunun bazen bulunduğunu, %37.9'u bazen bulunmadığını ve %8.2'si ise hiç sabun bulunmadığını ifade ettikleri saptanmıştır.

5- Öğrencilerin öykülerine göre idrar yolu enfeksiyonu geçirme durumlarının incelenmesi

Araştırmaya katılan öğrencilerin idrar yolu enfeksiyonlarına ilişkin öykülerine göre, idrar yolu enfeksiyonu geçirme durumları incelendiğinde; idrar yapma sıklığı günde 1-2 kez olanların %21.4'ünde, günde 3-4 kez olanların %21.4'ünde, günde 5-6 kez olanların %35.8'inde ve günde 7-8 kez olanların ise %21.4'ünde idrar yolu enfeksiyonu görüldüğü saptanmıştır. (Z=0.807, P>0.05) (Tablo 1).

Bel ve karın bölgesinde ağrı olan öğrencilerin %35.7'sinde, olmayanların %14.3'ünde, bazen olanların ise %50'sinde idrar yolu enfeksiyonu görüldüğü belirlenmiştir. Yapılan kolmogorov smirnov testinde öğrencilerin bel ve karın bölgesinde ağrı görüp görmemeleri ile idrar yolu enfeksiyonu geçirme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Z=0.599, P>0.05). İdrar yaparken yanma hisseden öğrencilerin %14.3'ünde, hissetmeyenlerin %21.4'ünde, bazen hissedenlerin ise %64.3'ünde idrar yolu

Tablo 1. Öğrencilerin idrar yolu enfeksiyonlarına (İYE) ilişkin öykülerine göre idrar yolu enfeksiyonu geçirme durumlarının dağılımı

Öykülerin incelenmesi	İYE geçirme durumu				Toplam	
	Evet		Hayır		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
İdrar yapma sıklığı						
1-2 kez	3	21.4	35	22.4	38	22.4
3-4 kez	3	21.4	67	43.0	70	41.2
5-6 kez	5	35.8	33	21.2	38	22.4
7-8 kez	3	21.4	20	12.8	23	13.5
10 kez			1	0.6	1	0.6
Z=0.807 P=0.532 P >0.05						
Toplam	14	100	156	100	170	100
Bel ve karın						
Bölgesinde ağrı						
Olur	5	35.7	32	19.0	37	20.3
Olmaz	2	14.3	42	25.0	44	24.2
Bazen olur	7	50.0	94	56.0	101	55.5
Z=0.599 P =0.865 P >0.05						
Yanma						
Evet	2	14.3	11	6.5	13	7.1
Hayır	3	21.4	111	66.1	114	62.7
Bazen	9	64.3	46	27.4	55	30.2
Z = 1.327 P =0.050 P < 0.05						
Ağrı						
Evet	3	21.4	10	6.0	13	7.1
Hayır	5	35.7	124	73.8	129	70.9
Bazen	6	42.9	34	20.2	40	22.0
Z=2.813 P =0.035 P < 0.05						
Renk						
Evet	5	35.7	9	5.4	14	7.7
Hayır	5	35.7	115	68.5	120	65.9
Bazen	4	28.6	44	26.2	48	26.4
Z = 1.091 P =0.000 P < 0.01						
Toplam	14	100	168	100	182	100

enfeksiyonu görüldüğü saptanmıştır. Yapılan kolmogorov smirnov testinde öğrencilerin idrar yaparken yanma hissedip hissetmemeleri ile idrar yolu enfeksiyonu geçirme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($Z=1.327$, $P<0.05$). Bu farkın, idrar yaparken bazen yanma hissedenlerden kaynaklandığı belirlenmiştir. İdrar yaparken ağrı hisseden öğrencilerin %21.4'ünün, ağrı hissetmeyenlerin %35.7'sinin, bazen hissedenlerin ise %42.9'unun idrar yolu enfeksiyonu geçirdiği belirlenmiştir. Yapılan kolmogorov smirnov testinde öğrencilerin idrar yaparken ağrı hissedip hissetmemeleri ile idrar yolu enfeksiyonu geçirme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($Z=2.813$, $P<0.05$). Bu farkın, idrar yaparken bazen ağrı hissedenlerden kaynaklandığı belirlenmiştir. Kötü kokulu ve bulanık renkli idrar yapan öğrencilerin %35.7'sinde, idrarının rengi ve kokusu normal olanların %35.7'sinde ve bazen kötü kokulu ve bulanık renkli idrar yapanların ise %28.6'sında idrar yolu enfeksiyonu görüldüğü saptanmıştır. Yapılan kolmogorov smirnov testinde öğrencilerin kötü kokulu ve bulanık renkli idrar yapıp yapmamaları ile idrar yolu enfeksiyonu geçirme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($Z=1.091$, $P<0.01$). Bu farkın, kötü kokulu ve bulanık renkli idrar yapan öğrencilerden kaynaklandığı belirlenmiştir (Tablo 1).

6- Öğrencilerin bireysel hijyen alışkanlıklarına göre idrar yolu enfeksiyonu geçirme durumlarının incelenmesi

Tablo 2'de öğrencilerin bireysel hijyen alışkanlıklarına göre idrar yolu enfeksiyonu geçirme durumları açıklanmıştır.

Öğrencilerin tuvalete girmeden önce ellerini yıkayıp yıkamamalarına göre idrar yolu enfeksiyonu geçirme durumları incelendiğinde; tuvalete girmeden önce ellerini yıkayanların %78.6'sının, ellerini yıkamayanların %7.1'inin, ellerini bazen yıkayanların ise %14.3'ünün idrar yolu enfeksiyonu geçirdiği saptanmıştır. Yapılan kolmogorov smirnov testinde öğrencilerin tuvalete girmeden önce ellerini yıkayıp yıkamamaları ile idrar yolu enfeksiyonu geçirme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($Z=1.284$, $P<0.05$). Bu sonuç, öğrencilerin tuvaletten önce el yıkamasının idrar yolu enfeksiyonu geçirmelerini etkilemediğini düşündürmektedir.

7- Okul tuvaletlerine ait özelliklere göre öğrencilerin idrar yolu enfeksiyonu geçirme durumlarının incelenmesi

Okul tuvaletlerinde su bulunup bulunmama durumuna göre öğrencilerin idrar yolu enfeksiyonu geçirme durumları incelendiğinde; okulda sürekli su bulunduğunu söyleyen öğrencilerin %35.7'sinde, sürekli su bulunmadığını söyleyen öğrencilerin %7.1'inde, ender olarak suların kesildiğini söyleyen öğrencilerin ise %57.1'inde idrar yolu enfeksiyonu görüldüğü belirlenmiştir. Yapılan kolmogorov smirnov testinde okul tuvaletlerinde suyun bulunup bulunmaması ile öğrencilerin idrar yolu enfeksiyonu geçirme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($Z=1.220$, $P<0.05$).

8- Yapılan eğitim programının değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan öğrencilerin %71.4'ünün eğitimden çok memnun kaldığı, %74.7'sinin anlatılan bilgileri çok yararlı bulduğu, %34.1'inde anlatılan bilgilerin davranışlarında çok değişiklik yaptığı, %39.6'sının davranışlarında değişiklik yaptığı, %14.8'inin davranışlarında az değişiklik yaptığı, %4.4'ünün davranışlarında ise hiç değişiklik yapmadığı saptanmıştır.

Yapılan eğitim sonrasında öğrencilerin %5.6'sının tüm konuları, %15.1'inin tuvalet temizliğini, %23.5'inin el temizliğini, %42.2'sinin İYE'nin tanımı, belirtileri, nedenleri, zararları ve korunma yollarını, %4'ünün tırnak temizliğini, %9.6'sının ise genel vücut hijyeni konularını yararlı bulduğu belirlenmiştir. Yapılan eğitimde anlatılan bilgiler sonrasında öğrencilerin %46.3'ünün İYE'nin tanımı, belirtileri, nedenleri, zararları ve korunma yollarını, %16.6'sının doğru tuvalet temizliğini, %18.0'inin vücut temizliğine özen gösterilmesi gerektiğini, %18.4'ünün el temizliğine özen gösterilmesi gerektiğini öğrendiği ve %0.7'sinin ise bilgilerini pekiştirdiği saptanmıştır.

Tartışma

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin tamamına yakınının idrar yolu enfeksiyonunun tanımını bilmediği saptanmıştır. Şahin'in (2005) araştırmasında ise, deneklerin yarısının idrar yolu enfeksiyonunun tanımını bildiği, %30'unun kısmen bildiği, %20'sinin ise bilmediği belirtilmektedir (11).

Öğrencilerin büyük çoğunluğunun daha

Tablo 2. Öğrencilerin bireysel hijyen alışkanlıklarına göre idrar yolu enfeksiyonu geçirme durumlarının dağılımı						
Bireyde hijyen alışkanlıkları	İYE geçirme durumu				Toplam	
	Evet		Hayır		Sayı	Yüzde
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
El yıkama sıklığı						
2-3 kez	-	-	1	0.6	1	0.5
5-7 kez	7	50.0	38	22.6	45	24.7
8-10 kez	4	28.6	53	31.6	57	31.3
Gerektiğinde	2	14.3	60	35.7	62	34.1
Anımsamıyorum	1	7.1	16	9.5	17	9.4
Z=0.877 P= 0.425 P>0.05						
Temizlik maddesi						
Su ve sabun	2	14.3	64	38.1	66	36.3
Sıvı sabun- su	12	85.7	103	61.3	115	63.2
Yalnızca su	-	-	1	0.6	1	0.5
Z=0.856 P= 0.456 P >0.05						
Yemekten önce el yıkama durumu						
Evet	12	85.7	144	85.7	156	85.7
Hayır	-	-	1	0.6	1	0.6
Bazen	2	14.3	23	13.7	25	13.7
Z= 0.021 P= 0.999 P>0.05						
Tuvaletten önce el yıkama durumu						
Evet	11	78.6	72	42.9	83	45.6
Hayır	1	7.1	53	31.5	54	29.7
Bazen	2	14.3	43	25.6	45	24.7
Z=1.284 P=0.032 P< 0.05						
Tuvaletten sonra el yıkama durumu						
Evet	13	92.9	155	92.3	168	92.3
Hayır	-	-	1	0.6	1	0.6
Bazen	1	7.1	12	7.1	13	7.1
Z= 0.021 P= 0.959 P>0.05						
Temizlenme şekli						
Su ile	3	21.4	34	20.2	37	20.3
Tuvalet kağıdı ile	3	21.4	37	22.0	40	22.0
Su ve tuvalet kağıdı ile	8	57.2	95	56.6	103	56.6
Hiçbiri	-	-	2	1.2	2	1.1
Z= 0.043 P= 0.981 P>0.05						
Toplam	14	100	168	100	182	100

önce idrar yolu enfeksiyonu geçirmediği görülmektedir. Daha önce İYE geçiren öğrencilerin, kaç kez İYE geçirdikleri incelendiğinde ise; çok azının iki ya da daha fazla sayıda geçirdiği saptanmıştır. Bu sonuç literatürle uygunluk göstermektedir. Literatüre göre idrar yolu enfeksiyonlarının sık sık kısa aralıklarla yineleme göstermesi en önemli özelliğidir (12). Kız çocuklarının %8'i, erkek çocukların %2'si çocukluk çağı boyunca en az bir kez İYE geçirmektedir (13). Ağartan ve ark.'nın (2006) çalışmalarında 7-12 yaş grubundaki kız çocuklarında İYE görülme

oranının, erkek çocuklarına göre yaklaşık yedi kat arttığı belirtilmektedir (14).

İYE geçiren öğrencilerin idrar yolu enfeksiyonuyla baş etme durumları incelendiğinde; öğrencilerin çok az bir kısmının doktora gidip antibiyotik kullandıkları, karnını ve ayaklarını sıcak tuttıkları belirlenmiştir. Şahin'in (2005) araştırmasında ise deneklerin %46.7'sinin hijyene önem gösterme, %26.7'sinin sıcak uygulama yapma, %16.7'sinin ise bol sıvı alma gibi uygulamalara başvurdukları belirtilmektedir (11). Bu sonuçlara göre, öğrencilerin idrar yolu

enfeksiyonuyla baş etmede yeterli düzeyde bilgiye sahip olmadıkları söylenebilir.

Bulgulara göre öğrencilerin yarısına yakın bir kısmının günde 3-4 kez idrar yaptığı görülmektedir (Tablo 1). Bu sonuç, literatüre uygunluk göstermektedir. Literatürde günlük idrar yapma sıklığının idrar yolu enfeksiyonu oluşturmasına ve yinelemesine etkisi olduğu belirtilmektedir (3,12,15). Şahin'in (2005) araştırmasında da öğrencilerin bir günde %39'unun 4-5 kez, %36'sının ise değişen biçimlerde idrar yaptıkları saptanmıştır (11).

Tunga ve ark.'nın (2002) yaptığı araştırmada hastaların %78'inin karın ağrısı, %58'inin idrar yaparken yanma ve %52'sinin idrarda renk ve koku değişikliği olması nedeniyle sağlık kuruluşuna başvurdıkları görülmüştür (16). Yine Çiner ve ark.'nın (2004) araştırmasında hastaların %44'ünde ateş, %54'ünde karın ağrısı, %42'sinde idrar yaparken yanma (dizüri), %10'unda ise idrar renk ve kokusunda değişiklik bulgularının görüldüğü belirtilmektedir (17). Elde edilen sonuçlar değerlendirildiğinde, çocukların idrar yolu enfeksiyonu geçirdikleri dönemde benzer belirtilerden yakındıkları görülmektedir (Tablo1).

Yapılan çalışmada öğrencilerin çoğunlukla gerektiği zaman ellerini yıkadıkları, ellerini yıkarken ise sıvı sabun ve su kullandıkları saptanmıştır (Tablo 2). Literatürde korunmaya yönelik girişimlerde, tuvalete girmeden önce el yıkama alışkanlığının olmaması ve ellerin yıkanmasında temizlik maddesi kullanılmamasının idrar yolu enfeksiyonu riskini artırdığı belirtilmektedir (12). Şahin (2005) yaptığı araştırmada ise, deneklerin %72'sinin sabun kullanarak el temizliğini yaptığını belirtmektedir (11).

Öğrencilerin yarısına yakınının tuvalete girmeden önce ellerini yıkadığı, tamamına yakınının ise tuvaletten çıktıktan sonra ellerini yıkadığı saptanmıştır (Tablo 2). Eşer ve Khorsid'in (1992) araştırmasında, İYE olan kadınların %35'inin tuvalete girmeden önce ellerini yıkadıkları, %65'inin ellerini yıkamadıkları; İYE olmayan kadınların ise %48.57'sinin tuvalete girmeden önce ellerini yıkadıkları, %51.43'ünün ellerini yıkamadıkları belirtilmektedir (12). Araştırmada deneklerin (n: 117) hepsinin tuvaletten sonra el yıkadıkları belirtilmektedir (12).

Öğrencilerin idrar yaptıktan sonra genital temizlik durumları incelendiğinde; çoğunun

idrarını yaptıktan sonra temizlendiği, yarısından çoğunun temizlenmeyi önden arkaya doğru yaptığı ve tamamına yakınının temizlendikten sonra tuvalet kağıdı ile kurulandığı belirlenmiştir (Tablo 2). Demirbağ'ın (2000) "kadınlarda idrar yolu enfeksiyonlarında hijyenik alışkanlıklarla ilgili risk faktörleri" adındaki araştırmasında, İYE tanısı almış hastaların %45.5'inin, kontrol grubundaki kadınların ise %24.5'inin arkadan öne doğru temizlendikleri belirtilmektedir (13). Şahin'in (2005) yaptığı araştırmada deneklerin %63'ünün önden arkaya doğru, %37'sinin ise arkadan öne doğru temizlendikleri belirtilmektedir (11). İdrar yolu enfeksiyonuna ilişkin literatüre göre, tuvalette boşaltımdan sonra perine bölgesinin temizlik yönünün arkadan öne doğru olması İYE için hazırlayıcı bir etkidir (12,15).

Öğrencilerin iç çamaşırlarını daha çok iki günde bir değiştirdiği belirlenmiştir (Tablo2). Bu sonuç, literatüre uygunluk göstermektedir. Literatüre göre, idrar yolu enfeksiyonlarından korunmada çamaşır türü ve değiştirme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (3,12,15,18). Eşer ve Khorsid'in (1992) "idrar yolu enfeksiyonu tanısı konmuş kadınlarda hijyenik alışkanlıkların incelenmesi" adındaki araştırmalarında da kadınların, %28.6'sının her gün, %61.4'ünün 2-3 günde bir, %10'unun ise haftada bir çamaşır değiştirdiği belirtilmektedir (12).

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin banyo yapma sıklıkları incelendiğinde; çoğunlukla haftada 2-3 kez banyo yaptıkları saptanmıştır (Tablo 2). Şahin'in (2005) yaptığı araştırmada da yapılan çalışmanın sonuçlarına benzer biçimde kız öğrencilerin %14'ünün her gün, %84'ünün 2-3 günde bir, %2'sinin ise haftada bir banyo yaptıkları belirtilmektedir (11).

Öğrencilerin tamamına yakınının haftada bir tırnaklarını kestikleri saptanmıştır (Tablo 2).

