



Ankara'daki Hastanelerde Çocuk İstismarı ve İhmali Olgularına Takım Yaklaşımı	49
Hastalık Kontrol Programları	57
Akraba Evlilikleri ve Genetik Danışmanlık	62



Yayın Yönetmenleri

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

Yayın Kurulu

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

Bilimsel Danışma Kurulu

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

Okuyucu Danışma Kurulu

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

Sayı Sorumlusu

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: ?? ????? 2008

Araştırma

Ankara'daki Hastanelerde Çocuk İstismarı ve İhmali Olgularına Takım Yaklaşımı 49

*Dr. Ayçe Tamer, Dr. Figen Şahin,
 Dr. Mustafa N. İlhan,
 Dr. Aysu Duyan Çamurdan,
 Dr. Aysel Yöney*

Derleme - Olgu Sunumu

Hastalık Kontrol Programları 57
Dyt. Recı Meseri, Dr. Belgin Ünal

Akraba Evlilikleri ve Genetik Danışmanlık 62
Dr. Mansur Özcan



Kapak Fotoğrafı:

"Emeğin Dansı"

Dr. Ceyhun İrgil, Bursa
 TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2007
 Başarı Ödülü



Merhaba,

"Görgü kuralları nedeniyle sorulamayacak sorular vardır. Kadına yaşı, erkeğe maaşı sorulmaz." Sanırım bu görgü kuralının temel gerekçesinde, insanları toplum içerisinde zor duruma düşürmeme ilkesi var.

Kadının yaşının sorulmamasını sonra tartışabiliriz. Oysa ister kadının, isterse erkeğin maaşının sorulmamasını, konuşulmamasını ben yadırgıyorum. İnsanın emeği karşısında kazandığı, gününü geleceğini sevdikleriyle birlikte planladığı gelirini söylememe isteğini anlayabilirim ancak, bunun bir kurala bağlanmasını anlayamıyorum.

Biz hekimlerin toplumda yıllardır üst düzey gelir grubunda görüldüğümüzü biliyoruz. Çoğu meslektaşımızın öyle olmasa bile kazandığını ya da daha doğru bir söylemle kazanamadığını, geçinemediğini dile getirmekten nasıl çekindiğini, utandığını hepimiz biliriz, yaşamaktayız. Nasıl ki alçakgönüllüğün fazlasının gerçek sanıldığı gibi, biz hekimlerin bu konudaki sessizliği toplum tarafından farklı yorumlanmakta ekonomik olarak rahat olduğumuz, iyi kazandığımız gibi algılanmakta. Bizler asgari ücretin farkında olan, hergün onlarca zorluk içinde yaşayan, işsiz, iyi bir evde barınamayan, iyi beslenemeyen insanlarla karşılaşılan bir mesleğin üyeleri olduğumuz için derdimizi, geçim sıkıntımızı içimize atmayı yeğliyoruz.



Fotoğraf: "Bir Umut" Dr. İmran Şan, Urfa
STED Fotoğraf Yarışması 2007 Sergi Ödülü

Yaptığımız işin, aldığımız sorumluluğun, yıllarını eğitime vermiş, eğitimini sürdürmek zorunluluğunda olan biz hekimler, maaşlarını bırakın toplumla paylaşmayı anne babalarımıza, çocuklarımıza söylemekten utanır olduk. Maaşımı diyemiyorum nasıl hesaplandığını, ne kadar süreceğini bilemediğimiz, bizi, mesleğimizi küçümseyen ödeme kalemlerini, döner sermaye uygulamalarının belirlediği bordromuzdaki rakamı duyan lise son sınıf öğrencilerinin tercihlerindeki değişimi, sıralamadaki yerimizi gözleriyle görmüş biri olarak sorunun kişisel olmaktan çoktan çıktığını düşünüyorum.