Tırnak uçlarının altında bir çok mikrop kolayca yerleşip üreyebilir ve bunlar değişik yollardan vücuda girerek hastalıkların oluşmasına neden olabilir. Bu nedenle, tırnakların haftada bir kez kesilmesi ve tırnak diplerinin temizlenmesi çok önemlidir. Öğrencilerin gün içinde en az 1-2 bardak sıvı tükettiği saptanmıştır (Tablo 2). Bol sıvı alımının idrar yolu enfeksiyonlarından korunmadaki önemi birçok literatürde belirtilmektedir. Sıvı alımı idrar miktarını artırıp

Tablo 2'nin devamı. Öğrencilerin bireysel hijyen alışkanlıklarına göre idrar yolu enfeksiyonu geçirme durumlarının dağılımı

Bireyde hijyen alışkanlıkları	İYE geçirme durumu				Toplam	
	Evet		Hayır		Sayı	Yüzde
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Taharetlenme durumu						
Evet	13	92.9	121	72.0	134	73.6
Hayır	-	-	11	6.6	11	6.0
Bazen	1	7.1	36	21.4	37	20.4
Z=0.749 P=0.629 P>0.05						
Kurulanma durumu						
Taharet bezi	-	-	14	8.4	14	7.7
Tuvalet kağıdı	12	85.7	137	81.5	149	81.9
Kurulamıyorum	2	14.3	17	10.1	19	10.4
Z= 0.300 P= 0.999 P > 0.05						
Taharetlenme biçimi						
Önden arkaya doğru	6	42.9	86	51.2	92	50.6
Arkadan öne doğru	8	57.1	82	48.8	90	49.4
Z= 0.361 P= 0.979 P > 0.05						
Çamaşır değiştirme sıklığı						
Günde bir kere	4	28.6	28	16.7	32	17.6
İki günde bir	8	57.1	95	56.5	103	56.6
Üç günde bir	-	-	5	3.0	5	2.7
Haftada bir	2	14.3	40	23.8	42	23.1
Z=0.449 P= 0.988 P > 0.05						
Banyo yapma sıklığı						
İki günde bir	8	57.1	91	54.2	99	54.4
Haftada 1	6	42.9	76	45.2	82	45.1
Haftada 2-3	-	-	1	0.6	1	0.5
Z= 0.107 P=0.941 P>0.05						
Tırnak kesme sıklığı						
Haftada 1	13	92.9	118	70.2	131	72.0
4 günde 1	-	-	4	2.4	4	2.2
10 günde 1	-	-	33	19.7	33	18.1
15 günde 1	1	7.1	13	7.7	14	7.7
Z=0.813 P=0.523 P>0.05						
İçilen sıvı miktarı						
1-2 bardak	6	42.9	52	31.0	48	26.4
3-4 bardak	3	21.4	28	16.6	41	22.5
5-6 bardak	2	14.3	41	24.4	43	23.6
7-8 bardak	3	21.4	47	28.0	50	27.5
Z=0.642 P=0.804 P>0.05						
Toplam	14	100	168	100	182	100

mesaneyi yıkayarak İYE'yi önlediği için genellikle günde 2500 cc. sıvı alınması önerilmektedir (12,15,19).

Genel olarak el hijyenin sağlanmasında su ve sabunun önemli etkiye sahip olduğu bilinmektedir. Okuldaki tuvaletlerde sabunun bulunmaması, el temizliğinin sağlanmasını engelleyerek perinenin mikroorganizmalar ile kontaminasyonuna neden olup idrar yolu

enfeksiyonu gelişimini artırabileceğini düşündürmektedir.

Öğrencilerin yapılan eğitimden memnun kaldığı, bilgileri çok yararlı buldukları, özellikle İYE tanımı, belirtileri, korunma yolları konularının onlara yararlı olduğu, davranışlarında değişiklikler olduğu belirlenmiştir.

Sonuç ve Öneriler

Araştırma sonucunda, ilköğretim okulunda okuyan öğrencilerin idrar yolu enfeksiyonu, idrar yolu enfeksiyonunu etkileyen etmenler ve bunlardan korunma yolları konularında istendik düzeyde bilgi sahibi olmadıkları saptanmıştır.

Bu sonuçlara dayanılarak,

- Sağlık profesyonellerinden idrar yolu enfeksiyonunun tanımı, belirtileri, etkileyen etmenler, tedavisi, idrar yolu enfeksiyonuna yakalanmamak için neler yapılması gerektiği ve baş etme yöntemleri hakkında bilgi alınması,
- İdrar tutmanın sakıncalarının sağlık çalışanı tarafından anlatılması,
- Hijyenik alışkanlıklarına daha fazla özen göstermeleri,
- Tuvaletten önce ve sonra ellerini su ve sabunla yıkamaları,
- Yemekten önce ve sonra ellerini su ve sabunla yıkamaları,
- Boşaltımdan sonra perineal bölgeyi önden arkaya doğru ve kuralına uygun olarak doğru bir biçimde temizlemeleri,
- Tuvalet sonrasında temizlenme işlemini su ile yıkama ve tuvalet kağıdı ile kurulama biçiminde yapmaları,
- İç çamaşırlarını pamuklu kumaştan seçmeleri ve her gün değiştirmeleri,
- İç çamaşırlarını temizlendikten sonra ütüyerek kullanmaları,
- Uygun vücut hijyeninin sağlanması için olanaklıysa her gün, değilse haftada üç, en az haftada bir kez banyo yapmaları,
- İdrarlarını olanaklı olduğu kadar sık yapmaları,
- Günde en az 10-12 bardak (2-2.5 litre) sıvı tüketmeleri biçiminde önerilerde bulunulabilir.

Ayrıca gerek halk sağlığı alanında gerekse klinik çalışma alanlarında hemşirelerin sağlıklı ve risk grubundaki bireylere, idrar yolu enfeksiyonundan korunma ve baş etme yöntemleri konularında sağlık eğitimi yapmaları önerilebilir.

Radyo, televizyon, gazete ve dergilerin halkın dikkatini çekerek idrar yolu enfeksiyonunu tanıma ve korunma yollarını öğrenmeleri için aydınlatıcı yayınlar yapmaları da yararlı olacaktır.

İletişim: Dr. Melek Ardahan

E-posta: melekardahan@hotmail.com

Kaynaklar

- 1- Kazancı G. Genel üroloji. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 1999.
- 2- Mir S, Keskinoglu A, Özkayın N, Özdemir Ö. İlkokul 1. sınıf çocuklarında asemptomatik idrar yolu enfeksiyonu ve hipertansiyon prevalansı. Ege Tıp Dergisi 2005; 44 :29-33.
- 3- Khorsid L. Üriner sistem enfeksiyonları. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1992; 3:89-95.
- 4- Topçu A. İnfeksiyon hastalıkları. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 1996.
- 5- Bakır M. Üriner sistem enfeksiyonlarında doğru antibiyotik kullanımı. 4. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Kemer-Antalya, 2002. 117-119.
- 6- Akıl I, Egemen A. Çocuklukta idrar yolu enfeksiyonları. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2002; 11:186-189.
- 7- Myers AR. İç hastalıkları. 3ncü Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 1998.
- 8- Aynacı FM, Mocan H, Erduran E, Yazıcı A. Çocuklarda üriner sistem enfeksiyonu. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi 1994; 3:29-32.
- 9- Aksu N, Kara OD. Çocukluk çağı idrar yolu enfeksiyonları ve klinik önemi. SSK Tepecik Hastanesi Dergisi 2000; 12: 13-22.
- 10- Mir S. Üriner sistem ve erkek genital sistem ders notları. İzmir: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Yayın Bürosu, 1996-1997.
- 11- Şahin H. Kredi ve yurtlar kurumu bornova öğrenci yurdunda kalan kız öğrencilerinin idrar yolu enfeksiyonları hakkındaki bilgi düzeyleri ve korunmaya yönelik uygulamalarının incelenmesi. Lisans Tezi, İzmir, 2005.
- 12- Eşer I, Khorsid KL. (1992). İdrar yolu enfeksiyonu tanısı konmuş kadınlarda hijyenik alışkanlıkların incelenmesi. III. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Sivas Kültür Merkezi, 1992.
- 13- Demirbağ AC. Kadınlarda idrar yolu enfeksiyonlarında hijyenik alışkanlıklarla ilgili risk faktörleri. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2000; 4:52-58.
- 14- Ağartan AC, Kaya AD, Yücel M. Çocuklarda idrar yolu enfeksiyonu etkenleri ile yaş ve cinsiyet ilişkisinin araştırılması. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2006; 20:89-93.
- 15- Akyol A. Üriner sistem hastalıklarında bakım. Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Derneği Yayınları, İzmir: Meta Basım, 2005.
- 16- Tunga M. ve ark. Üriner sistem enfeksiyon kuşkusu olan çocuklarda tanımlayıcı laboratuvar testlerinin idrar kültür sonuçlarıyla karşılaştırılması. Türk Pediatri Arşivi 2002; 37: 150-155.
- 17- Çiner Ş, Çivibal M, Elevli M. Çocuklarda idrar yolu enfeksiyonu ve antibiyotik direnci. Haseki Tıp Bülteni 2004; 42:200-204.
- 18- Genital hijyeni korumanın 10 altın kuralı. Erişim tarihi: 30.09.2007, <http://www.jinekoloji.net>.
- 19- Özer S. Üriner sistem enfeksiyonlarında hemşirelik yaklaşımları. Nefroloji Hemşireliği Dergisi 2005; 3:1-7.

Binyıl Kalkınma Hedeflerinde Üreme Sağlığı Hizmetlerine Erişim ve Haklardaki Değişim

The Change in the Millenium Development Goals in Access to Reproductive Health Services and Rights



Dr. Işıl Ergin*

Öz

Üreme sağlığı kavramı 1950'lerde demografik kaygılarla biçimlenirken, daha sonraki yıllarda sağlık çıktılarına iyileştirmeye yoğunlaşmıştır. Haklar boyutunun ağırlık kazanması süreci ise Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı ICPD (*International Conference on Population and Development*) ile ivme kazanmıştır. Üreme sağlığında "hizmete erişimin" öneminin kavranması da bu döneme rastlar. 2000'lerde ise Binyıl Kalkınma Hedefleri (BKH) doğrultusunda, üreme sağlığı ve hizmetleri bağlamında yoksul ve dezavantajlı grupları öcelemeleyen, haklar konusunda alınan yolu geri saran ve hizmete erişim unsurunu tamamen dışlayan bir yaklaşım söz konusudur. BKH ile ilgili sorunların ortaya konması amacı ile oluşturulan çalışma grupları, özellikle kadın ve çocuk sağlığı bileşenlerine ilişkin amaçların, alt hedeflerin ve ölçütlerin değiştirilmesi yönünde raporlar yayımlamaktadır. Hedefler arasına üreme sağlığı hizmetlerine erişimin eklenmesi, hizmetin örgütlenmesi sürecinde önceliklendirilmesi gereken nüfusun vurgulanması ve eşitsizliklerin derinleştiği bazı ölçütlerin yakın izleme alınması gerekliliği ortaya çıkmıştır ve bu durum süreçteki önemli bir düzeltme olacaktır. Ancak uluslararası topluluğunun bu konulara ilişkin ilgisinin ve mali desteğinin azalması ve bunun gerekçeleri göz ardı edilmemelidir. Yıllar içinde bu alanda kazanılan haklar ve erişim ilkeleri yanı sıra, mücadele veren tarafları yok saymayan bir sağlık sistemine gereksinim her zamankinden daha fazladır.

Anahtar sözcükler: Üreme sağlığı, binyıl kalkınma hedefleri, erişim.

A. Giriş ve Amaç

Üreme sağlığı kavramı uzun yıllardır kadın ve sağlık konularıyla ilgilenenler yanı sıra, nüfus, kalkınma ve haklar alanını tartışanların da önemli bir teması olmuştur. 1950'lerde, demografik kaygılardan yola çıkılmış, ancak sonraki yıllarda sağlık çıktılarına iyileştirmek daha öncelikli olmuştur. Bu sayede anne ve çocuk sağlığında önemli iyileşmeler kaydedilmiştir. Üreme sağlığı kavramında haklar boyutunun ağırlık kazanması süreci ise 1994'te Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı-ICPD (*International Conference on Population and Development*) ile ivme kazanmıştır. Üreme sağlığında "hizmete erişimin" öneminin kavranması da bu döneme

Abstract

The concept of reproductive health, in the 1950's, has initially been molded by demographic concerns and in the later years, the issue of improving the health outputs has been the main focus. The time where the aspect of rights has predominated starts to accelerate with International Conference on Population and Development (ICPD). This era is the time when the importance of "access to care" in reproductive health services has been comprehended. In the 2000's, in accordance with Millenium Development Goals (MDG), the issue of access to reproductive health services has acquired an approach that does not prioritize disadvantaged groups, rewinds the efforts on the rights issue and totally excludes the importance of access to services. The task forces which are considering the problems about the MDGs, has reported the demands on the modification of some of the goals, targets and the indicators, especially on women and child health. The necessity to include access to reproductive health services, the emphasis on addressing of the population that needs to be prioritized and the close follow-up of some indicators where the inequalities deepen have come into more clear existence. This will be an important correction in this context. However, the diminishing affinity and the financial support of the international community and the rationale behind this should not be omitted. The necessity for a health system that does not ignore the earned rights and the principles of access to reproductive health services as well as the voice of those who have combatted for years in this area is more vital than ever.

Key words: Reproductive health, millenium development goals, access.

rastlar. 2000 Yılında, ile dünya ülkelerinin önüne çeşitli hedefler koyan Binyıl Kalkınma Hedefleri (BKH) ise, aşılın yolu ve tarafları hiçe sayan, geri adımlar ve eksiltmelerle dolu bir metin olmuştur. Eşitsizlikleri düzeltmeye ilişkin savına tam da karşıt bir biçimde, yoksul ve dezavantajlı grupları öcelemeleyen, haklar konusunda alınan yolu geri saran ve hizmete erişim unsurunu tümüyle dışlayan bir yaklaşım söz konusudur.

Bu makalede, üreme sağlığı kavramının içerik ve kapsamındaki değişim ICPD ve ICPD+5 çerçevesindeki süreçte

değerlendirilecek, bu değişiklikleri tetikleyen sosyopolitik etmenler açıklanacak ve Binyıl Kalkınma Hedefleri ile gelinen son nokta anlatılacaktır.

B. Üreme Sağlığı Alanında Politika Belirleyici Unsurlar: 1950'lerden 1980'lere Kadar Alınan Yol

Geçmişte "aile planlaması"na ilişkin politikalar üç temel kaygı sonucunda belirlenmiştir:

1. Demografi, 2. Sağlık, 3. İnsan hakları.

Dünyanın sosyopolitik çehresinde yıllar içindeki değişim, bu kaygıların hangisinin öncelikli olacağını belirlemiştir (1).

Demografik kaygıların öncelendiği yıllar 1950 ve 60'lardır. Hızlı nüfus artışı ve mortalitedeki azalmanın olası sonuçlarının nüfus kontrolü ile durdurulabileceği tartışmaları, bu gerekçelendirmenin temelini oluşturmuştur. Nüfus kontrolünün temel aracı "aile planlaması" olarak görülür. Tüm dünyada ve Türkiye'de de bu alanda dikey örgütlenmelerin yolunun açıldığı bir süreç yaşanır (1). Türkiye'de 1963'te AÇSAP merkezlerinin kurulması ve pronatalist (doğurganlığı güdüleyici) politikaların yerini 1965'ten sonra antenatalist (doğurganlığı azaltıcı) politikalara bırakması bu döneme rastlar (2).

1970'lerle birlikte, demografik kaygılar yerine sağlık çıktılarına iyileştirme çabaları önem kazanır. Nüfus artış hızının yüksek, ancak doğurganlığı kontrol etme isteğinin zayıf olduğu görülerek, yüksek doğurganlıktan kaynaklanan sağlık sorunlarını incelemek ve gidermek hedefleri üzerine yoğunlaşılır. Özellikle anne ve bebek ölümleri vurgusu önem kazanıp dramatik iyileşmeler sağlanır. Süreç, bu alanda yürütülen programlara Dünya Sağlık Örgütü, Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu ve Amerika Birleşik Devletleri Uluslararası Kalkınma Kuruluşu başta olmak üzere, pek çok uluslararası destekle, yoğun bir ilgi içinde geçer.

1980'lere gelindiğinde, dünyada esen "insan hakları rüzgarı"nın paralelinde, üreme sağlığı alanı da insan hakları boyutuyla mercek altına alınmıştır (1). 1981'de CEDAW (*Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination Against Women*) Kadınlara Karşı Her Türü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi; kadının doğurganlığını kontrol etme ve çocuk sayısına karar verme hakkı yanı

sıra eğitim, bilgiye erişim ve bunları yaşama geçirebilme hakkı ile donatılabilmesini savunan ilk yasal metin olma özelliğindedir.

İzleyen yıllarda, üreme sağlığı kavramının çok yönlü tartışılması gerekliliği yanı sıra, farklı bakış açıları ve farklı disiplinlerin önemli katkıları olabileceği görüşü egemen olur. Kadın, çocuk, beslenme, çevre, sürdürülebilir kalkınma ve insan hakları için bir araya gelinen konferanslarda ve zirvelerde, üreme sağlığı ve hakkı konuşulur, pek çok farklı platformda bu konu tartışılır (3).

C. 1994 Uluslararası Nüfus ve Gelişim Konferansı-ICPD

1994'e gelindiğinde artık uluslararası topluluk, üreme sağlığı alanındaki önemli gelişme için hazırdır. ICPD, 3 Eylül 1994'te Kahire'de gerçekleşir. Mısır devlet başkanı, BM genel sekreteri, UNFPA başkanı, IPPF genel sekreterinin yer aldığı açılıştaki üst düzey temsiliyet sürecin tam destek aldığına işaretlerini taşır. 179 ülkenin hükümet temsilcileri yanı sıra, sivil toplum kuruluşlarından ve medyadan 11 000 kayıtlı katılımcı, bundan sonraki 20 yıla ilişkin nüfus ve kalkınma alanında bir eylem planı geliştirmek üzere bir araya gelmiştir (3).

ICPD "nüfus kontrolü" döneminin kapandığını ve aile planlaması yolu ile demografik hedefler dayatmak yerine, güvenli, karşılanabilir ve etkin üreme sağlığı bakımı ve hizmetinin gerekliliğini savunur. Bu hizmetin gençler de içinde olmak üzere evrensel kapsayıcılıkta ve toplumsal cinsiyet perspektifiyle sunulması vurgusunu 179 ülkenin imzasıyla duyurur (4). Açılış konuşmasında Dr. Sadık, insana yatırımın önemli olduğunu ve tüm bu hedeflere erişimde eşitsizlikleri vurgular. Yapılan hesaplarda, çok ucuz bir programla 2015'e kadar nasıl bir düzelme sağlanabileceği görülmüştür. Sadık, bu alanda parlamenterlere düşen dört temel görevi tanımlar:

1. Toplumda duyarlılık oluşturmak,
2. Kaynak oluşturacak ulusal desteği harekete geçirmek,
3. Yasal düzenlemeler yapmak,
4. İzlem çalışmaları ile uygulamanın izleneceği mekanizmalar geliştirmek (5).