Mesleğimizin zorluklarının yanı sıra toplumda bize karşı oluşturulan olumsuz havanın, sistemdeki yaşanan sorunların sorumlusu gibi gösterilmekten, hedef olmaktan bizler zarar görüyor, yıpranıyoruz. Ancak daha önemlisi başarılı öğrenciler ekonomik koşulların ayırıcına vardığı ölçüde tıptan uzaklaşıyor, hekim olmanın tüm güzelliklerine karşın mesleğimizi seçmekte güçlük çekiyorlar. Diğer meslek gruplarıyla aldığımız maaşlarımız arasındaki uçurum gün geçtikçe büyüyor. Her mesleğin gücü var, yıpranma payı var. Ancak hekimlik mesleğinin zorlukları tüm toplum tarafından kabul görse, bilirse de konu tazminatlara yansıyor bordromuzda görülmeye gelince göz ardı ediliyor.

Ülkemizde hekim sayısının yüz bini geçmiş olması toplumla temas düzeyimizi genişletirken, öte yandan oldukça farklı çalışma koşullarında gelir elde eden hekimleri oluşturuyor. Kimi illerde aile hekimliğine geçen meslektaşlarımız geçmişe göre 2-3 kat daha fazla gelir elde ederken bu uygulamanın ne kadar süreceğinden önemli derecede kaygı duyuyorlar. Hastanelerde geri ödeme kurumlarından para akışının yavaşlaması ek ödemelerde gecikmelere yol açıyor. Tüm bunların dışında döner sermayesi olmayan ya da çok düşük olan, ödemelerde aksama olan en önemlisi de yarınını, emekliliğini göremeyen büyük bir hekim topluluğu var. Bu belirsizlik günlük çabalarla, fazladan çalışma biçimleriyle giderilmeye çalışılıyor. Ne yazık ki tüm bu çabalar hekimler içerisinde küçük bir grup dışında sonuç vermiyor.

Ben emeğimin karşılığını, mesleğimi yaparak almak istiyorum. Ekonomik zorluklardan bunaldım. Soran olursa maaşımı söylemekten çekinmiyorum. Bana bu parayı verenler utansınlar.

Bilimsel ve dostça kalın.

Ankara'daki Hastanelerde Çocuk İstismarı ve İhmali Olgularına Takım Yaklaşımı

Team Approach to Child Abuse and Neglect Cases in Hospitals in Ankara



Dr. Ayçe Tamer*, Dr. Figen Şahin**, Dr. Mustafa N. İlhan***,
Dr. Aysu Duyan Çamurdan****, Dr. Aysel Yöney*****

Öz

Bu çalışma, Ankara'da bulunan üniversitelerde ve içinde pediatri servisi olan eğitim ve araştırma hastanelerinde çocuk istismarı ve ihmali olgularının tanı ve tedavisi konusunda takım çalışması yapan ekiplerin var olup olmadığını belirlemek, varsa işleyişlerini değerlendirmek ve hastanedeki hekimlerin bu konudaki farkındalıklarını araştırmak amacıyla yapılmıştır.

Çalışmanın birinci bölümünde çalışmaya alınan hastanelerin bünyesinde çocuk istismarı ve ihmali olguları ile karşılaşıldığında görev yapan, yapılandırılmış bir ekip olup olmadığı, ikinci bölümünde ise ihmal ya da istismara uğramış çocuk hasta ile karşılaşabilecek doktorların değişik istismar tipleri ile karşılaşmış ve bu olgulara ne biçimde yaklaştıkları sorgulanmıştır.

Çalışma kapsamındaki sekiz hastaneden altısında çocuk istismarı ve ihmali olguları ile ilgilenen yapılandırılmış bir ekip vardı. Ekipler genelde pediatri, psikiyatri, adli tıp hekimleri ve sosyal hizmet uzmanından oluşmaktaydı. Anketi yanıtlayan hekimlerin hemen tamamı (%97) istismar ve ihmal olgusu ile karşılaşmışlardı. Hekimlerin en sık ihmal (%80), sonra duygusal istismar (%73), daha sonra fiziksel istismar (%63) ve cinsel istismar (%42) ile karşılaşmış oldukları saptandı. Devlet hastanelerinde çalışan doktorların 'cinsel istismar' ve 'ihmal' olguları ile karşılaşmaları, üniversite hastanesinde çalışan doktorlara göre anlamlı oranda fazla bulundu. İstismar ve ihmal olguları ile karşılaşan hekimler genelde olguyu adli tıp ve sosyal hizmetlere bildirdiklerini ve adli rapor tuttuklarını belirttiler.