Siyasal erki sürece katmanın öneminin farkında olarak parlamenterlere görev biçen ICPD, bu hedeflere yönelik olarak çalışılması gereken dört alanı şöyle belirler;

1. Evrensel eğitim, 2. Bebek ve çocuk ölümlerinin azaltılması, 3. Anne ölümlerinin azaltılması, 4. Aile planlaması da içinde olmak üzere, üreme ve cinsel sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik (3). Bu vurgu; bütüncül örüntüsünü ve kapsama alanını da netlikle tanımlamaktadır.

Ancak; sağlık politikaları ve politika araştırmalarına 1993 Dünya Gelişim Raporu ile giren ve sistemin belli öğelerini, belli çıktı hedefleri üzerinden test eden yaklaşım, ICPD sonuç metnine de yansır. Bu yaklaşım "reçete tarzı" düzenlemelerle, sistemlere bir "mühendis" gözü ile bakılıp her bir hareket eden parçanın "kalibre edilmesi" ve bunun diğer parça üzerinde kantitatif bir değiştirici etkisi olacağını varsaymaktadır (1). Ancak her ülkenin sağlık sisteminin, kendine özgü örgütsel kültürünü taşıdığı gerçeği göz ardı edilmektedir. Bu yaklaşımına karşın, üreme sağlığına getirdiği bütünlüklü ve sosyal bakış açısı ve hükümetlere rol biçmesi açısından çok önemli bir adımdır. ICPD ile üreme sağlığının kavram, hizmetler ve kapsama ilişkin kazandığı yeni çehre aşağıda özetlenmiştir:

a. Üreme sağlığı kavramı: Üreme sağlığına ilişkin işlev ve süreçlerde yalnızca hastalık ve sakatlığın olmaması değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik durumunun olmasıdır. Sağlığın korunmasına ilişkin unsurlar, üreme sağlığı alanının da gündeminde olacaktır. Doyurucu ve güvenli bir cinsel yaşama ve üreme yeteneğine sahip olmanın yanı sıra, bunları kullanmada karar verme özgürlüğünün önemi vurgulanır. Ne yazık ki, cinsel yaşama ilişkin vurgular, ICPD sürecini baltalama girişimlerinin en temel hedefi ve ikna noktası olacaktır.

Üreme sağlığı kavramının; her yaşı ve her iki cinsiyeti kapsamı ve yaşamı bir bütün olarak ele alması vurgusu da önemlidir. Böylelikle artık üreme sağlığı etkinlikleri erkekleri, ergenleri ve geçmişte göz ardı edilen diğer grupları da içerecek biçimde genişleyecektir. Ancak özellikle ergen cinselliği, sonraki yıllarda önemli tartışmaların temelini oluşturacaktır.

b. Üreme sağlığı hizmetlerine erişim: Dört ana hedeften birisidir. Bu hizmetin tüm yaşam boyu süren, herkesi hedefleyen, uygun kontraseptif seçenekler sunan, bilinçli-özgür seçim sağlayan, hizmeti veren ve alan arasında etkileşimi olası kılan, üreme hedeflerinin

gerçekleştirilmesine yardımcı olan ve üreme organları ve işlevleri ile ilgili hastalık ve yaralanmaları önleyen ve sağaltan nitelikte olması vurgulanır. Beş temel bileşen olarak antenatal, perinatal, postpartum ve yenidoğan dönemi hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli aile planlaması hizmetleri sunulması, güvenli olmayan küretajların ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların önlenmesi ve tedavisi, sağlıklı cinselliğin özendirilmesi belirtilir.

c. Paradigma değişimi: ICPD; nüfus ve gelişim kavramlarını, makro düzeydeki nüfus büyümesinin ekonomik büyüme üzerindeki etkileri anlayışından, bireysel gelir ve kalkınma ve karşılanmamış gereksinimlere kaydırmaktadır. Üreme sağlığını, aile planlaması noktasından daha geniş bir kavramsal çerçeve olarak üreme sağlığı ve hakkı boyutuna taşımaktadır. Multisektörel yaklaşımın önemine vurgu yapmanın yanı sıra, yoksulluğun azaltılması ve eşitlik kavramlarına odaklanmaktadır. Çıktılara dayalı bir gelişim ve ölçülebilir hedefler önermektedir. Donör desteklerinin parçalı olarak yürütülmesi yerine, eşgüdüm ve uyum içinde çalışma hedeflemektedir. Projeler yerine, bütçenin desteklenmesi gerektiğini savunmaktadır.

d. Ergenler: Ergenlerin cinsel sağlık ve üreme hizmetlerine erişimi, güvenli kürtaj ve güvenli annelik konuları ise tartışmalı alanlar olarak kalır. Bu kavramlar, daha sonraki toplantıların yapıcı gelişmeler kaydetmesinde de önemli engeller olmayı sürdürecektir (6,7).

ICPD sonrasında da üreme sağlığı alanındaki kamuoyu bir araya gelerek tartışmayı sürdürür. 1995-Pekin "Kadın ve Gelişim Konferansı" toplumsal cinsiyet kavramını öne çıkaran ve eşitlik, gelişim ve barış eylem planını ortaya koyan önemli bir dönemeç olur. 1995 (Kopenhag) "Sosyal Zirve", 1996 (İstanbul) "Habitat II" ve 1996 OECD/DAC "21. Yüzyılı Şekillendirmek" sürecin önemli köşe taşları olur.

1999'da ICPD sonrası beş yılın değerlendirmesi, "International Development Goals" (IDG) ya da daha yaygın bilinen adı ile ICPD+5'te yapılır. Şubat 1999'dan itibaren çeşitli forumlarda tartışılan sorunlar,

Asamble'nin üç günlük özel oturumuna taşınır. 100 kadın örgütünden oluşan "Kadın Koalisyonu" sürecin hem takipçisi, hem de yürüyen karşı lobi faaliyetinin mağdurları olur. ICPD'nin 113 sayfalık uzun ve ayrıntılı

dokümanına kıyasla oldukça kısa bir metin hazırlanır ve "Anahtar Eylemler Dökümanı" olarak özetlenir. Engeller tanımlanır, öneriler getirilir. Dünyadaki makroekonomik süreç ve sosyal bileşenlerdeki değişimin, programın uygulanmasının önünde engel oluşturduğu belirtilir. En önemli iki engel ise şu biçimde tanımlanmaktadır: küreselleşme ve piyasanın artan rolü.

Ne yazık ki bu iki bileşen, süreci BKH'ye doğru sürükleyecek olan gelişmelerin de tetikleyicisi olacaktır. 1999'daki ICPD+5'in üzerinden daha bir yıl bile geçmeden, 2000'de yeni binyıl hedeflerinin belirlenmesi için toplanılacaktır. O ana kadar yürütülen ve tarafların görüşlerinin yansıdığı tüm metinleri yok sayarak tek bir elden kaleme alınan BKH, uluslararası kuruluşların onayıyla deklare edilir.

D. Binyıl Kalkınma Hedefleri

1999'daki ICPD+5'in üzerinden pek de fazla bir zaman geçmeden 6-8 Eylül 2000 tarihlerinde 147 devlet ve hükümet başkanı, 189 ulusun temsilcileri, New York'ta Tarihi Milenyum Zirvesi için buluşur. "Milenyum Deklarasyonu" hazırlanır. Deklarasyonu Kennedy Üniversitesi dekanı kaleme almıştır. BM sekreteryası, DB, IMF, OECD'nin karar verilen hedefleri gözden geçirip incelemesinin ardından, uluslararası topluluğun pek de alışık olmadığı bir gecikmeyle, zirveden tam bir yıl sonra, Eylül 2001'de yayınlanır. Sekiz ana amaç ve onlara eşlik eden alt hedefler ve bu hedefleri ölçmeye yönelik ölçütleri içermektedir:

1. Aşırı yoksulluğu ve açlığı eradike etmek,
2. Evrensel düzeyde ilköğretimi sağlamak,
3. Cinsiyet eşitliğini ve kadınların güçlenmesini hedeflemek,
4. Çocuk mortalitesini azaltmak,
5. Anne sağlığını geliştirmek,
6. HIV/AIDS, sıtma ve diğer hastalıklarla savaşmak,
7. Çevresel sürdürülebilirliği sağlamak,
8. Gelişim için küresel işbirliği geliştirmek.

Sekiz amaç bugün küresel gündemin en önemli konularını oluşturmaktadır. Bu hedefler yalnızca BM değil, birçok önemli uluslararası örgütler için de temel ilkeler durumuna gelmiştir. Ne yazık ki, bu alanda yoğun emek ve mücadeleler sonunda ortaya konan, üreme sağlığı alanındaki "haklar" ve üreme sağlığı hizmetlerine "erişim" ana amaçlar, hatta alt hedefler arasında bile yer almamaktadır.

Kürtajın reklamının yapıldığını ve ergenlere cinsel eğitim verilerek ailevi değerlerin aşağılandığını iddia eden gruplar olmuştur. Hatta bu grupların, üreme sağlığı ile ilgili maddenin olması halinde, diğer BKH'de görüş birliğini bloke etmekle tehdit ettikleri belirtilmektedir. G77'lerin bu karşıt görüşleri, üreme sağlığı alanındaki hedefin eksiltileme gerekçesi olarak gösterilmektedir; ancak özgün metinde de üreme sağlığı alanındaki vurgunun zayıflığı dikkati çekmektedir. Çıkarılan cümlelere bakıldığında, metnin daha baştan haklar ya da üreme hizmetlerine erişim konusunda fazla bir şey hedeflemediği görülmektedir. BKH'nin yoksul ve dezavantajlı gruplar için ne anlama geleceği, üreme sağlığı hizmetlerine erişimin bu hedefler çerçevesinde aldığı yara, bunun giderilmesi amacıyla oluşturulan çalışma gruplarının önerileri ve uluslararası topluluğun bu alandaki yeni hizmet hedefleri ve gerekçeleri üç başlık altında incelenecektir:

1. Yoksullar ve diğer dezavantajlı gruplar, hakkaniyet ve üreme sağlığı hizmetlerine erişim:

BKH yoksulluğu ortadan kaldırmak iddiasındadır. Ancak; hem belirlenen amaçlar, hem de izlem için kullanılacak ölçütler açısından bu iddianın gerçekliği kuşku uyandırmaktadır. Örneğin, uzun yıllardır önemli bir mücadele alanı olan üreme sağlığı hizmetleri yok sayılmaktadır. Oysa üreme sağlığı hizmetine erişim özellikle yoksullar ve diğer dezavantajlı gruplar için büyük önem taşımaktadır. Çünkü araştırmalar, üreme sağlığı hizmetlerinin tüm hizmet kümeleri içinde en eşitsiz yararlanılan sağlık hizmeti olduğunu göstermektedir (8). Daha da ötesi bu hizmetlere erişimin kötü olduğu ülkelerdeki en önemli sağlık sorunlarından biri olan anne ölümleri ve hastalık yükü; zengin ve yoksul ülkeler arasındaki hastalık yükleri açısından en önemli farklardan birini oluşturmaktadır (9).

Sağlıkta hakkaniyet dendiğinde, değişik düzeyde sosyal farklılıkları olan gruplar arasında sağlık açısından (ya da sağlık hizmetlerine erişim de içinde olmak üzere, sağlığın sosyal bileşenleri açısından) sistematik eksikliklerin olmaması anlaşılır. Bu aynı zamanda sosyal adaletin de bir anlatımıdır (1). BKH ise üreme sağlığı hizmetlerine erişimi hedefleri arasına almayarak ve böylelikle dünyadaki sağlık ve haklar gündemindeki görüş alanımızdan çıkartarak, sağlığı sistematik olarak eşitsizleştirmektedir.

Tablo 1. Ana ölüm hızı, anne ölümleri ve yaşam boyu risk, 2000 (9).

Bölge	Ana ölüm hızı (yüz binde)	Anne ölümlerinin sayısı	Yaşam boyu anne ölümü riski
Dünya	400	529 000	74 te 1
Gelişmiş ülkeler	20	2500	2800 de 1
Gelişmekte olan ülkeler	440	527 000	61de 1
Afrika	830	251 000	20 de 1
Asya	330	253 000	94te 1
L. Amerika ve Karayipler	190	22 000	160 ta 1
Okyanusya	240	530	83te 1

Amaçlardaki eksiklikler yanı sıra, onları ölçmekte ve izlemekte kullanılacak ölçütler açısından da sorunlar vardır. Örneğin, birinci amaç aşırı yoksulluğu ve açlığı eradike etmektir ve bu amaçta günlük gelirin bir doların altında olduğu nüfusu 1990–2015 arasında %50 azaltmak ve açlık çeken kişi sayısını 1990–2015 arasında %50 azaltmak hedeflenmiştir. Bu amaç kapsamında, yalnızca yoksullar hedefte olup genel popülasyondaki iyileşme ya da kötüleşme izlenmeye değer bulunmamıştır. Bu durumun tam tersine sağlıkla ilişkili amaçlarda (4, 5 ve 6. amaçlar) ortalamalara odaklanan saptamalar dezavantajlı gruplardaki iyileşme ya da kötüleşmeyi gizlemektedir. Sağlığa ilişkin amaçların izleminde kullanılan bebek ve anne sağlığına ilişkin ölçütler, ortalamaları yansıtmakta, dezavantajlı gruplardaki duruma ilişkin bilgi vermemektedir. Bu amaçlarda (4., 5. ve 6.), yoksulluğa ilişkin amaçtağinin tam tersine ortalamaların öne çıkması sağlanmıştır (1).

Sağlık alanında, bu ortalamalar işimizi ne kadar görecektir? Ortalamalardaki iyileşme BKH'nin sözüm ona ana teması olan yoksulların sağlık göstergelerindeki iyileşmeleri yansıtacak mıdır? Gizleyecek midir? Temanın en önemli hedefi olduğu iddia edilen yoksulların, sağlık durumundaki değişim neden izlenmeyecektir? Bu durum; BKH'nin bazı gerçekleri ortaya dökmek yerine gizlemeyi sağlayacak ölçütleri tercih ettiğinin işaretlerini taşımaktadır. Oysa neoliberal politikaların önerdiği ve dayattığı biçimde, sağlık bakımının pazarlaşması ve düzensiz pazar unsurlarının çöken organize yapıların yanı başında mantar gibi çoğalmasının, sağlık eşitsizlikleri açısından çarpıcı sonuçları vardır. "Düzensiz pazar" en büyük kötülüğü yoksullara yapar. Onlar belirgin bir bilgi asimetrisinin mağdurudur. Kötü ya da tehlikeli hizmetleri, malları satın

almaya en yatkın olanlardır. Eşitsizliklerin derin ve köklü olduğu toplumlarda, sağlığın ticarileşmesi ya da pazar dinamiklerine bırakılması, üstü örtülü ama güçlü bir biçimde dışlamayı yasallaştırır (1). Bu dışlamayı kadın sağlığı açısından örneklerle değerlendirdiğimizde, bu durumun eşitsizlikleri derinleştiren bir yakıta nasıl dönüştüğü görülecektir. Ekvator'daki Saraguaro yerlileri hastane temelli hizmetleri özel yaşamın hiçe sayıldığı, erkek sağlık çalışanları tarafından hizmet verilmesinin kabul edilemez olduğu ve hiç bilmedikleri doğum pozisyonlarına maruz bırakıldıkları yerler olarak tanımlamıştır. Sudan'da yapılan çalışmada, yoksul kadınların sağlık çalışanları önünde kötü giyimli olmaktan utandıkları (çünkü doktorlar daha yüksek sınıftan ve daha iyi giyimli oldukları için) ve okuryazar olmayanların bu durum nedeni ile azar işitmekten korktukları belirlenmiştir. Tanzania'da kadınların %21'i, daha güvenli olduğunu bilmelerine karşın, hastane yerine evde doğum yapmaktadır. Gana'da gebelik nedeniyle ölen kadınların %64'ünün, sağlık hizmetine ulaşmadan önce bir geleneksel iyileştiriciden yardım aldığı görülmüştür (8).

Oysa sağlık hizmeti sistematik bir biçimde dezavantajlı grupları incelemelidir. Eğer sistem bunu garanti edecek biçimde örgütlenmezse, hizmetin ağırlıklı olarak, sosyoekonomik düzeyin daha iyi olduğu nüfuslara ulaşması olağan bir sonuç olacaktır. Çünkü daha iyi sosyoekonomik konumdakiler, hizmet verenler tarafından daha kolay ulaşılabilir durumdadır ve bu sayede örneğin ölümlerde daha hızlı düşüşler sağlamak olanaklıdır. Çünkü yoksulların; bireysel kaynakları kısıtlıdır (eğitsel, ekonomik) ve verilen bilgiyi anlamakta yetersiz kalabilirler. Kendi sağlık sorunlarını algılamakta, sağlık hizmeti ve bilgisine olan gereksinimlerini anlamakta yetersiz kalabilir, sağlık hizmetinin onlara kazandırabilecekleri

konusunda zayıf olabilirler. Coğrafi engelleri de daha çoktur. Bu nedenle, yoksulları merkeze alan programlarda hedeflere ulaşma daha yavaş gerçekleşir, daha yoğun emek gerektirir. Küresel inisiyatiflerde ise yardımların süresi ile yoğunluğu ters orantılıdır ve kısa sürede sonuç alma hevesi baskındır. Bu nedenle, daha dezavantajlı grupların öncelenmesi hep gecikecektir (8). Bir sağlık sisteminin küresel ama kısa vadeli hevesler taşıyan yardımlarla beslenen projeler yerine, bütçe kaynaklı programlara odaklanması ve bu eşitsizlikleri gidermek yolunda sistematik ve süregelen bir çaba sarf etmesi önemli olacaktır.

Yoksul ülkeler için hastalık ve ölüm örüntüsü incelendiğinde; 1. Düşük kiloluluk, 2. Güvenli olmayan cinsel ilişki, 3. Güvenli su ve sanitasyon olmaması ilk üç sıradaki risk faktörleri olarak görülmektedir (10). Oysa cinsel sağlık ve üreme sağlığı açısından kaliteli bir hizmete, kapsayıcı ve karşılanabilir erişimin olmadığı toplumlarda, güvenli olmayan cinsel ilişkiden kaynaklı hastalık ve ölüm yükünü azaltmak mümkün değildir (11). Hizmete erişimin önemini öncelemeden bir sağlık sistemi, bu yoksul ülkelerdeki risk faktörlerini ortadan kaldıran değil, besleyen unsur olacaktır.