Türkiye'de tıp alanında çocuk istismarı ve ihmali konusuna gereken önem verilmeye başlamış olup, gelişmeler sevindirici olarak değerlendirilmekte birlikte henüz istenen düzeyde değildir. Örgün ve sürekli eğitimde çocuk istismarı konusunda eğitim verilmesi ve tüm hastanelerin bünyesinde çocuk koruma ekibinin kurulmasının sorunun çözümüne katkıda bulunabileceği düşünülmüştür.

Anahtar sözcükler: Çocuk istismarı, multidisipliner yaklaşım, çocuk koruma ekibi.

Abstract

This study aims to investigate the presence of multidisciplinary teams for management of child abuse and child neglect cases in university hospitals and state hospitals with a pediatrics clinic. If such a team existed, we also aimed to see how it functioned and what the level of awareness was among the physicians working in these hospitals about child abuse and neglect.

In the first part of the study, the presence of a multidisciplinary team working with abused and neglected children in the hospitals included in the study was investigated. In the second part, the physicians who were likely to have seen an abused child were asked if they had seen different forms of abuse in children and how they had managed these cases.

In 6 of the 8 hospitals that were included in the study, there was a structured multidisciplinary team dealing with abused and neglected children. The teams were mostly composed of pediatricians, psychiatrists, forensic medicine specialists and social workers. Almost all of the physicians who completed the questionnaire reported that they had seen at least one case of abuse and neglect (97%). The physicians had most commonly seen neglect (80%), followed by emotional abuse (73%), physical abuse (63%) and sexual abuse (42%). The physicians working in state hospitals had seen sexual abuse and neglect cases significantly more commonly than the physicians working in university hospitals. They said that when they diagnosed an abuse case they consulted it with the forensic medicine department and reported the case to the police or social services.

This study demonstrates that although some awareness about child abuse and neglect has emerged in the field of medicine, it is still not at the desired level. Lectures about child abuse should be given both in undergraduate and postgraduate education programs. Establishment of child protection teams in each hospital may help solve the problem.

Key words: Child abuse, multidisciplinary team, child protection team.

*Aile hekimi, Ankara Atatürk Araştırma ve Eğitim Hastanesi

** Doç.; Gazi Ü. Tıp Fak. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Ankara

*** Yrd. Doç.; Gazi Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Ankara

**** Yrd. Doç.; Gazi Ü. Tıp Fak. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Ankara

*****Klinik şefi, Dr. Sami Ulus Çocuk Sağ. ve Hast. Eğitim ve Araştırma Merkezi, Ankara

Giriş

Çocuk kavramı tarih içinde toplumun inançlarına, ekonomilerine, kültürlerine göre değişen bir kavram olarak yer almaktadır (1). Çocuk hakları sözleşmesine göre, 18 yaşın altındaki her insan çocuk sayılır. Çocuk ve gençlerin her yönden sağlıklı yetiştirilmeleri, kişilik gelişimleri için de çok önemlidir (2). Çocuk ana babaya yalnızca beslenme ve bakım açısından değil, aynı zamanda sevgi ve ilgi bakımından da gereksinim duyar. Çocuk sevgi dolu ve huzurlu aile ortamında kurduğu temellerle davranışlarını, sosyal ilişkilerini ve topluma uyumunu düzenler. Nesillerin sağlıklı yetişmesi aile içindeki tutum ve davranışların ürünüdür (2).

Çocuğun sağlığını, fiziksel ve psikolojik gelişimini olumsuz etkileyen, bir yetişkin, toplum ya da devlet tarafından bilerek ya da bilmeyerek yapılan hareket ya da davranışlara 'çocuk istismarı' denmektedir (3). Çocuğun sağlığı, fiziksel ya da psikolojik gelişimi için zorunlu gereksinimlerin karşılanmaması ise 'çocuk ihmali' olarak tanımlanmaktadır (3).