BKH'nin üreme sağlığı alanını ayrı bir amaç olarak tanımlamaması yanı sıra, diğer amaçların gerçekleşmesi sürecine cinsiyet ayrımcılığını ortadan kaldıracak çözüm önerilerini de getirmemesinin, bu alanda kaydedilen gelişmeler açısından önemli bir geri adım olduğu belirtilmektedir. Beş yıl boyunca adeta gözlerden uzak tutulmaya çalışılan bu eksik parçanın önemini, Kofi Annan Mart 2005'te yaptığı konuşmada, üreme sağlığı ve haklarından BKH içindeymiş gibi söz ederek ve kalkınmadaki önemine vurgu yaparak sonunda teslim etmiştir (4,12).

2. BKH çalışma gruplarının ortaya koyduğu eksiklikler ve düzeltme önerileri: BKH ile ilgili sorunların ortaya konması amacı ile çeşitli çalışma grupları oluşturulmuştur. Özellikle kadın ve çocuk sağlığı bileşenlerinin sorgulandığı grupta amaçların, alt hedeflerin ve ölçütlerin değiştirilmesi yönünde raporlar yayımlanmaktadır.

Dördüncü (çocuk mortalitesini azaltmak) ve beşinci amaçlara (anne sağlığını geliştirmek) yoksul ve diğer marjinal gruplarda daha hızlı bir iyileşmeyi garanti ederek sözlerinin eklenmesi önerilmektedir. Böylelikle sağlığa

ilişkin ölçütlerde dezavantajlı grupların öncelenmesine ilişkin bir yaklaşım geliştirilmeye çalışılmaktadır.

Dördüncü amaç için belirlenen ölçütler beş yaş altı mortalite hızı ve bebek ölüm hızı, kızamığa karşı bağışıklanmış çocuk oranıdır. Bu ölçütlere neonatal mortalite ve 5 yaş altı çocuklarda düşük kiloluluk prevalansı değerlendirilmelerinin eklenmesi önerilmiştir. Bu önerilerin gerekçesi aşağıda kısaca özetlenmiştir:

Neonatal mortalite; 1990'lı yıllardaki rakamlar, neonatal dönemi atlatan çocukların yaşama olanağının artması ile bebek ve çocuk ölümlülüğünde azalma olduğu yönündedir. Ancak aynı iyileşme neonatal ölümlülükte gözlenememiştir. Çünkü gelir, eğitim, beslenme, anne sağlığı, cinsiyet ayrımcılığı ve sağlık hizmetlerine erişimin etkisi neonatal ölümlülüğün en temel nedenlerini oluşturmakta ve dünya üzerinde çok ciddi farklılıklar göstermektedir. Çocuk ölümlerinde azalmayı sağlamış olmanın artık en temel göstergesinin, neonatal ölümlülükte iyileşme sağlamak olacağı belirtilmektedir (1).

Beş yaş altı çocuklarda düşük kiloluluk prevalansı; Yoksulluk ve açlığın bir ölçütü olması yanı sıra o ülkedeki sağlığın ve sağlık sisteminin önemli bir yansıması olacağı nedeniyle izleminin kritik olduğu bildirilmektedir (1).

Beşinci amacın ölçütleri ise anne ölüm hızı ve sağlık çalışanı yardımı ile yapılan doğumların oranıdır. Çalışma grupları bu ölçütlere acil obstetrik bakımın kapsayıcılığı, aile planlaması gereksiniminin karşılanma oranı, adolesan fertilitite hızı, kontraseptif prevalans hızı ve 15–24 yaş gebe kadınlarda HIV prevalansı değerlendirmelerinin eklenmesini önermektedir (1).

Ayrıca 5. amaca 2015'e kadar üreme sağlığı hizmetlerine birinci basamak sağlık bakımı yoluyla evrensel erişim amacının eklenmesi gerektiği belirtilmiştir. Hizmete erişime atfedilmesi gereken önem ve saygınlık, böylelikle iade edilebilecektir. Ayrıca bu amaç kapsamında, "yoksul ve diğer marjinal gruplarda daha hızlı bir iyileşmeyi garanti ederek" sözleri eklenerek, bu grupların önceliklendirilmesinin sağlanması amaçlanmaktadır.

2015'e kadar üreme sağlığı hizmetlerine birinci basamak sağlık bakımı yoluyla evrensel erişim, yoksul ve diğer marjinal gruplarda daha

hızlı bir iyileşmeyi garanti ederek: Bu amaç ICPD ve ICPD+5 ile vurgulanan ancak BKH ile eksiltelen üreme sağlığı hizmetlerine erişim bileşenini yerine koymayı amaçlamaktadır. Eşitsizliklere ilişkin vurgunun artırılması, tüm diğer anne çocuk sağlığı hedeflerine yapılan eklemelerde olduğu gibi dezavantajlı nüfusun öncelenmesi gerekliliğini tekrarlamaktadır (13).

Acil obstetrik bakımın kapsayıcılığı; Kadının gebeliği süresince aldığı hizmet kadar doğumda aldığı hizmet de anne ve bebek sağlığı açısından önem taşır. Doğumu sırasında yaşamı tehdit eden bir komplikasyonla karşılaşan kadının, gebelik sırasında ne kadar iyi izlendiği önemini yitirir. O sırada acil obstetrik bakıma erişim, kadının yaşamını kurtarmak açısından tek unsur olacaktır (1).

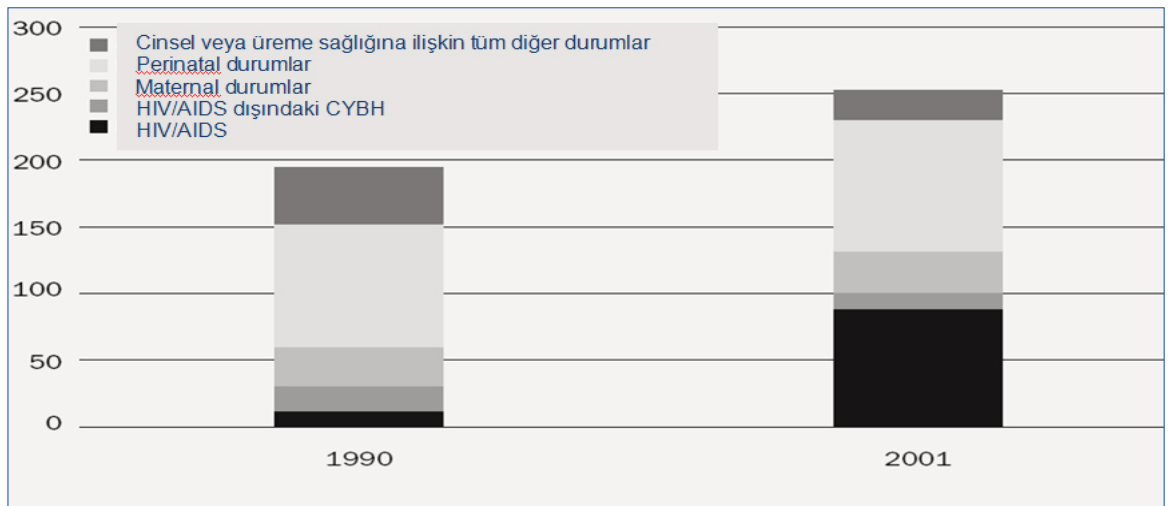
Aile planlaması ihtiyacının karşılanması oranı: Bu ölçüt, o ülkedeki sağlık hizmetinin kadınların aile planlaması alanındaki gereksinimlerini karşılamakta ne kadar başarılı olduğuna işaret edecektir. Tercihlerin ne kadarının eyleme dönüşebildiğini gösterecektir (1).

Adolesan fertilité hızı: Adolesanlar daha duyarlı bir nüfus olmaları, doğumda ölme olasılıklarının daha yüksek olması, güvenli olmayan düşükler yapmaları ve gebeliklerinin büyük bir olasılıkla istenmeyen ve erken olması nedeni ile özel öneme sahiptirler (1).

3. Uluslararası camianın azalan ilgisi ve kaynaklardaki daralma: Çalışma gruplarının bu önerileriyle özet olarak; hedefler arasına üreme sağlığı hizmetlerine erişimin eklenmesi, hizmetin örgütlenmesi sürecinde önceliklendirilmesi gereken nüfusun vurgulanması ve eşitsizliklerin derinleştiği bazı

ölçütlerin yakın takibe alınması gerekliliği belirtilmektedir. Elbette bu durum önemli bir gelişme, daha doğrusu önemli bir düzeltme olacaktır. Ancak bu mücadelede ICPD sonrası yol alınamayışın en önemli bir diğer engeli de azalan mali destektir. 1995–2003 arasında donör desteği 560 milyon dolardan 460 milyon dolara düşmüş, ancak harcamalar artmıştır. Örneğin Afrika'daki kontraseptif uygulamaların maliyetlerine ilişkin öngörü 2006 için 270 milyon dolar, 2015 için 500 milyon dolar olarak belirlenmiştir. Oysa planlanan donör desteği 113 milyon dolar, planlanan ulusal destekler toplamı 87 milyon dolarda kalmıştır. Bu azalmanın nedeni, HIV/AIDS dışındaki alanların artık donörlerin ilgisini çekmediği gerçeğidir. Gelişmiş ülkelerde nüfus krizinin atlatıldığı düşünülmekte, gelişmekte olan ülkelerde ulusal kaynakların yetersiz, hassas konularda (adolesan cinselliği, kürtaj vs.) politika üretme isteğinin zayıf olduğu öne sürülmektedir. Giderek daha da tutucu hal alan uluslararası camiada cinsel ve üreme sağlığı alanındaki paradigma değişimine karşı oluşan ideolojik bir direnç de sürecin önemli bileşenlerinden (4).

Oysa üreme sağlığı alanındaki öncelikli sorunların ağırlığına ve bu alanda uluslararası toplulukta daha öncelikli kabul edilen HIV'deki duruma daha yakından bakmakta yarar vardır. Üreme ve cinsel sağlık alanındaki hastalık yükü tüm dünyadaki toplam hastalık yükünün %18,4'üdür. Doğurgan çağ kadınlarda ise bu yük %32'ye ulaşmaktadır. Bunun %16'sı HIV/AIDS'e bağlıdır. Ancak Grafik 1'de de görüldüğü üzere, HIV'deki belirgin artış çarpıcı olmakla birlikte, geçen 11 yıl içerisinde



Şekil 1. Doğurgan çağ kadınlarda cinsel ya da üreme sağlığı ile ilgili durumlar nedeni ile olan DALY kaybı, 1990 ve 2001 (1)

perinatal ya da maternal durumlardan kaynaklanan hastalık yükünde neredeyse hiçbir azalma olmaması gözden kaçmamalıdır (9).

Doğurganlık hızlarının dünyada son 10 yılda düşmeyi sürdürdüğü belirtilmektedir. Ancak Çin bu istatistiklerin dışında bırakıldığında toplam doğurganlıktaki düşüş 1995–2005 arasında yalnızca 3,65'ten 3,35'e düşmek düzeyinde kalmaktadır. Üstelik gelişmemiş ülkelerdeki durum incelendiğinde, düşüş yerine sabitleme ya da artış görülebilmektedir. Üstelik sosyoekonomik farklılıkların derinleştiği ülkelerde, doğurganlığın yoksul ve kırsal nüfuslarda giderek arttığı gözlenmektedir. Burada gerekçe olarak bu ülkelerde ve bu dezavantajlı gruplarda hizmete erişememe ve aile planlaması alanında uluslararası desteğin azalmış olması belirtilmektedir. Bugün gelişmekte olan ülkelerde doğurganlığını kontrol etmek isteyen her beş çiftten birinin istemi karşılanamamaktadır. Bu durum her yıl 70–80 milyon kadar istenmeyen gebeliği beraberinde getirmektedir. Afrika için ise, bu karşılanmamış aile planlaması gereksinimi %60'lara varmaktadır (9). Kısacası üreme sağlığı alanının, mevcut hastalık yükünün ağırlığı ve yaygınlığı göz önünde bulundurulduğunda uluslararası topluluğun öncelikli alanları arasından çıkarılması, kaynakların azaltılması anlaşılır değildir. Üreme sağlığı alanını da sağlık "pazarının" bir diğer unsuru durumuna getirme çabaları bu süreçte de egemen görünmektedir.

E. Sonuç

Üreme sağlığı; dünyanın sosyopolitik çehresinden önemli ölçüde etkilenerek değişen, güncellenen bir alan olagelmıştır. Bu alanda yürütülen mücadelenin önemli köşe taşlarından biri ise ICPD'dir. ICPD; kamuoyunun yükselen sesine kulak veren, hükümetlere rol biçen, üreme sağlığı alanına haklar ve hizmete erişim açısından önemli parametreler getiren umut dolu bir belgedir. Kadının güçlendirilmesinin, haklarının teslim edilmesinin ve eşitsizliklerin giderilmesinin, toplumsal kalkınmayı mümkün kılacağı iddiasındadır. BKH ise sürdürülebilir büyüme ve kalkınma sağlanmadan kadının güçlendirilemeyeceği savıyla ICPD'den ayrılmaktadır. Tanımlanan sürdürülebilir kalkınma hedefleri ise, toplumun yalnızca en yoksul kesimini kapsayan, sosyal adalet ya da

bütünlüklü bir kalkınma hedeflemeyen yapıdadır. "Üreme sağlığı hizmetlerine erişim" hedefinin BKH içinde yer almaması ise, basit bir ihmalden öte, sistematik bir eşitsizleştirme işaretlerini taşımaktadır. Yıllar içinde bu alanda kazanılan haklar ve erişim ilkelerinin yanı sıra, mücadele veren tarafların topyekün yok sayılması ya da sıfırlanması anlamı da taşımaktadır.


Daha iyi üreme sağlığı çıktıları için önerilen sağlık sistemi; yoksulları ve diğer dezavantajlı grupları dışlamayan, hizmet verdiği insanlara saygı duyan, hizmet alanların ona güvendiği, hizmete erişimi ve kullanımı artıran, kapsayıcılığı tam, donör desteği ile ayakta durmayan, periferdeki yapıları iyi denetleyen, eksikleri saptayıp girişimde bulunabilecek merkezin yapılanması ve pazarlaşmamış bir sağlık sistemi olmalıdır.

İletişim: Dr. Işıl Ergin

E-posta: isil.ergin@ege.edu.tr

Kaynaklar

- 1- UN Millennium Project (2005) Who's got the power? Transforming health systems for women and children, Taskforce on child health and maternal health.
- 2- N Fişek (1985) 1985 Nüfus Sayımının Düşündürdükleri, Toplum ve Hekim, Sayı: 39, Aralık 1985 http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_2/22.html.
- 3- International Conference on Population and Development (ICPD)1994, Programme of Action <http://www.unfpa.org/icpd/icpd.htm>.
- 4- Langer, A. (2006) Cairo after 12 years: successes, setbacks, and challenges, *Lancet*, 368(9547), 1552-1554 <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=2&hid=109&sid=836099be-087e-46b1-821a-d27c23e6173a%40sessionmgr102>.
- 5- Sadık N (1994) Opening Speech of ICPD much.gopher: //gopher.undp.org/00/ungophers/popin/icpd/conference/una/940.905.164.839%09%09%2.
- 6- Halsgrave, M. (2004) Implementing the ICPD programme of Action: What a difference a decade makes, *Reproductive Health Matters*, 12(23):12-18.
- 7- DeJong, J. (2000) The role and limitations of the Cairo International Conference on Population and Development, *Social Science and Medicine*, 51;941-953.
- 8- White AC, Merrick T, Yazbeck A (2006) *Reproductive Health, The missing millenium development goal*, ed. IBRD/WB, Washington DC.
- 9- UN Millennium Project (2006) *Public Choices, Private Decisions: Sexual and Reproductive Health and the Millennium Development Goals*.
- 10- Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Vander Hoorn S, Murray CJ (2002) Comparative Risk Assessment Collaborating Group. Selected major risk factors and global and regional burden of disease, *Lancet*. Nov 2;360(9343):1347–60.
- 11- Glasier A, Gulmezoglu AM, Schmid GP, Moreno CG, Van Look PF. (2006) Sexual and reproductive health: a matter of life and death, *Lancet*. Nov 4;368 (9547):1595-607 Glasier A.
- 12- UN (2005) World summit outcome, New York; United Nations, A/RES/60/1.
- 13- UNDP (2005) Bernstein. S, *Population, Reproductive Health and the Millennium Development Goals: Messages from the UN Millennium Project Reports*.

	STED'den	I		TTB-STE Kredi Puanı ve Kitap Kazananlar	IX
	STED Yazarlarına Bilgi	II		Hipertansiyonda Beta-Blokerler Önemini Yitiriyor mu? (Çeviri)	X
	31 Mayıs 2008: Sigarasız Gençlik-Smoke-Free Youth Dr. Nazmi Bilir, Dr. Dilek Aslan	IV		Toplumsal Cinsiyet ve Ruh Sağlığı Dr. Nüket Paksoy Erbaydar	XV
	Türkiye'nin Sağlığını Okumak Dr. Onur Hamzaoğlu	VI		Ödüllü Bulmaca	XVII
	Sağlık Ocaklarını Kapatmak Ne Anlama Geliyor? Dr. Kayıhan Pala	VII			

STED Yazarlarına Bilgi



Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED), Türk Tabipleri Birliği'nce birinci basamak sağlık hizmeti veren hekimlerin bilgi ve becerilerinin yenilenmesi ve geliştirilmesi amacıyla ayda bir yayımlanan bilimsel, hakemli bir dergi olup 2005 yılı başından beri TÜBİTAK Türk Tıp Dizini içinde yer alacaktır. STED'de birinci basamağın çalışma alanına giren konularda yapılmış araştırma yazıları, derlemeler, olgu sunumları, sağlık ocağı ve AÇS-AP merkezi gibi birinci basamak kurum tanıtımları ve hekim günlükleri yayımlanır.