Çocuk istismarı; fiziksel, cinsel, duygusal istismar ve ihmali şeklinde görülür. Sık görülmesine ve önemli bir sağlık sorunu olmasına karşın, tanı ve tedavisinde ilgili uzmanlık dalları arasında işbirliği konusunda çoğu kez yetersizliklerle karşılaşmaktadır. Kanıtların eksikliği, yanlış bilgiler, kültürel ve geleneksel değerler istismarın göz ardı edilmesine yol açabilmektedir.

İstismar göstergesi olan hafif bulgular atlandığında ya da bildiri yapılmadığında, yaşamsal önem taşıyan olumsuz sonuçlarla karşılaşabilmektedir. Ayrıca, çocuk istismarında olayın ardından, onun yarattığı örselenmeye ek olarak çocuğun var olan sistem içinde yaşadıkları, ikincil bir örselenme daha yaratabilir. Örneğin, hastaneye başvurduğunda, sıklıkla hekimlerin bu konudaki deneyimsizliği ve daha deneyimli birine danışma isteği nedeniyle öykü ve fizik inceleme yinelenmektedir. Bu süreç çocuk için oldukça örselleyicidir (4). Ayrıca çocuk sağlığı ve hastalıkları, adli tıp, çocuk psikiyatrisi, acil tıp, aile hekimi gibi çocuğu bu olay nedeniyle görmesi gereken birimlerin bir ekip olarak çalışmaması, çocuğun bölümden bölüme dolaşmasına ve kaygısının artmasına neden olur (1,4).

Bu nedenle çocuk istismarında takım yaklaşımı esastır (5). Çocuk istismarının tanı ve tedavisinde etik ve yasal yükümlülükleri olan hekimlerin, özellikle de çocuk hastalarla en çok karşılaşan pratisyen hekimlerin, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının, çocuk psikiyatristlerinin, aile hekimlerinin, beyin cerrahi uzmanlarının, ortopedistlerin, acil tıp hekimlerinin, adli tıp hekimlerinin, çocuk istismarının bulgu ve belirtilerini bilmeleri ve olgular karşısında bir takım olarak yaklaşmayı geliştirmeleri gerekir (4,5).

Tüm dünya ülkelerinde toplumsal ve hukuksal yönleri olan bir halk sağlığı sorunu kabul edilen çocuk istismarı ve ihmali konusuna çözüm ve önleme amacıyla takım yaklaşımının yararlı ve gerekli olduğu görülmüştür (6). Hem kurumlar arası, hem de kurum içinde iletişim halinde olan ekipler oluşturarak çalışma yöntemi; zaman, verimlilik, çözüm ve çocukların ruh sağlığını koruma yönünden oldukça önemlidir. Tüm dünya ülkelerinde olduğu gibi ülkemizde de bu türden bir yapılmaya gereksinim vardır (2).

Ülkemizdeki hastanelerde de son yıllarda çocuk koruma ekipleri kurulmaya başlamış olup, ekip içinde doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog gibi kişiler yer almaktadır (4).

Bu çalışma, Ankara'da bulunan üniversitelerde ve pediatri servisi bulunan araştırma ve eğitim hastanelerinde multidisipliner ekiplerin var olup olmadığını belirlemek, varsa işleyişlerini değerlendirmek



ve hastanedeki hekimlerin bu konudaki farkındalıklarını araştırmak amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Kesitsel tipte olan bu araştırma, 2006 yılının ikinci yarısında Ankara ili merkezinde bulunan üniversiteler ile pediatri servisi bulunan eğitim ve araştırma hastanelerinde yapılmıştır. Çalışmaya alınan hastaneler; Ankara (AÜTF), Gazi (GÜTF), Başkent (BÜTF), Hacettepe (HÜTF) Tıp Fakültesi Hastaneleri ve Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) ile Dr. Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Merkezi, Dışkapı ve Ankara Eğitim ve Araştırma Hastaneleridir. Bu hastanelerde çocuk istismarı ve ihmali olguları ile karşılaşma olasılığı diğer bölümlere göre daha sık olabileceği düşünülen pediatrist, psikiyatrist ve çocuk psikiyatri doktorları ile acil tıp, adli tıp, aile hekimi, beyin cerrahisi ve ortopedi gibi uzmanlık dallarının doktorları ile görüşülerek araştırma yürütülmüştür. Araştırma sırasında toplam 564 hekime ulaşılmıştır.