Dergide yayımlanacak makalelerin aşağıda belirtilen özellikleri taşıması gerekmektedir:

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

1. Başlık Sayfası: Bu sayfada bulunması gerekenler:

- **Başlık:** Kısa, ancak yeterince bilgi verici ve ilgi çekici olmalıdır.
- **Yazarlar:** Her yazarın en üst akademik derecesi, çalıştığı kuruluş ve iletişim bilgileri ile adı, ikinci adı varsa baş harfi ve soyadı belirtilmelidir. Yazar olarak gösterilen herkes yazarlığa hak kazanmış olmalıdır. (Bkz, STED Temmuz 2004 ya da www.ttb.org.tr/STED/sted_yazar.pdf)

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

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

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

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

3. Giriş: Bu bölümde, makale ile ilgili önbilgiler, amaç, gerekçe belirtilmelidir. Bu bölümde ilgili kaynaklar dışında bilgi verilmemeli, çalışmanın veri ve sonuçları bulunmamalıdır. Bu bölümün sonunda çalışmanın amacı ve gerekçesi açıklanmalıdır.

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

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

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

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

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

Tipik dergi makalesi

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

ya da

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

Kitap

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

Kitap bölümü

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

Web Sitesi

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

Kaynak göstermede diğer özellikler ve özel durumlar için Bkz, http://www.ttb.org.tr/STED/sted_yazar.pdf

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

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

10. Şekiller ve Fotoğraflar

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

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

Yazılarda Uygulanacak Biçimsel Özellikler Kılavuzu

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

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

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

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

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

6. Kısaltmalar: Standart kısaltmalar ve ölçüm birimleri dışında, kısaltmadan olanak ölçüsünde kaçınılmalıdır. Kısaltma, metindeki ilk geçişinde açık yazılışıyla birlikte verilmelidir. Başlıkta ve özetinde kısaltma kullanılmamalıdır.

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

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

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

Metinlerin Gönderilmesi

Metinler, tüm yazarların imzaladığı bir üst yazıyla gönderilmelidir. Bu yazıda metnin tüm yazarlarca okunduğu ve onaylandığı, yazarlık hakkı koşullarının gerçekleştiği belirtilmelidir.

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

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



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

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bu yıl 31 Mayıs Dünya Sigarasız Günü'nün konusunu "Sigarasız Gençlik" olarak belirlemiştir (Şekil 1) (1,2). Bilindiği gibi, DSÖ her yıl 31 Mayıs tarihinde tütün kullanımının kontrolü konusunda değişik konulara işaret eden temalar belirler. Bu yılki temanın gençlere yönelik olarak belirlenmiş olması çok önemlidir. Gençler ve sigara konusu birkaç bakımdan önem taşımaktadır. Bunların başında sigara alışkanlığının çoğunlukla gençlik yıllarında ediniliyor olması gelmektedir. Hemen bütün ülkelerde sigara kullananlar bu davranışı ortalama olarak 13 yaşları dolayında edinmektedirler. Özellikle gelişmiş ülkelerde sigara içenlerin hemen tamamı 18 yaşından önce sigara içmeye başlamaktadır. Örneğin ABD'de yapılan bir çalışmada sigara içme sıklığı 12 yaşında %4, 16 yaşında %8, 18 yaşında %12 ve 20 yaşında %15 olarak bulunmuştur. Yetişkin yaşta ise sigara içme sıklığı %26 dolayında sabit kalmaktadır. Görüldüğü gibi, 12 ile 20 yaşlar arasında sigara içenlerin yüzdesi dört kat artmaktadır. Bu durumda,

sigara kullanımının yaygınlaşmasını önlemek için yapılması gereken en önemli çalışma gençlerin bu davranışı edinmelerinin önlenmesi olmalıdır.

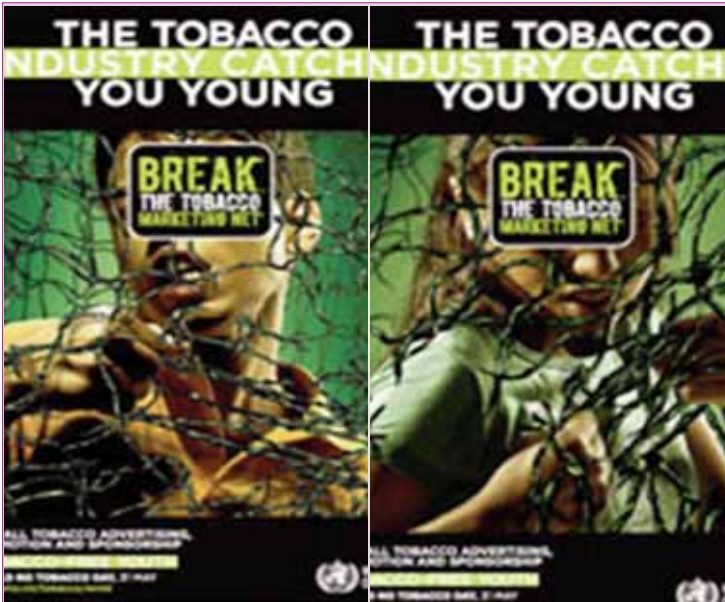
Gençlerin sigara kullanmaya başlamasını önlemek için yapılacak çalışmalar altı temel başlıkta ifade edilebilir:

1) Eğitim çalışmalarının yürütülmesi:

Gençlerin çoğu sigara kullanımının zararları konusunda doğru ve yeterli bilgiye sahip değildir. Sigara kullanımının bazı zararlarını bilseler bile, bu etkinin uzun zaman sonra ortaya çıkacağı düşüncesi ile bir süre sigara içmekte bir sakınca görmemekte ve bir süre sonra sigarayı bırakabileceklerini düşünmektedirler. Oysa gençler nikotin bağımlılığının gelişmesi nedeniyle sigara içmekten vazgeçmelerinin güç olduğu konusunu bilmemektedirler. Bu durumda gençlere yönelik eğitimlerde sigara kullanmanın zararlarının yanı sıra, bağımlılık konusunun bir süre sonra bırakmanın güçlüğü de anlatılmalıdır. Eğitim çalışmaları sırasında akran iletişimini ve etkisini artıran modellerin kullanılması yararlı olur.

2) Sigara paketleri üzerine uyarı yazıları yazılması:

Sigaranın zararları konusunda eğitimin bir alanı da sigara paketleri üzerine uyarıcı yazı, şekil ve resimler konmasıdır. Yazılı uyarılara göre resimli uyarılar daha etkilidir ve bu tür uyarıların gençler üzerinde daha fazla etki yaptığı ve gençler arasında sigaranın imajını olumsuz duruma getirdiği bilinmektedir. Ancak bu tür uygulama çok yaygın değildir. Öte yandan, pek çok ülkede halen sigara paketleri üzerinde "hafif" (*light*) ya da "düşük katranlı" (*low-tar*) gibi doğru olmayan, aldatıcı nitelikte yazılar da yer almaktadır. Bu ifadelerin yazılmasının yasaklanması ve sigara paketinin yarısını kaplayacak biçimde, rahat okunabilir büyüklükte uyarı yazıları yazılması, olanak varsa resimli uyarıların seçilmesi



Şekil 1. 31 Mayıs 2008 Dünya Sigarasız Günü dökümanları

gerekmektedir. Okur-yazarlığın düşük olduğu toplumlarda resimli uyarıların özellikle tercih edilmesi gereklidir. Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'nin 11. maddesinde uyarı yazılarının şu beş özelliği taşıması gereğine işaret edilmektedir:

- a) Uyarı metni ulusal otorite tarafından kabul edilmiş olmalı,
- b) Dönüşümlü olarak yazılmalı,
- c) Net olarak görülebilir ve okunabilir olmalı,
- d) Paketin asıl yüzünün %30'undan az olmamak üzere %50'lik alanı kaplamalı,
- e) Resim ve grafik içermeli (3).

3) Sigara reklam ve tanıtımının önlenmesi:

Reklam bir ürünün kullanımını artırmaya yöneliktir. Çeşitli ortamlarda sigara reklamlarını gören gençlerin sigara içmeye başlaması olasılığı yüksektir. Ayrıca sigara firmaları, özellikle gençlere yönelik olarak parasız sigara dağıtımı ve gençler için çekici olan bazı kültürel ve sportif etkinliklerde sponsorluk yapmaktadır. Bu kapsamda bazı eğlence programları düzenlenmekte ya da otomobil yarışı, dağcılık gibi gençlerin ilgisinin fazla olduğu heyecan verici etkinliklerde sigara firmaları sponsorluk yapmakta, hatta bu etkinlikler sırasında ücretsiz sigara dağıtımı yapılmaktadır. Bu nedenle, tütün ürünlerinin her türlü reklam ve tanıtımı ile sigara firmaları tarafından sponsorluk yapılması yasaklanmalıdır.

4) Sigara fiyatlarının artırılması:

Sigara fiyatlarının artırılmasının, toplumsal olarak sigara kullanımını azaltmada en etkili yol olduğu çeşitli çalışmalarda ortaya konmuştur. Sigara fiyatının %10 artırılması toplumsal olarak sigara kullanımında gelişmiş ülkelerde %4, gelişmekte olan ülkelerde ise %8 dolayında azalmaya yol açmaktadır. Fiyat artışı konusuna gençler daha duyarlıdır, yani fiyat artışı gençlerin sigara kullanımını azaltmada yetişkinlere göre daha etkilidir. Sigara fiyatının artırılmasının vergi artırılması yolu ile yapılması daha uygundur. Çünkü bu biçimde, ülkenin sigara satışından olan vergi gelirlerinde düşme de önlenmektedir.

5) Sigara içen gençlere sigara bırakma konusunda destek sağlanması:

Sigara içen gençlerin çoğunluğu sigarayı

bırakma konusunda istekli değildir. Bu nedenle, sigara bırakma programları gençler için özel olarak hazırlanmalı, okul programları ya da spor etkinlikleri ile birleşik olarak düzenlenmeli, en az beş bölüm olarak planlanmalı ve gençlerin katılımını artırıcı olacak biçimde eğlenceli bölümler içermeli, gençler programlara isteyerek katılmalıdır.

6) Toplu bulunulan yerlerde ve bütün kapalı alanlarda sigara içiminin yasaklanması:

Bu uygulamanın asıl amacı sigara dumanından pasif etkilenmenin önüne geçilmesi olmakla birlikte, kısıtlama sigara içenler açısından da önem taşımaktadır. Sigara içenlerin günde içtikleri sigara sayısında azalma olmakta, hatta kimileri sigarayı tümü ile bırakmaktadır. Çalışmalarda işyerlerinde tam sigara yasağı uygulaması sonucunda çalışanlar arasında sigara içme sıklığında %29 azalma, toplumsal olarak da %4 azalma sağlanmaktadır. Öte yandan, sigara alışkanlığının edinilmesinde görme yolu ile etkilenmenin de rolü olduğundan, bu tür kısıtlamalar gençlerin sigarayı denemelerinin önüne geçmek bakımından da olumlu etki yapmaktadır.

Sonuç olarak gençlerin sigaraya başlamalarının önlenmesi toplumsal düzeyde sigara kullanımının azaltılması bakımından çok önemli bir girişimdir. Sigara içmeyen gençlik, sigara içmeyen yetişkin nüfus anlamına gelir. Çünkü sigara içme davranışını genç yaşlarda edinmemiş kişilerin daha sonra bu davranışa yönelmesi olasılığı daha düşüktür. Bu nedenle, gençlerin sigara ile tanışmalarının önüne geçmek amacı ile yoğun çaba gösterilmelidir.

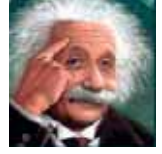
İletişim: Dr. Dilek Aslan
E-posta: diaslan@hacettepe.edu.tr

Kaynaklar

- 1- <http://www.who.int/tobacco/wntd/2008/en/index.html>. Erişim tarihi: 14 Nisan 2008.
- 2- <http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2008/en/index.html>. Erişim tarihi: 14 Nisan 2008.
- 3- WHO Framework Convention on Tobacco Control. <http://www.who.int/tobacco/framework/en/index.html>. Erişim tarihi: 15 Nisan 2008.

Türkiye'nin Sağlıkını Okumak

Dr. Onur Hamzaoğlu*



Tablo. Bazı ülkelerin 5YAÖH ve kişi başına düşen gayri safi milli gelirleri

Ülke	5YAÖH (binde)	kGSMG (ABD\$)
Vietnam	17	690
Moldavya Cumhuriyeti	19	1100
Küba	7	1170
Filistin	22	1230
Sri Lanka	13	1300
Paraguay	22	1400
Suriye	14	1570
Ermenistan	24	1930
Ukrayna	24	1950
Çin	24	2010
Tonga	24	2170
El Salvador	25	2540
Ürdün	25	2660
Kolombiya	21	2740
Ekvator	24	2840
Peru	25	2920
Arnavutluk	17	2960
Tunus	23	2970
Bosna-Hersek	15	2980
Tayland	8	2990
Makedonya	17	3060
Fiji	18	3330
Beyaz Rusya	13	3380
Bulgaristan	14	3390
Belize	16	3650
Karadağ	10	3860
Sırbistan	8	3910
Saint Vincent ve Grenadinler	20	3930
Dominik	15	3960
Grenada	20	4420
Brezilya	20	4730
Romanya	18	4850
Panama	23	4890
Kosta Rika	12	4980
Saint Lucia	14	5110
Arjantin	16	5150
Uruguay	12	5310
Türkiye	26	5400

Sağlıklı olabilmek için beslenme, barınma, eğitim, ulaşım, çevre, iş, spor, sosyokültürel etkinlik vb. gibi birçok alanlar üzerinden insana ulaştırılması gerekenlerin sağlık hizmetlerinden daha önemli olduğu uzun yıllardan beri bildiğimiz ve araştırma sonuçlarıyla da verili duruma getirilmiş bilgilerimiz oldu. Bu nedenle, sağlıklı olmanın kişisel bir durum olarak değil, toplumsal yaşantının bir sonucu olarak ortaya çıktığını da biliyoruz.

Ülkelerin zengin olması toplumun sağlıklı olmasını sağlamamaktadır. Sosyalist ülkelerin sağlık düzeyi kendilerinden birkaç kat zenginlikteki kapitalist ülkelere göre çok daha iyi iken, kapitalist ülkeler içinde de sağlık dahil, sosyal hizmetleri kamusal olarak sunarlarda diğerlerine göre daha iyi olduğu saptanmıştır. Etkili olan ana belirleyici üretim ve bölüşüm ilişkileridir.

Ülkelerin toplumsal sağlık düzeyi, dendiğinde de sağlık hizmetlerinin yanı sıra o ülkede beslenme, eğitim, barınma, gelir dağılımı, altyapı vb.

başlıklarda toplumun genel olarak ne durumda olduğunu yansıtan göstergeler ile tanımlanmaktadır. Bunlar arasında doğuştan beklenen yaşam süresi, bebek ölüm hızı ve beş altı çocukların ölüm hızının (5YAÖH) toplumsal sağlık düzeyini en iyi yansıtan üç gösterge olduğu kabul edilmektedir. 5YAÖH, o toplumda bir yıl içinde ölen 60 haftadan küçüklerin, o yıl gerçekleşen canlı doğum sayısına bölünüp, katsayı olarak da binle çarpılmasıyla hesaplanıyor. Özetle, 5YAÖH ile o yıl gerçekleşen bin canlı doğuma karşılık beş yaşın altında kaç çocuğumuzu yaşatamadığımızı ortaya çıkarmış oluruz. 5YAÖH'nin değerinin azalması, o toplumda-ülkede toplumsal sağlığın iyiye, artması ise kötüye gittiği gösterir.

Önceki sayılarımızda da paylaştığımız gibi, Birleşmiş Milletlere bağlı yapılardan bir tanesi olan UNİCEF (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu), uzun zamandan beri her yıl düzenli olarak "Dünya Çocuklarının Durumu" raporunu yayımlıyor. Raporda her yıl çocuk sağlığıyla ilgili bir konu ayrıntılı olarak incelenirken, raporun son bölümde ülkelerin sağlık göstergeleri pek çok başlıkta sunuluyor.

Bu ayki çalışmamızda UNİCEF'in Dünya Çocuklarının Durumu 2008 raporunda temel göstergeler başlığında sunulan, ülkelerin hem 5YAÖH, hem de kişi başına düşen gayri safi milli gelirlerini (kGSMG) değerlendireceğiz.

Söz konusu tabloya göre ülkemiz, binde 26 5YAÖH ile 194 ülke arasında 5YAÖH en yüksek olan 96. ülke konumunda. Geriye kalan 98 ülkenin 5YAÖH'leri bizimkinden daha iyi durumda-daha düşük-. Bizden daha düşük 5YAÖH'ye sahip ülkelere 37 tanesinde kGSMG Türkiye'dekinden daha az. Başka bir ifadeyle, Türkiye bu ülkelere göre daha zengin; fakat, toplumsal sağlığı daha kötü. Neden? Bu soruya yanıt ararken yine aynı kaynağa başvurduğumuzda Türkiye'de nüfusun %40'ı ulusal gelirin ancak %15'i ile yetinmek zorunda kalırken, %20'sinin ulusal gelirin yarısını (%50) aldığını görüyoruz. Toplumsal sağlık durumumuzun temel belirleyicisi olarak "Pasta nasıl yapılıyor? Nasıl dilimleniyor? ve dilimleri kim(ler) yiyor?" sorularına bugün için vermek zorunda olduğumuz yanıtı, yaşayabilmek için emekgücünü satmak zorunda olanlar adına yeniden düzenleyebildiğimizde, toplumsal sağlığımızı da iyileştirebileceğimizi biliyoruz.

İletişim: Dr. Onur Hamzaoğlu

E-posta: ohamzaoglu@kou.edu.tr

Kaynaklar

UNICEF (2008). The State of the World's Children 2008. Erişim adresi: http://www.unicef.org/publications/files/The_State_of_the_Worlds_Children_2008.pdf,



*Dr. Kayıhan Pala**

Sağlık, Dünya Sağlık Örgütü tarafından "Yalnızca hastalık ya da sakatlığın bulunmaması değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali" olarak tanımlanmaktadır. Bu tanımdan yola çıkılarak, sağlığı korumak, geliştirmek, hastalananları tedavi etmek ve sakatlananları esenlendirmek amacı ile sunulan hizmetlerin tümü "sağlık hizmeti" olarak adlandırılmaktadır. Sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve esenlendirici hizmetler olmak üzere üçe ayrılır. Ne yazık ki, sağlık hizmetleri denildiğinde akla ilk gelen "tedavi edici hizmetler" olmakta; asıl üzerinde durulması gereken koruyucu hizmetler arka plana itilmektedir.

Sağlık en temel insan hakkıdır. Sağlığın ırk, din, dil, politik inanç, ekonomik ve sosyal durum ayrımı gözetilmeksizin doğuştan kazanılan temel bir hak olduğu uluslararası bir belgede ilk kez 1947 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün Anatüzüğü'nde yer almıştır.

Sağlığın bir hak olması ve yaş, cinsiyet, ekonomik durum gibi herhangi bir etmene bağlı olmaksızın kişiye sağlanması zorunluluğu hükümetlere önemli bir sorumluluk yüklemiştir, ve bu sorumluluk 1948 yılında İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde "tıbbi bakım alma hakkı" olarak tanımlanmıştır. Hükümetler, kendi halklarının sağlığından sorumludur.

İkinci dünya savaşının hemen ardından, sağlığın bir hak olarak kabul edilmesi, hatta daha da ileri gidilerek, sağlık hizmeti almanın bir hak olarak kabul edilmesi aslında rastlantısal değildir. Bir yandan savaşın yaşattığı acıları azaltmak zorunluluğu, diğer yandan iki kutuplu dünyada, sosyalist ülkelerin sağlık hizmetlerindeki başarısı, merkez kapitalist ülkeleri sağlık hizmetleri ile ilgili kapsamlı önlemler almaya yöneltmiştir. Bunlardan birisi, geleneksel hekimlik anlayışının yerini çağdaş hekimlik anlayışının alması olmuştur.

Hekimlik uygulamaları Hipokrat'tan yirminci yüzyılın ortasına kadar geleneksel

biçimiyle, hasta olan kişilere tedavi edici sağlık hizmeti sunulması biçiminde sürmüştür.

Ancak;

- Sağlık hizmetlerinden yararlanmanın temel bir insan hakkı olarak kabul edilmesi,
- Buna bağlı olarak sağlığı korumanın öncelik kazanması,
- Toplum içinde hekime başvurmayan hasta sayısının başvurulardan çok oluşu ve
- Kişilerin sağlık davranışlarını değiştirmeyi amaçlayan sağlık eğitiminin hekimlikte çok önemli bir girişim olduğunun anlaşılması geleneksel hekimlik uygulamalarının yerine "Çağdaş hekimlik" kavramının geçmesine yol açmıştır.

Çağdaş hekimlik, sağlığın korunması ve geliştirilmesini temel alan bir yaklaşımdır. Sağlığın en temel insan hakkı olmasından yola çıkarak, çağdaş bir sağlık sistemi, "Herkes, her zaman ve her yerde" sağlık hizmeti sunulmasını sağlamalıdır.

Çağdaş hekimlik uygulamaları hem insanların yaşam kalitesini yükseltmesi, hem de sağlık hizmetlerinin maliyetini düşürmesi bakımından bireyler ve hükümetler için çok uygun bir yaklaşım olmakla birlikte, sağlıktan büyük paralar kazanan çokuluslu sermaye açısından uygun bir yaklaşım değildir. Şirketlerin karını azaltır. Bu nedenle özel sektörün baskısı, dünyanın pek çok ülkesinde çağdaş hekimlik uygulamalarının sözde kalmasına; sağlık hizmetlerinin ağırlıklı olarak tedavi edici sağlık hizmeti sunulması biçimine dönüşmesine yol açmıştır. Özellikle ilaç, tıbbi malzeme ve yüksek tıp teknolojisinin neredeyse tümüyle çokuluslu şirketlerin tekelinde bulunması, sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik uygulamaların önünde büyük bir engel oluşturmaktadır.

Neden sağlık ocağı?

Türkiye'de "Sağlık ocakları", 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ile kurulmuş olan, koruyucu ve birinci basamak iyileştirici hizmetlerin entegre bir biçimde bir arada sunulduğu hizmet birimleridir. Entegre sağlık hizmeti

bütün sağlık hizmet ve programlarının birlikte ve bir arada yürütülmesidir. Sağlık ocaklarında, koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetleri bir arada yürütülür. Ayrıca, sıtma, frengi, lepra, trahom ve verem gibi farklı hastalıklarla mücadele ya da ana sağlığı, çocuk sağlığı gibi farklı nüfus gruplarına götürülmekte olan her türlü sağlık hizmeti sağlık ocaklarında verilir (dar bölgede çok yönlü hizmet-yatay örgütlenme). Böylece, hizmeti alacak olan kişiler, alacakları hizmete göre farklı kuruluşlara değil, hangi nedenle olursa olsun, her türlü sağlık hizmeti için önce sağlık ocaklarına başvururlar. Sağlık ocağı, belirli bir nüfusun yaşadığı coğrafi bölgedeki sağlık hizmetlerinin, halk sağlığı bilim ve sanatının ışığı altında yürütüldüğü tıbbi ve sosyal bir kurumdur. Sağlık ocaklarında çok yönlü sağlık hizmeti verilir. Sağlık ocaklarında hizmetin gereği gibi yürütülebilmesi için personelin ekip olarak çalışması şarttır.

Tanımında da açıkça görüldüğü gibi, sağlık ocağı kavramını betimleyen asıl kavram, çağdaş sağlık hizmetleri tanımına uygun olarak koruyucu ve iyileştirici hizmetlerin bir arada verildiği tıbbi ve aynı zamanda sosyal bir kurum olmasıdır. Sağlık ocağı, sağlık hizmetine "bütüncül" bakan bir anlayışın hizmet birimi olması açısından önemlidir.

Sağlık ocağı tek başına bir muayenehane değildir; yalnızca ayağına kadar gelerek kendisine başvuran kişilere hizmet sunmayı reddeden, kendisi başvurmasa da kişilerin ayağına kadar hizmeti götürmeyi benimseyen

bir sağlık hizmeti sunumu modelinin simge mekanıdır aynı zamanda. Sağlığın ticarileştirilmesine karşı duruşun simgesidir; hizmetin ücretsiz sunulduğu, hasta olmayanlara da bir gün hasta olmasınlar diye hizmetin götürüldüğü; dolayısıyla kar maksimizasyonunun olanaksızlaştırıldığı bir sistemin mekanıdır aslında sağlık ocakları.

Bugün "Sağlıkta Dönüşüm" yaklaşımıyla, sağlık ocakları kapatılarak; yerine aile hekimi muayenehaneleri ve toplum sağlığı merkezleri açılmak istenmektedir. Sağlık ocakları tarafından yürütülen hizmetlerin, aile hekimlerinin muayenehanelerinden ve toplum sağlığı merkezlerinden ne kadar sağlanabileceğine ilişkin öngörü Tablo 1'de verilmektedir.

Sağlık ocaklarını kapatmak toplum sağlığı, iyi hekimlik ve sağlık hakkı açısından ne gibi sonuçlar doğurabilir?

Sağlık ocaklarının, 224 sayılı yasa ve hizmetin yürütülmesine ilişkin yönergede tanımlanan çok sayıda görevi bulunmaktadır. Bu görevlerle ilişkili olarak, sağlık ocaklarının kapatılmasının pek çok önemli sonuçları olacağını şimdiden öngörmek olanaklıdır. Burada temel sorun; sağlık ocaklarının kapatılmasının ardından yerine konacak sağlık hizmeti birimlerinin (Aile hekimi muayenehaneleri ve toplum sağlığı merkezleri), ocakların karşıladığı gereksinimleri ne ölçüde karşılayabileceği üzerinden tartışılmalıdır. İlk beklenilebilecek sonuçlar şunlar olabilir:

Tablo 1. Ana ölüm hızı, anne ölümleri ve yaşam boyu risk, 2000 (9).

Özellik	Sağlık ocağı	Aile hekimi muayenesi	Toplum sağlığı merkezi
Her türlü sağlık hizmeti için ilk başvuru yeri	Evet	Hayır	Hayır
Hizmete erişim engeli	Yok	Var (sigortalı olmak zorunlu)	?
Hizmetin kişilerin ayağına kadar götürülmesi	Evet	?	?
Coğrafi alana dayalı hizmet sunumu	Evet	Hayır	?
Bütüncül yaklaşım	Evet	?	?
Bütünleşik (entegre) hizmet yaklaşımı	Evet	Hayır	Hayır
Dar bölgede çok yönlü hizmet-yatay örgütlenme	Evet	Hayır	Hayır
Nüfusa dayalı örgütlenme	Evet	Hayır (Sunu/istem)	?
Halk sağlığı bilim ve sanatının ışığı altında hizmet	Evet	Hayır	?
TSH ekibi ile hizmet yaklaşımı	Evet	Hayır	Hayır
Tıbbi ve sosyal bir kurum	Evet	Hayır	Hayır
Ücretsiz hizmet	Evet	? (Katki payı)	?
Kar maksimizasyonu	Olanaksız	Olanaklı	?

Tablo 2. Sağlık kuruluşlarının hizmetlerinden memnuniyet, 2006

	Memnun	Orta	Memnun değil
Sağlık ocağı	57,1	17,4	25,5
Kurum doktoru	56,0	17,7	26,3
Üniversite hastanesi	53,8	18,7	27,5
Devlet hastanesi	51,5	18,7	29,8
Özel muayenehane	44,6	21,6	33,8
Özel poliklinik/tıp merkezi	44,4	11,4	44,3
Özel hastane	44,3	14,7	41,0

- Çağdaş hekimlik anlayışı reddedilmekte, geleneksel hekimlik anlayışına geri dönülmektedir.
- Sağlık hizmeti sunumu birinci basamakta tedavi edici hizmete indirgenmektedir.
- Koruyucu hizmetler arka plana itilmektedir.
- Entegre hizmet sunumu terk edilmektedir.
- Dar alanda çok yönlü hizmet yaklaşımı terk edilmektedir.
- Coğrafi alana dayalı hizmet sunumundan vazgeçilmektedir. Bu durum özellikle salgınlarla savaşım açısından sorun oluşturabilir.
- Toplumun bir araya gelerek sorunlarının paylaşılacağı ve çözüm yollarının tartışılacağı bir "sosyal birim" yok edilmektedir.
- Hizmetin "ücretsiz" sunulduğu birinci basamak mekanları kapatılmakta; yerine ancak "sigortalı" olarak başvurma hakkına sahip olanların erişebileceği mekanlar getirilmeye çalışılmaktadır. Bu durum sağlık hizmetine erişimi kısıtlayabilir.
- "Nüfusa dayalı" olarak kurulması planlanan sağlık ocakları yerine, "Sunu/İstem" dengesine göre kurulabilecek ve kapanabilecek

birimler getirilmeye çalışılmaktadır. Bu durum özellikle dezavantajlı coğrafi bölgelerde yaşayanlar ile yoksul ve dar gelirlilerin birinci basamak sağlık hizmetine erişimini kısıtlayabilir.

- Birinci basamakta hizmetin maliyeti artırılmaktadır.
- Sağlık çalışanları rekabetin başat olduğu bir sistem içinde hizmet sunmaya zorlanmaktadır.
- Devlet, sağlık hizmeti sunumundan el çekilmektedir.

Sağlık ocağına dokunma!

Toplumun sağlık hizmeti almaktan en fazla memnun olduğu sağlık kuruluşu olmasına karşın (Tablo 2); sağlık ocaklarının kapatılması girişimi, son yirmi beş yıldır uygulanmaya çalışılan sağlıkta neoliberal saldırının birinci basamak açısından son adımıdır. Başarılı bir hamleyle, hem sağlık hizmetlerinin örgüt yapısı hem de finansman yapısı değiştirilmekte ve devlet sağlık hizmeti sunumundan el çektilererek hizmet sunumu "piyasa"ya terk edilmektedir. Küresel kapitalizmin birinci basamakta başarılı olmasını önlemenin yolu, toplumun güçlü bir biçimde "sağlık ocağına dokunma" diyebilmesinden geçmektedir.

İletişim: Dr. Kayıhan Pala

E-posta: kpala@uludag.edu.tr

Kaynaklar

- 1- Öztekin, Z., "Halk Sağlığı Sözlüğü", T.C.Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, 1998.
- 2- Pala, K., "Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu?", Milliyet Gazetesi Örsan Öymen Anısına 2006 Yılı Yılın İnceleme Ödülü.
- 3- Sağlık Bakanlığı, "Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge", www.saglik.gov.tr.

TTB- STE Kredi Puanı ve Kitap Kazananlar



Şubat 2008 sayımızdaki Ödüllü Bulmaca'dan kredi puanı kazananlar

- 1- Yüksel Tur (Ankara), 2- **Şermin Uzun Altınel***, 3- Mualla Onrat (Eskişehir), 4- **Kemal Demirkıran*** (İstanbul), 5- **İbrahim Yakutbay*** (Kütahya), 6- **Fatma Yücel Beyaztaş*** (Sivas), 7- **Mustafa Atasoy*** (Tekirdağ).

Yıldız (*) konulmuş olanlar, TTB-STE Kredi Puanı yanı sıra Kocaeli Tabip Odası'nın hazırladığı "Sağlık Olsun" adlı karikatür kitabını kazandılar.

Hipertansiyonda Beta-Blokerler Önemini Yitiriyor mu?*

Beta-Blockers in Hypertension: Should we Discard Them?



*Hazırlayanlar: Dr. Özen Aşut**, Çeviren: Stj. Dr. Yılmaz Yıldız****

Dünyanın yetişkin nüfusunun çeyreğinden fazlasında, yaklaşık olarak toplam bir milyar insanda hipertansiyon var (1). Ulusal ve uluslararası kılavuzlarda beta-blokerlerin anjiyotensin-dönüştürücü enzim (ADE) inhibitörleri ve anjiyotensin reseptör blokerleri (ARB'ler) gibi renin-anjiyotensin-aldosteron sistemi (RAAS) inhibitörleri, tiazid diüretikler ve kalsiyum kanal blokerleri (KKB'ler) ile eşdeğer olduğu belirtiliyor.

Dolayısıyla, en çok yazılan 50 ilaç arasında bulunan dört üyeleriyle beta-blokerler, Amerika Birleşik Devletleri'nde en çok yazılan ilaç sınıflarından biri olmayı sürdürüyorlar (2). Hatta, hemen hemen tüm beta-blokerlerin jenerik formlarının bulunmasına karşın en çok satılan 200 ilacın yer aldığı 2006 tarihli bir listeye göre beta-blokerlerin toplam satış tutarı 2.81 milyar doları buluyor (3).

Ne var ki, son yıllarda, beta-blokerlerin hipertansiyonda ilk adım tedavisi olarak kullanılması konusunda soru işaretleri oluşmaya başladı. Beta-blokerlerin komplike olmayan hipertansiyonlu hastalarda inme riskini artırdığı ve genel mortalite, kardiyovasküler morbidite ve mortalite gibi sonuçlar üzerinde bir etkisinin olmadığı, meta-analizlerce ve birkaç büyük çalışma ile ortaya atıldı.

Kanıtların son değerlendirmesi, Amerikan Kardiyoloji Enstitüsü Dergisi'nin (*Journal of American College of Cardiology - JACC*) 14 Ağustos 2007 tarihli sayısında sunuldu (4). Yazarlar, beta-blokerlerin hipertansiyon için 30 yıldır kullanılmasına karşın, hiçbir çalışmanın beta-bloker ile monoterapinin plasebo ile karşılaştırılsa dahi hipertansif hastalarda morbidite ve mortaliteyi düşürdüğünü göstermediğini belirtiyorlar (Tablo 1).

Gerçekten de, yaşlılarda yapılan Britanya Tıbbi Araştırma Konseyi çalışması gibi, konudaki ilk klinik deneylerde de beta-bloker monoterapisinin etkisiz olduğunun yanı sıra, diüretiklere beta-bloker eklendiğinde antihipertansif tedavinin yararlarının belirgin biçimde azaldığı gösterilmişti (5).

1998'de yapılan geniş kapsamlı bir meta-analiz çalışmasında beta-blokerlerin kan basıncını düşürmesine karşın koroner arter hastalığını, kardiyovasküler olayları ve herhangi bir nedenden ölümü önlemede etkisiz olduğu (odds oranları sırasıyla 1.01, 0.98 ve 1.05) gösterildi (6). Aynı zamanda, tüm sonuçlara (ölümcül olan ve olmayan inme, kardiyovasküler olaylar, herhangi bir nedenden ölüm) bakıldığında diüretik tedavisinin beta-blokerlere üstün olduğu sonucuna varıldı.

Tablo 1. Hipertansif hastalarda beta-blokerlerle plaseboyu karşılaştıran randomize kontrollü deneylerin önemli meta-analizlerinin özeti

Meta-analiz	Parametre	Çalışma sayısı	Mortalite	Miyokard enfarktüsü	İnme
Cochrane (2007)	Genel	4	0.99 (0.88-1.11)	0.93 (0.81-1.07)	0.80 (0.66-0.96)
Bradley ve ark. (2006)	Genel	4	0.99 (0.88-1.11)	0.93 (0.81-1.07)	0.80 (0.66-0.96)
Khan ve ark. (2006)	Genç	2	0.94 (0.79-1.10)	0.85 (0.71-1.03)	0.84 (0.65-1.10)
Khan ve ark. (2006)	Yaşlı	5	0.91 (0.74-1.12)	0.98 (0.83-1.16)	0.78 (0.63-0.98)
Lindholm ve ark. (2005)	Genel	7	0.95 (0.86-1.04)	0.93 (0.83-1.05)	0.81 (0.71-0.93)
Carlberg ve ark. (2004)	Genel	4	1.01 (0.89-1.15)	0.99 (0.83-1.19)	0.85 (0.72-1.01)

Sayılar zarar oranını temsil etmektedir (%95 güven aralığı).

*Bu yazı, Peter C. Block ve John S. Schroeder'in 17 Nisan 2008'de www.medscape.com'da yayınlanan "Beta-blockers in Hypertension: Should We Discard Them?" başlıklı yazısından çevrilerek alınmıştır.