Çalışma iki aşamalı anket şeklinde olup birinci bölümde hastanelerin yönetimlerine resmi olarak hastane bünyesinde çocuk istismarı ve ihmali olguları ile karşılaştığında görev yapan, yapılandırılmış bir ekip olup olmadığı, resmi olarak bildirilen yıllık başvuru sayısının ne kadar olduğu sorulmuş ve Ankara'daki hastanelerdeki ekiplerin durumu saptanmaya çalışılmıştır. Anketin ikinci

bölümünde ise ihmal ya da istismara uğramış çocuk hasta ile karşılaşabilecek uzmanlık dallarında çalışan doktorlara, yaşları, meslekte kaçınıcı yılda oldukları, ünvanları, haberleşme adresleri, çalıştıkları kurumun adı ve bölümü, ne sıklıkta istismara uğramış çocukla karşılaştıkları, bu olgulara ne biçimde yaklaştıkları, hastanelerinde bu konuda takım çalışması yürüten bir ekibin varlığının farkında olup olmadıkları ve multidisipliner ekip çalışmasına olan inanç ve istekleri sorulmuştur. Doktorlardan, hazırlanan anket formunu tek tek doldurmaları istenmiş, anket maddelerinde anlaşılmayan noktalarda açıklama yapmak üzere yanlarında bulunulmuştur. Anket formunun doldurulması ortalama beş dakika sürmüştür. Veriler SPSS 12,0 istatistiksel paket programına yüklenerek değerlendirilmiştir. İstatistiksel karşılaştırmalarda, niteliksel değişkenler için ki-kare, niceliksel değişkenler için t testi ve 'varyans analizi' kullanılmıştır. $p < 0.05$ olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular

Çalışmanın ilk aşamasında hastane yönetimlerinden alınan yanıtlara göre, araştırma kapsamında incelenen sekiz hastaneden 6'sında (%75) çocuk istismar ve ihmali ile ilgilenen bir birim bulunmaktadır. Tablo 1'de hastanelerde çocuk ihmali ve istismarı ile ilgilenen birim varlığı ile bu birimde

Hastane sayısı	Çocuk ihmali	Ekipte Görev Yapanlar ve istismarı	Yıllık başvuru
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Var	Çocuk Sağ., Adli Tıp, Beyin Cerrahisi, Ortopedi, Acil Tıp, Çocuk Psikiyatri, Kadın Doğum, Cerrahi Hekimleri ile Sosyal Hizmet Uzmanı ve Psikolog	30
AÜTF	Var	Çocuk Sağ., Adli Tıp, Çocuk Psikiyatri, Çocuk Cerrahisi, Halk Sağlığı Hekimleri ile Hukukçu, Sosyal Hizmet Uzmanı ve Psikolog	30
BÜTF	Var	Çocuk Sağ., Adli Tıp, Çocuk Psikiyatri Hekimleri ile Psikolog	5
Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Yok	Yok	20-30
GÜTF	Var	Çocuk Sağ., Adli Tıp, Çocuk Psikiyatri Hekimleri ile, Sosyal Hizmet Uzmanı ve Psikolog	30-40
GATA	Yok	Yok	-
HÜTF	Var	Çocuk Sağ., Adli Tıp, Çocuk Psikiyatri Hekimleri ile, Sosyal Hizmet Uzmanı ve Psikolog	30-40
Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Merkezi	Var	Çocuk Sağ., Çocuk Psikiyatri Hekimleri ile Sosyal Hizmet Uzmanı	30

Tablo 2. Araştırmaya katılan hekimlerin çalışma alanları, hekimlik süreleri ve ünvanlarına göre dağılımı

Çalışma Alanı	Sayı	%
Çocuk hastalıkları	281	49,8
Çocuk psikiyatrisi	75	13,3
Adli tıp	44	7,8
Beyin cerrahi	47	8,3
Ortopedi	50	8,9
Aile hekimi	44	7,8
Acil tıp	19	3,4
Hekimlik süresi		
1-10 yıl	410	72,7
11-20 yıl	100	17,7
21-30 yıl	42	7,4
31-40 yıl	9	1,6
41 ve üzeri	3	,5
Unvan		
Profesör	36	6,4
Doçent	29	5,1
Yardımcı Doçent	12	2,1
Öğretim Görevlisi	7	1,2
Klinik şefi	8	1,4
Klinik şef yardımcısı	5	,9
Başasistan	12	2,1
Uzman	92	16,3
Araştırma görevlisi	363	64,4
Toplam	564	100,0

görev alan sağlık çalışanları ve yıllık ortalama başvuru sayıları yer almaktadır.

Araştırmaya katılan hekimlerin hemen tamamı (%97) konuya multidisipliner yaklaşım gerekliliğine inanıyordu ve bu amaçla ekip kurulmasına destek veriyordu; %60'ı bu

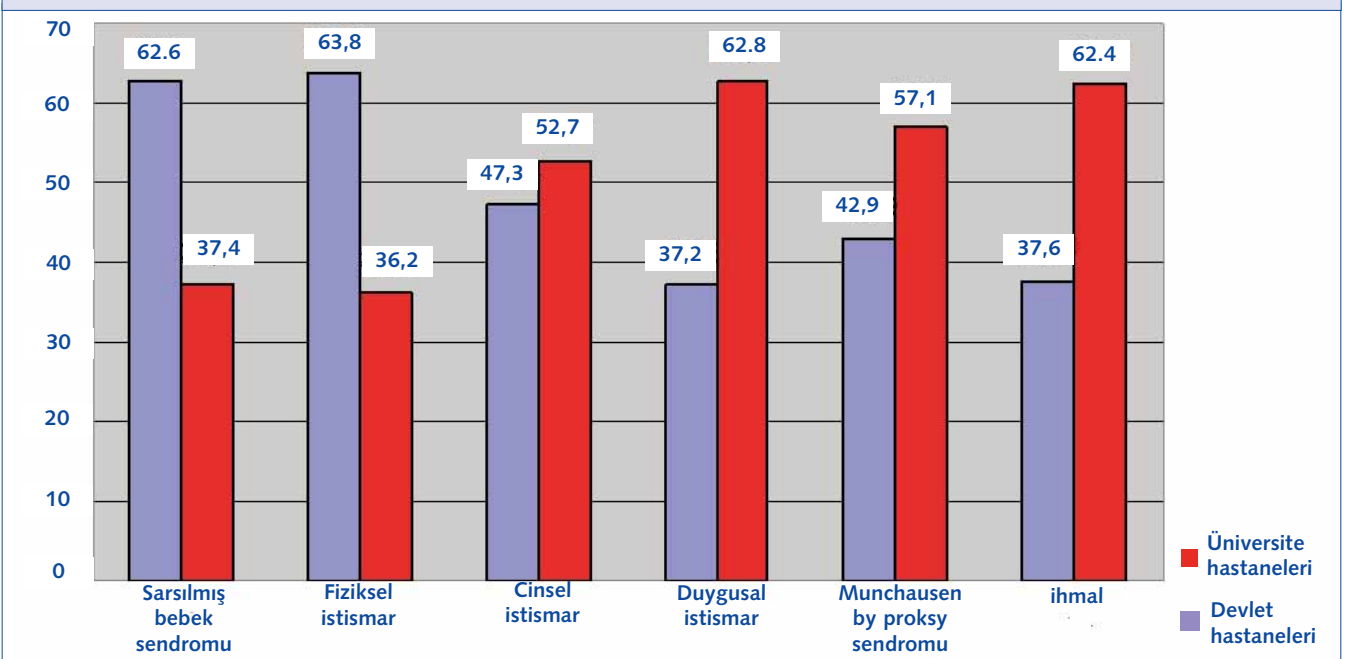
ekiplerde etkin olarak görev almaya istekliydi.