**Doç.; STED Yayın Kurulu Üyesi, TTB-GPE YK Üyesi, Ankara

***Hacettepe Ü. Tıp Fak., Ankara

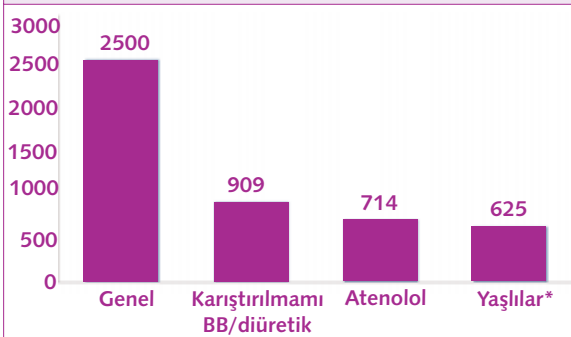
Tablo 2. Kardiyovasküler hastalıklarda beta-bloker kullanımına yönelik kanıtların kuvveti

Hastalık	Kanıt yok zayıf	Bir miktar kanıt	Güçlü kanıt
Hipertansyon (komplike değil)	√		
Kalp yetmezliği			√
Akut koroner sendrom		√	
Miyokard enfarktüsü (MI) sonrası			√
MI yokluğunda stabil anjina		√	
Perioperatif (non-kardiyak cerrahi)		√	
Hipertrofik obstrüktif kardiyomiyopati		√	

En yeni veriler içinde, beta-blokerleri diğer antihipertansif ilaçlarla karşılaştıran 13 randomize kontrollü çalışmayı değerlendiren 2005 tarihli bir meta-analiz yer alıyor (7). Diğer ilaçlara kıyasla beta-blokerlerle inme için görel risk % 16 (%95 Güven Aralığı [GA] %4-30) daha yüksek iken miyokard enfarktüsü (MI) bakımından fark yoktu. Beta-blokerlerin etkisi, 'tedavi etmeme ya da plasebo' ile karşılaştırıldığında inme için görel risk tüm beta-blokerlerle % 19 azalsa da (dağılım aralığı: %7-29), riskteki bu azalma diğer ilaçları araştıran önceki hipertansiyon çalışmalarına göre beklenenin yarısı kadardı; MI ve mortalitede ise fark yoktu.

2006 tarihli bir analize göre, plasebo ile karşılaştırıldığında beta-blokerler inme riskini azaltıp (görel risk 0.80; %95 GA 0.66-0.96) tüm kardiyovasküler olaylarda sınırdan bir düşme sağlıyordu (0.88, 0.79-0.97); ancak beta-blokerlerin herhangi bir nedenle ölüm

Şekil 1. Ana ölüm hızı, anne ölümleri ve yaşam boyu risk, 2000 (9).



*Karıştırılmamış BB/diüretik çalışmalarını hariç BB=beta-bloker

(0.99, 0.88-1.11), koroner arter hastalığı (0.93, 0.81-1.07) ya da kardiyovasküler mortalite (0.93, 0.80-1.09) üzerinde hiçbir etkisi yoktu (8). Hatta, inme üzerindeki etkisi KKB'ler ve RAAS inhibitörlerinden ve tüm kardiyovasküler olaylara etkisi yine KKB'lerden düşüktü. Bunun yanı sıra, beta-bloker kullanan hastaların tedaviyi bırakma olasılığı, diüretik (1.80, 1.33-2.42) ya da RAAS inhibitörü (1.41, 1.29-1.54) kullanan hastalardan daha yüksekti.

Kanıtların Yeniden Değerlendirilmesi

JACC'deki yeni yayın, belirli kardiyovasküler hastalıklarda beta-bloker kullanımını destekleyen ve desteklemeyen kanıtların güçlerini özetleyerek gözler önüne seriyor (Tablo 2).

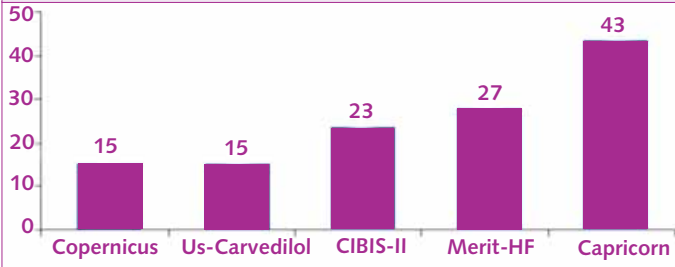
Bu analiz, risk/yarar oranını da ele alıyor. Diğer antihipertansif ilaçlarla karşılaştırıldığında, beta-blokerlerle zarar ortaya çıkması için tedavi edilmesi gereken asgari hasta sayısı (*the number needed to harm – NNH*) 2500. Diğer bir deyişle, 2500 hastanın beta-blokerlerle bir yıl boyunca tedavi edilmesi, fazladan bir inme gelişmesine neden oluyor (7). Ancak NNH, çalışılan beta-blokerin hangisi olduğu ya da hasta popülasyonunun yaşı gibi değişkenlere bağlı olarak büyük dalgalanmalar gösteriyor (Şekil 1).

52 milyon hastanın hipertansif olduğu düşünüldüğünde, diğer antihipertansif ilaçlara kıyasla beta-bloker tedavisi, yılda fazladan 208.000 inme olgusunun ortaya çıkmasına yol açabilir. Her zaman olduğu gibi NNH, olası yararlarla karşılaştırılarak değerlendirilmelidir. Ancak, JACC'deki çalışmanın yazarları, bugüne dek hiçbir çalışmanın hipertansiyonda tek ilaç tedavisi olarak kullandıklarında beta-blokerlerin herhangi bir nedenle ölümü, kardiyovasküler morbidite ve kardiyovasküler mortaliteyi düşürdüğünü göstermemesi nedeniyle "bu ilaçları bu endikasyonla kullanmanın primum non nocere ilkesiyle açıkça çeliştiğini" belirtiyorlar.

Makalede bunun yanı sıra beta-bloker tedavisine ilişkin kimi diğer sorunlar da değerlendiriliyor:

- Plaseboya kıyasla beta-blokerler kan basıncını düşürüyor; ancak diğer antihipertansif ilaçlara göre, beta-blokerlerin kan basıncını düşürmede etkinlikleri istenenin altında.

Şekil 2. Önemli randomize kontrollü çalışmalara göre bir ölümü önlemek için beta-blokerlerle tedavi edilmesi gereken kalp yetmezliği hastası sayısı



*Karıştırılmış BB/diüretik çalışmaları hariç BB=beta-bloker

- Beta-blokerlerin periferik kan basıncını düşürmedeki etkileri daha az olduğu gibi, belki de daha önemli olan santral aortik basınç üzerine olan etkileri de RAAS blokerleri ve kalsiyum antagonistlerine göre daha az.

- Beta-blokerler iyi tolere edilmiyor ve bu ilaçlara uyum oranları yüz güldürücü değil.

- Tüm hipertansiyon kılavuzlarında, hipertansif obez hastalar için kilo alımına neden olan ilaçlardan kaçınmak ve kilo vermek öneriliyor. Ancak beta-bloker kullanımının, az miktarda (yaklaşık 1.2 kg) olsa da kilo alımına neden olduğu açıkça gösterildi.

- Sağlıklı bir kişinin egzersize dayanabilmesi için, birçok başka şeyin yanında, düzgün çalışan bir sempatik sinir sistemi de gerekiyor. Beta-blokerler bu etkiye karşı gelerek, egzersiz kapasitesini sınırlandırabilir.

- İnsülin direncini olumsuz etkilemedikleri için karvedilol gibi seçici olmayan daha yeni vazodilatör beta-blokerler daha etkin olabilir; ancak bu ilaçların uzun dönem sonuçları üstüne veriler elimizde yok.

Beta-bloker kullanımı ile ilgili hiç mi iyi haber yok? Bu ilaçların, kullanıma başlanınca oluşturdukları geçici negatif inotrop etkileri nedeniyle kalp yetmezliği hastalarında klasik olarak kontrendike oldukları düşünülse de, çalışmalar kalp yetmezliği hastalarında beta-bloker tedavisinin mortalite (~% 30) ve morbiditede belirgin bir düşüş sağladığını ısrarla gösteriyor. Bu yaklaşım aynı zamanda belirtilerle mücadele ve hastanın genel durumu için de yararlı.

Beta-bloker çalışmalarına göre 15 ila 43 kalp yetmezliği hastasının beta-bloker ile tedavi edilmesi, bir ölümü engelliyor; yani, kalp yetmezliği hastalarında beta-blokerler oldukça etkili (Şekil 2). Mortalite üzerindeki bu yarar, genç yaşlı, kadın erkek, diyabeti olan ya da olmayan, ejeksiyon fraksiyonu % 25'in

altında ya da üstünde olan, RAAS blokeri tedavisi alan ya da almayan tüm kohortlarda gösterildi. Şu anki Amerikan Kardiyoloji Enstitüsü / Amerikan Kalp Derneği (ACC/AHA) kılavuzu, sistolik kalp yetmezlikli hastalarda beta-bloker kullanımını öneriyor (9).

Kılavuzlar Değiştirilmeli mi?

JACC'deki 2007 derlemesinde yazarlar, komplike olmayan hipertansiyon için beta-blokerlerin ilk tercih ya da tek ilaç olarak kullanılması konusunda 'veri eksikliği' ya da 'kanıt yokluğu' olduğunu savunuyorlar. Yazarlar, bu ilaçların inme riskini artırdığını, kardiyovasküler morbidite ve mortaliteye getirilerinin bulunmamasını, çok sayıda yan etkileri bulunduğunu ve hipertansiyonun hedef organlara etkilerinde (sol ventrikül hipertrofisi, endotel disfonksiyonu gibi) gerileme sağlamamalarını düşünerek "Bu endikasyon için beta-blokerlerin risk/yarar oranı kabul edilemez düzeyde. Kılavuz kurulları, komplike olmayan hipertansiyonda ilk tercih olarak beta-bloker kullanımına ilişkin önerilerini gözden geçirmeliler." diyorlar. ACC/AHA kurulu, aşağıdaki iki kanıtı dayanarak, beta-blokerleri kronik stabil anjinalin ilk adım tedavisinde öneriyor: MI geçirmiş hastalarda beta-blokerlerin mortaliteyi azalttığı kanıtı ve bu ilaçların hipertansiyon üzerindeki varsayılan etkilerinin stabil anjinal hastalara uyarlanması (10). JACC'deki derlemenin yazarları yukarıda belirtilen kanıtlara dayanarak, ilk açıklamanın anlaşılabilir olduğunu, ancak bu kanıtları MI geçirmemiş stabil anjinal hastalarına uyarlamanın hatalı olabileceğini belirtiyorlar. Bu bilgilerin güncel kılavuzlardaki doğrudan etkilerine bakacak olursak, ilk resmi değişiklik Britanya Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmeliyet Enstitüsü ve Britanya Hipertansiyon Derneği'nden geldi. Bu kurumlar, hipertansiyon için önerilerini güncelleyerek "beta-blokerlerin artık hipertansiyonun rutin başlangıç tedavisi olarak tercih edilmediğini" belirttiler (11). Kılavuzlar, kontrol altına alınamayan ya da komplike hipertansiyonlu bazı hastalar için beta-blokerlerin hala düşünülmesi gerektiğini söylüyor. Aşağıdaki röportajda Stanford Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden John S. Schroeder, MD, FACC, komplike olmayan hipertansiyonlu hastalarda beta-blokerlerin hangi mekanizmalarla zararlı olabileceğini ve verilerin tedaviye yönelik olarak ne anlama geldiğini tartışıyor:

Röportaj Metni

Dr. Block: Burada Kaliforniya'da Stanford Üniversitesi'nden Dr. John Schroeder ile birlikteyiz. John, hipertansiyonda beta-blokaj tartışmalı bir konu haline geldi. Uzun zamandır beta-blokerler hipertansiyon için standart ilk adım tedavi seçeneği idi; şimdi ise birdenbire geri adım atıp "Dur biraz, bunu yeniden düşünmemiz gerek" diyoruz.

Neler oluyor? Beta-blokaja yönelik bu endişe nereden çıktı? Nasıl oldu da hipertansiyonda beta-bloker kullanımı konusunda bu kadar heyecanlanıp şimdi bu yaklaşımın hiç de heyecan verici olmadığı sonucuna vardık?

Dr. Schroeder: Beta-blokerlerin kan basıncını kalp debisini azaltarak düşürdüklerini biliyoruz. Hepimiz, kan basıncının sistemik vasküler direnç ile kalp debisinin çarpımına eşit olduğunu öğrendik. Bu yüzden de eğer beta-blokerler kan basıncını düşürüyorlarsa hipertansif hastaya yararlı olmalı diye varsaydık.

MI geçirmiş hastalarda yapılmış çalışmalardan edinilen tüm eski veriler bu görüşü destekliyordu. Hatta hem JNC 6 hem JNC 7'de hipertansiyonun ilk adım tedavisi için diüretikler ve beta-blokerler öneriliyordu.

Sonuç olarak, bu mesaj, son on yıl içinde her klinisyenin kafasına kazındı.

Diüretiklerin önemi, ALLHAT gibi çalışmalarda kardiyovasküler olayları azaltma yeteneklerinin kanıtlanmasıyla perçinlendi (12). Veriler ışığında, diüretiklerin ADE inhibitörleri ve amlodipin kadar iyi oldukları görüldü. Peki beta-blokerlere ne oldu? Son 5-10 yılda atenolol ile yapılan tüm çalışmalar analiz edildiğinde araştırmacılar, atenololun, kan basıncını düşürmesine karşın, hipertansiyon tedavisi alan sıradan hastalarda kardiyovasküler olayları azalttığını kanıtlayamadılar.

Dr. Block: Yani, kan basıncı yeterince düşüyordu, ancak sonuç düzelmeyordu. Aslına bakılırsa, LIFE çalışması, beta-blokerlerin kimi riskleri atırp artırmadığına yönelik yapılmıştı (13), değil mi?

Dr. Schroeder: Veriler, inme riskinin arttığını gösteriyor. Bildiğiniz üzere, LIFE çalışması, atenolol ile bir ARB olan losartanın karşılaştırılması idi. Kimileri bu çalışmanın verilerine bakıp "Belki de asıl sorun, ARB'lerin de ADE inhibitörleri gibi fazladan yararlı etkilerinin olmasıdır; yani, atenolol zararlı

değildir de diğer ilaçlar daha yararlıdır o kadar" diye düşündüler.

Ancak, atenolol verilerinin meta-analizlerine bakıldığında kardiyovasküler ölüm ve genel ölüm oranlarında hiçbir düşme yoktu. Sonuçta burası biraz tartışmalı bir alan durumuna geldi.

Dr. Block: Bu risk artışı nasıl açıklanabilir?

Dr. Schroeder: Çoğumuzun aklına ilk gelen şeydu: Beta-blokerler kan basıncını düşürürlerken niye tutup da inme riskini artırırlar? Atenolol kullanan her antihipertansif çalışmasında, izlem sırasında diyabet ortaya çıkışının arttığını verilere dayanarak rahatça söyleyebiliyoruz artık. Yeni ortaya çıkan diyabet insidansında artış %30-40 arasında değişiyor; bazı çalışmalarda %50'ye bile varıyor.

Olası mekanizmaların en azından birini biliyoruz: Beta-blokerler insülin direncine, bu yolla da diyabetin ortaya çıkmasına neden oluyor. Bu durum, beta-blokerlerin kan basıncını düşürmelerine karşın inme ve kardiyovasküler olayları neden azaltmadığını açıklayabilir.

Dr. Block: İnsülin direnciyle endotel disfonksiyonu yakından ilişkili. Buradaki zanlı endotel disfonksiyonu olabilir mi?

Dr. Schroeder: Zanlılardan biri kesinlikle bu.

Dr. Block: Klinik öneriler nedir bu durumda?

Dr. Schroeder: Hepimizin karşı karşıya geldiği soru da bu işte: Kullanabileceğim bir beta-bloker yok mu? Beta-blokerleri MI geçirmiş hipertansif hastada kullanmak istiyorum. Diyabetik hastada kullanmak istiyorum. Ne yapacağım? Bu iyi bir fikir mi acaba?

Görünüşe bakılırsa, seçici olmayan bir beta-1, beta-2 ve alfa-1 bloker olduğu için karvedilol, insülin direnci üzerinde olumsuz bir etki göstermiyor. Bu, beta-bloker olarak karvedilolu tercih etmek için bir neden olabilir.

Dr. Block: Karvedilolun patent süresi yakında doluyor; bu nedenle karvedilolu araştıran yeni çalışmalar çıkmayacak gibi görünüyor. Pratik açıdan soruyorum: Örneğin, hipertansiyonun yanında kalp yetmezliği de olduğu için beta-blokere gereksinimi olduğunu düşündüğümüz ya da başka bir nedenle beta-bloker tedavisinden yarar göreceğini çıkarsadığımız hastalar olduğunda ne yapmalıyız? Bu tür belirli klinik durumlarda doğrudan karvedilola mı geçmeliyiz?

Dr. Schroeder: Kesinlikle. Konjestif kalp yetmezliği varlığında, hatta MI sonrası sol ventrikül işlev bozukluğunda en iyi sonuç verileri karvedilola ait. İnsülin direncini de olumsuz etkilemiyor; bu nedenle tercih edilecek ilaç bu olmalı.

Ancak, sıradan bir hipertansiyon hastasında ilk tercihiniz bir ADE inhibitörü ya da ARB olmalı (\pm diüretik, \pm KKB). Eğer uygun tedaviye karşın hipertansiyon kontrolünü sağlayamıyorsanız, bu zor hastalarda bir beta-blokerin yararlı olacağı kanısındaysanız gönül rahatlığıyla karvedilol ekleyebilirsiniz.

Bildiğiniz üzere, hipertansif hastalarımızın çoğu kan basınçlarının başarılı bir biçimde kontrol altına alınması için iki ya da üç farklı gruptan ilaca zaten gereksinim duyuyor. Yani, günümüzde tedavi için birçok ilacı kullanmak gerekebilir: bir KKB, bir ADE inhibitörü ya da ARB, sonra da bir beta-bloker. Son birkaç yıl içinde hipertansiyon tedavisindeki hedef kan basıncı değerleri o kadar çok düştü ki hastalarımızın çoğuna çoklu ilaç tedavisi gerekiyor.

Dr. Block: Teşekkürler, John.

Açıklamalar

John S. Schroeder; Pfizer, Boehringer Ingelheim, Monach ve Glaxo'nun konuşmacı panelinde bulunmakta, Aventis'ten konsültasyon ücreti, Medtronic'ten araştırma fonu almaktadır. Peter C. Block'un beyan edecek bir finansal ilişkisi bulunmamaktadır.