Çalışmaya alınan 8 hastaneden 6'sında (AÜTF; HÜTF; GÜTF; BÜTF; Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dr. Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Merkezi) çocuk istismarı ve ihmal olguları ile ilgilenecek bir ekip vardı. Böyle bir ekibi olan hastanelerde çalışan doktorların %57'si kurumlarındaki bu ekibin varlığından haberdar iken, diğerlerinin ekibin varlığı hakkında ya hiç bilgi sahibi olmadığı ya da hastanelerinde böyle bir ekibin bulunmadığını ifade ettiği görüldü. Uzmanlık dallarına göre incelendiğinde, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının (%74) kurumlarında ekibin var olduğunu diğer bölüm doktorlarına göre anlamlı oranda daha fazla bildiği saptanmıştır (p=0.001).

Hekimler unvanlarına göre incelendiğinde, uzmanların (Uzman, Başasistan, Yrd.Doçent, Doçent, Profesör, Klinik şefi) kurumlarında çocuk koruma ekibinin var olduğunun farkında olmaları (%74), asistanlara göre (%47) anlamlı oranda fazla saptanmıştır (p=0.001). Üniversite hastanelerinde çalışanların %50' si kurumlarında ekibin var olduğunun farkında iken, bu oran devlet hastanelerinde %40 olarak saptanmıştır (p=0.004).

Çalışmanın ikinci bölümünde hekimlerin çocuk istismarı ve ihmal ile karşılaşma sıklıkları ve bu konudaki tutum ve davranışları

Grafik 1. Üniversite ve Devlet hastanelerinde çalışan doktorların çocuk istismarı ve ihmal olgularıyla karşılaşma durumları



Tablo 3. Araştırmaya katılan hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda karşılaştıkları olguların dağılımı

Çalışma Alanı	Sayı	%
Karşılaştıkları olgular		
Sarsılmış bebek sendromu	182	32,3
Cinsel istismar	239	42,4
Munchausen by proxy sendromu	280	49,6
Fiziksel istismar	356	63,1
Duygusal istismar	412	73,0
İhmal	451	80,0
Toplam	564	100,0

Tablo 4. Araştırmaya katılan hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda karşılaştıkları olguları izlerken yaklaşımları

Olguları izlerken yapılan tedavi durumu	Sayı	%
Tıbbi/ cerrahi tedavi	285	50,5
Başka uzmandan konsültasyon istemek	260	46,1
Sosyal hizmet uzmanına bildirmek	380	67,4
Psikoloğa yönlendirmek	405	71,8
Polise bildirmek	378	67,0
Rapor tutmak	443	78,5
Adli tıbbı haber vermek	537	95,2
Toplam	564	100,0

değerlendirilmiştir. Tablo 2’de araştırmaya katılan hekimlerin çalıştıkları çalışma alanları, hekimlik süreleri ve unvanlarına göre dağılımı görülmektedir.

Hekimlerin hemen tamamı (%99) istismar ve ihmali olgusu ile karşılaşmışlardır. Hekimlerin en sık ihmali (%80), sonra duygusal istismar (%73), daha sonra fiziksel istismar (%63), Munchausen by Proxy sendromu (%49), cinsel istismar (%42), Sarsılmış Bebek Sendromu (%32) ile karşılaşmış oldukları saptandı (Tablo 3).

Karşılaşılan olgular ile doktorların uzmanlık alanları karşılaştırıldığında, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının sarsılmış bebek sendromu, cinsel istismar, duygusal istismar ve Munchausen by Proxy Sendromu ile diğer uzmanlık alanında çalışan doktorlara göre anlamlı oranda daha fazla karşılaştıkları görüldü ($p=0.01$).