İletişim: Stj. Dr. Yılmaz Yıldız

E-posta: ylmzyldz@gmail.com

Kaynaklar

- 1- Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Munthner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet* 2005;365:217-23.
- 2- Lamb E. Top 200 Prescription Drugs of 2006. *Pharmacy Times*, May 2007.
- 3- Top 200 Drugs for 2006 by US Sales. Verispan, Vector One®: National (VONA).
- 4- Bangalore S, Messerli FH, Kostis JB, Pepine CJ. Cardiovascular protection using beta-blockers: A critical review of the evidence. *J Am Coll Cardiol* 2007;50:563-72.
- 5- MRC Working Party. Medical Research Council trial of treatment of hypertension in older adults: principal results. *BMJ* 1992;304:405-12.
- 6- Messerli FH, Grossman E, Goldbourt U. Are beta-blockers efficacious as first-line therapy for hypertension in the elderly? A systematic review. *JAMA* 1998;279:1903-7.
- 7- Lindholm LH, Carlberg B, Samuelsson O. Should beta blockers remain first choice in the treatment of primary hypertension? A meta-analysis. *Lancet* 2005;366:1545-53.
- 8- Bradley HA, Wiysonge CS, Volmink JA, Mayosi BM, Opie LH. How strong is the evidence for use of beta-blockers as first-line therapy for hypertension? Systematic review and meta-analysis. *J. Hypertens* 2006;24:2131-41.
- 9- Hunt SA, Abraham WT, Chin MH, et al. Developed in Collaboration With the American College of Chest Physicians and the International Society for Heart and Lung Transplantation; Endorsed by the Heart Rhythm Society. ACC/AHA 2005 Guideline Update for the Diagnosis and Management of Chronic Heart Failure in the Adult-Summary Article. Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Update the 2001 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure). *J Am Coll Cardiol* 2005;46:1116-43.
- 10- Gibbons RJ, Abrams J, Chatterjee K, et al. ACC/AHA 2002 guideline update for the management of patients with chronic stable angina - summary article: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on practice guidelines (Committee on the Management of Patients With Chronic Stable Angina). *J Am Coll Cardiol* 2003;41:159-68.
- 11- Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. National Heart, Lung, and Blood Institute; National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. *JAMA* 2003;289:2560-72.
- 12- [No authors listed] Major cardiovascular events in hypertensive patients randomized to doxazosin vs chlorthalidone: the antihypertensive and lipid-lowering treatment to prevent heart attack trial (ALLHAT). ALLHAT Collaborative Research Group. *JAMA* 2000;283:1967-75.
- 13- Dahlof B, Devereux RB, Kjeldsen SE, et al. Cardiovascular morbidity and mortality in the Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study (LIFE): a randomised trial against atenolol. *Lancet* 2002;359:995-1003.



*Dr. Nüket Paksoy Erbaydar***

Dünyada 50 milyon kişi çatışmalar, iç savaşlar, afetler ve yerinden edilmeler nedeniyle mağdurdur. Bu kişilerin %80'i kadın ve çocuktur. Kadınların yaşam boyu şiddet görme sıklığı %16-50'dir, ve her beş kadından biri yaşamı boyunca bir kez ya tecavüze uğramakta ya da tecavüz girişimi ile karşılaşmaktadır. Şiddet birey üzerinde en az fiziksel ve sosyal açılardan olduğu kadar ruhsal açıdan da yıkıcı etkiler yaratmaktadır. Şiddet gören kadınlarda kronik ağrı sorunu, tütün, alkol ve diğer maddelerin kullanımı, post travmatik stres bozukluğu ve intihar girişimlerine varan ağır ruhsal bozukluklar artmış sıklıkta görülmektedir (13).

Ruhsal bozukluklara ait veriler kayıt sistemlerinden ve araştırmalardan elde edilmektedir. Bu verileri şekillendiren süreçlerde de özellikle sağlık çalışanlarının konuya yaklaşımları önemli sapmalar yaratabilecek özellikler taşımaktadır. Örneğin sağlık çalışanlarının kadına uygulanan şiddeti görmezden gelmesi ve müdahaleden kaçınması kadınlar arasında şiddete bağlı ruhsal bozuklukların saptanması ve önlenmesinin önünde bir engel teşkil etmektedir (7,8,9,10,11,13). Diğer yandan sağlık çalışanlarının kadınlara belirli ruhsal hastalık tanımlarını koyma eğilimlerinin daha yüksek olduğu çeşitli araştırmalarla gösterilmiştir. Ayrıca bu hastalıkların tedavi sürecinde kadınlara duyulan bozukluklarını düzeltmeye yönelik ilaçların yazılma sıklığı da daha yüksektir.

Ruhsal bozukluklarla ilgili veriler üzerinde etkili olan diğer bir faktör de kadınların ve erkeklerin yardım arama davranışlarının farklı oluşudur. Genel olarak kadınlar arasında ruhsal bozukluklarda yardım arama davranışı erkeklerden daha yaygındır. Erkeklerin genellikle ruhsal bozukluklarını gizledikleri, çoğu kez hiç yardım almadıkları, bunun yerine madde ve alkol kullanımına daha fazla yöneldikleri ya da çok geç dönemde sağlık hizmeti aldıkları belirtilmektedir (7,8,9,10). Gelişmekte olan ülkelerde birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuranların %20'si depresyon ve anksiyete sorunu yaşamaktadır ve bu sorunlarla başvuranların çoğunluğu kadın ve çocuklardır. Ancak bu sıkıntılara birinci basamakta yeterince tanı konamaması ve tedavi edilememesi, sağlık çalışanlarının

kadınlarla iletişiminin yetersiz ve damgalayıcı nitelikte oluşu ruhsal sorunların kadınlar açısından bireysel ve toplumsal düzeydeki sonuçlarını ağırlaştırmaktadır (7,8,9,10).

Ruhsal sağlığın korunması geliştirilmesi, ruhsal bozuklukların ortaya çıkışlarının geciktirilmesi, tanılarının erken dönemde konulması, gerekli tedavilerin düzenli olarak yapılmasının sağlanması, ruhsal hastalıklara yönelik rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesi, ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik toplumsal ön yargılarla ve damgalayıcı tutumlarla mücadele edilmesi ve ruhsal bozukluğu olan bireylerin ailelerine destek verilmesi için çok boyutlu ve kapsamlı müdahalelere gereksinim vardır. Bu müdahaleler, toplumda var olan ruhsal sorunlara ve hastalıklara yönelik, bilimin gerçekleri ile örtüşen, tutarlı, sürdürülebilir bir ulusal ruh sağlığı politikası aracılığı ile olmalıdır. Bu politika doğrultusunda ülkede var olan yasalar gözden geçirilmeli ve gerekli yasal düzenlemelere gidilmelidir. Bu nedenle ülkemiz için bir ruh sağlığı yasa çıkartılması ivedilikle gerekmektedir. Bu konudaki yasa yokluğu nedeniyle oluşan yasal boşluk önemli sorunlara ve mağduriyetlere neden olmaktadır.

Ruhsal sağlığı koruyucu ve geliştirici programlara ülkemizde başta kadınlar olmak üzere bütün gruplarda gereksinim vardır ve bunların hayata geçirilmesi gereklidir. Ayrıca ruhsal hastalıkların oluşmasını önleyen ya da ortaya çıkış yaşını öteleyen doğrudan ve dolaylı etkileri olan programlar yürütülmesi gerekmektedir. Bu programlar yoksulluğu, göçleri, yerinden edilmeleri, olumsuz çalışma koşullarını, aile içi şiddeti ve cinsel istismarı önleyici özellikleri olan programlar olmalıdır. Bu programlarda çocuklar ve gençlere ve daha özel olarak kız çocuklarına, genç ve yetişkin yaştaki kadınlara öncelik ve ağırlık verilmelidir.

Ruhsal hastalıkların birinci basamakta tanı ve tedavilerinin yapılması için birinci basamak sağlık çalışanlarının ruh sağlığı konusundaki mezuniyet öncesi ve hizmet içi eğitimleri güçlendirilmeli, tanı ve tedavi hizmeti verme konusunda konan engeller kaldırılmalıdır. Birinci basamak sağlık çalışanlarının kişilere yaşadıkları yerde, buldukları toplumsal çevre içinde, sürekli ve kapsayıcı sağlık hizmeti vermeleri yaklaşımı içerisinde ruh sağlığı hizmetlerinin de

önemli bir yeri vardır. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun ile sağlık ocaklarına verilen ev ziyaretleri yapma görevinin gereğince yerine getirilmesi durumunda çocukluk, ergenlik, ilk evlilik, gebelik, lohusalık gibi dönemlerde kadınların koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanabilmeleri olanağı bulunmaktadır. Nüfusa dayalı sağlık hizmeti yaklaşımı ile, belirli bir bölgede yaşayanların yoksulluk, açlık, göç vb toplumsal sorunlar karşısındaki etkilenimlerini yakından tanımak ve bu sorunların özellikle kadınların ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri ile daha etkin bir biçimde mücadele etmek olanaklıdır.

Kadına ve çocuğa yönelik aile içi şiddet sağlık çalışanlarının etkin biçimde önleyici ve destekleyici hizmet sunabilecekleri ruh sağlığı sorunları arasındadır. Sağlık ocağı çalışanlarının yaptığı ev ziyaretlerinin, şiddeti uygulayan üzerinde caydırıcı etki göstermesi, sorunun erken aşamada tespit edilmesini sağlaması, şiddete uğrayanın bilgilendirilmesi, gerekli kurumsal yönlendirmelerin yapılması yoluyla sorunun çözümüne önemli katkılar sağlaması mümkündür. İkinci basamak ve acil sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin aile içi şiddet konusundaki farkındalıkları ve duyarlılıkları sağlık kurumlarına yansıyan birçok olayın aslında aile içi şiddet olgusu olduğunun tespit edilmesini ve psikolojik, hukuksal vb destek süreçlerinin harekete geçirilmesini sağlayacaktır.

Ruh sağlığı sorunlarına yönelik özel dal hastanelerinin yerine ruh sağlığı ve hastalıkları kliniklerinin genel hastaneler içinde hizmet vermelerinin sağlanması bu hasta ve hastalıklara yönelik olumsuz tutumların azalmasını ve hizmet gereksinimi olan kişilerin bu kuruluşlara daha kolay başvurmalarını sağlayacaktır. Ruhsal hastalıkları olan bireyler, hastalıkları sırasında günlük yaşamları, aile yaşamları, okul ve iş yaşamlarında çok sayıda sorunla karşılaşmaktadırlar. Bu sorunlar karşısında bireyi destekleyici rehabilitasyon çalışmaları önem taşımaktadır.

Ruhsal sorunlar yaygındır, kadınların ve diğer bütün bireylerin bu konudaki deneyimleri uzun, acıtıcı ve yıpratıcıdır. Bu süreçte kişinin sahip olduğu aile, arkadaş ve toplum desteği sorunları önlediği gibi sorun ortaya çıktığında da aşılmasında kritik rol oynamaktadır. Bu nedenle bireyin sosyal sermayesinin bileşenlerinden olan özel ve sosyal yaşam ilişkilerinin geliştirilmesi ve desteklenmesi gerekmektedir. Bu özellikle sosyal yaşama

katılımı çok sınırlı olan kadınlar için daha da büyük önem taşır.

Toplumsal cinsiyet ayrımcılığı ile mücadele uzun erimlidir. Bu uzun erimli mücadelede hekimler mesleklerini icra ederken olduğu kadar, toplum öncülükleri olarak da taraf olmak durumundadırlar. Bu şekilde toplumun ve kadınların ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesi çabaları güçlenecektir.

İletişim: Dr. Nühket Paksoy Erbaydar

E-posta: nsubasi@hacettepe.edu.te

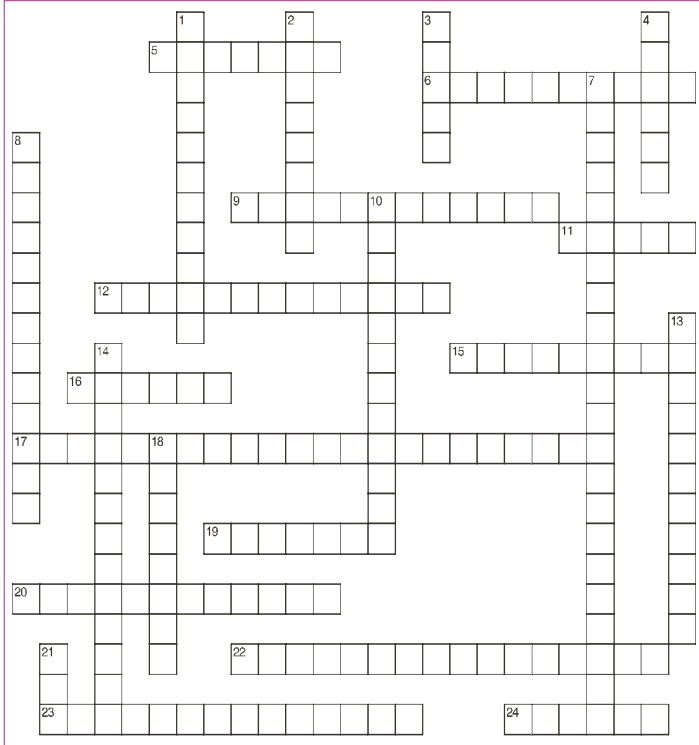
Kaynaklar

- 1- Merriam Webster Online Dictionary; "Sex". <http://www.m-w.com/dictionary/gender>. Erişim Tarihi: 03.01.2008.
- 2- "Türkiye'de Toplumsal Cinsiyet ve Sağlık" içinde. Ed. Ayşe Akın. s 15. Ankara.
- 3- 2000 Genel Nüfus Sayımı, T.C. Devlet İstatistik Enstitüsü, Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası, Ankara, Mart 2003.
- 4- Dayioğlu, M. (1995). Earnings Inequality Between Genders in Turkey, Yayınlanmamış Doktora Tezi, ODTÜ, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- 5- Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne/ [editors: Helen Herrman, Shekhar Saxena, Rob Moodie] World Health Organization 2005.
- 6- The World Health Report:2001-Mental health: New understanding, new hope, World Health Organization, Geneva, 2001.
- 7- Gender and women's mental health, http://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en/ Erişim tarihi: 25.01.2008.
- 8- Gender and mental health, http://www.who.int/gender/other_health/en/genderMH.pdf/ Erişim tarihi: 25.01.2008.
- 9- Gender disparities in mental health, World Health Organization, http://www.who.int/mental_health/media/en/242.pdf/ Erişim tarihi: 25.01.2008.
- 10- Astbury J, Gender and Mental Health, Cambridge, Massachusetts, Harvard School of Public Health, Harvard Center for Population and Development Studies, 1999 Dec. [4], 39 p. (Working Paper Series No. 99.18).
- 11- Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu, Sağlık Bakanlığı T.S.H. Gn. Md., Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü (1998).
- 12- Türkiye Hastalık Yükü Çalışması, Ulusal Hane Halkı Araştırması, 2003 Temel Bulgular, Sağlık Bakanlığı Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 701, Ankara,2006.
- 13- Subaşı N, Akın A, Kadına Yönelik Şiddet ve Kadın Sağlığı Üzerine Etkileri, Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Sağlığı içinde. Ed. Akın A.Ankara, 200, s. 231-247.

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 **Ağustos 2008** sayımızda yayımlayacağız.



1- İdrar yolu enfeksiyonlarının kadınlarda erkeklere göre fazla olma oranı (yazıyla),
2- Üriner sistem enfeksiyonunun görülme sıklığını etkileyen bir parametre **3-** Aile planlaması için 60'larda öngörülen örgütlenme türü, **4-** İdrar yolu enfeksiyonu gelişmemesi için temizliği ve hijyeni önemli olan bir bölge,
5- Üriner sistem enfeksiyonunun neonatal dönemde erkeklerde sık görülmesinin bir nedeni, **6-** Kadınlarda idrar yolu enfeksiyonun

sık görülmesinin bir nedeni, **7-** Sağlık hizmetlerinin bileşenlerinden biri,
8- Sağlık Ocaklarının kapatılmasıyla terkedilen bir sunum, **9-** 90'lardan itibaren aile planlaması yerine kabul edilir hale gelen kavram, **10-** İdrar yolu enfeksiyonlarının gelişmemesi için tüketimi önemli bir besin grubu, **11-** 1981'de kadınlar için kabul edilen sözleşmenin kısaltması, **12-** İdrar yolu enfeksiyonlarının gelişmemesi için tuvalet temizliğinde gerekli bir malzeme, **13-** Meta analizlerde beta blokerlerden daha üstün görülen ilaçlar, **14-** Hipertansiyonda önemimi yitirmeye başlayan bir ilaç grubu,
15- Geçmişte aile planlaması politikalarının belirlenmesinde temel kaygılardan biri, **16-** Kızlarda idrar yolu enfeksiyonu sıklığını artıran bir neden, **17-** İdrar yolları enfeksiyonunun belirtilerinden biri
18- İdrar yolu enfeksiyonlarının önlenmesinde önemli bir bireysel hijyen türü, **19-** Üriner sistem enfeksiyonundan en sık sorumlu olan madde, **20-** Doğurganlığı azaltıcı politikaların diğer adı, **21-** Steril olması gereken bakterilerin idrarla kontaminasyonu sonucu oluşan hastalık (kısaltma), **22-** 31 Mayıs Dünya Sigarasız Gününün bu yılki konusu, **23-** ICPD'nin parlamentolara çizdiği görevler doğrultusunda çalışılması istenen bir kavram, **24-** İdrar yolu enfeksiyonlarının yinelemesinin etkilediği bir organ.

STED Şubat 2007 Ödüllü Bulmaca Doğru Yanıtları:

1- Küreselleşme, **2-** Alkol, **3-** Ecstasy, **4-** Prostaglandin, **5-** Lugol Solusyonu, **6-** İntihar, **7-** Ensefalotrigeminal Anjiomatosis, **8-** Opioidler, **9-** Sosyalizasyon, **10-** Hemianopsi, **11-** Porto Şarabı, **12-** Sigara, **13-** Erken Mem Gelişimi, **14-** Medya, **15-** İstenmeyen Gebelikler, **16-** Kretinizm, **17-** Fibronektin, **18-** İyot, **19-** Ergenlik, **20-** Yaşam Sonu, **21-** Primer Dismenore, **22-** Hipertrotiropinemi, **23-** Şizofreni, **24-** Madde Kullanımı.