Devlet hastanelerinde çalışan doktorların ‘cinsel istismar’ ve ‘ihmal’ olguları ile karşılaşmaları, üniversite hastanesinde çalışan doktorlara göre anlamlı oranda fazla bulundu. ($p=0.14$) (Grafik 1). Duygusal istismar devlet hastaneleri doktorları tarafından, fiziksel istismar ve sarsılmış bebek sendromu ise

üniversite hastanesi doktorları tarafından diğer gruba oranla daha sık görülmüştü; ancak bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı değildi.

Çocuk koruma ekibi olan hastanelerde, cinsel istismar ve fiziksel istismar olgularının görülme sıklığında anlamlı bir farklılık saptanırken (p ’ler sırasıyla 0.01 ve 0.03), sarsılmış bebek sendromu, duygusal istismar, Munchausen by Proxy sendromu ve ihmali olguları ile karşılaştırılmasında fark olmadığı görüldü.

Araştırmaya göre hekimlerin istismar olguları ile karşılaştıklarında ne yaptıkları sorulduğunda, %95,2’si ($n=537$) olguyu hastanelerindeki adli tıp bölümüne bildirdiğini, %78,5’i ($n=443$) olgu hakkında adli rapor tuttuğunu, %71,8’i ($n=405$) psikoloğa yönlendirdiğini, %67’si ($n=378$) polise, %67,4’ü ($n=380$) sosyal hizmetler uzmanına bildirdiğini, %50,5’i ($n=285$) tıbbi-cerrahi tedavi uyguladığını, %46,1’i ($n=260$) olgu için bir başka uzmandan konsültasyon istediğini belirtmişlerdir (Tablo 4).

Üniversite hastaneleri ve devlet hastanelerinde çalışan hekimlerin olgulara yaklaşımı karşılaştırıldığında; devlet hastanelerinde, konsültasyon isteminin ($p=0.02$), sosyal hizmetlere ($p=0.04$), psikoloğa ($p=0.001$), polise ($p=0.01$) ve adli tıbbı ($p=0.01$) bildirilmesinin üniversite hastanelerine, göre anlamlı olarak daha fazla uygulandığı, psikiyatrik tedavi yapılması arasında anlamlı fark olmadığı, üniversite hastanelerinde ise tıbbi cerrahi tedavi uygulanmasının devlet hastanelerine göre daha fazla olduğu saptanmıştır ($p=0.003$).

Kurumlarında çocuk istismarı ile özel olarak ilgilenen bir ekip olan ve olmayan hastanelerin karşılaştıkları olgulara bakıldığında, ekip bulunan hastanelerde çalışan hekimlerin fiziksel istismar ve cinsel istismar olgularıyla daha sık karşılaştıkları (p ’ler sırasıyla 0.03 ve 0.01) ve sosyal hizmetlere bildirim yapmalarında ve bir başka bölümden konsültasyon istemelerinde anlamlı bir fazlalık olduğu saptanmıştır ($p=0.01$).

Tartışma

Çocuk istismarı ve ihmali konusu günümüzde artık konuşulabilir, tartışılabilir ve daha da önemlisi “ Bu durumu önlemek için ne yapabiliriz ya da var olan durumu nasıl iyileştirebiliriz?” sorusunu sorma noktasına

gelmiştir. Bu noktada, sağlık personeli olarak sorunun yaşandığı durumda ilk başvuru kaynağı kişiler olarak, çocuk istismarı konusunda hekimlerin farkındalığını sorgulamak, konunun gerektirdiği ekip çalışmasının Ankara'daki hastanelerde var olup olmadığını ve işleyişini saptamak ve konuya ilişkin çözüm üretebilmek için bu çalışma gündeme gelmiştir.

Fiziksel ya da cinsel travmaya uğrayan çocukların tıbbi yardım almak için başvurdukları hekimler, konularını nedeniyle çocuk istismarı ve ihmali sorunu içinde önemli bir yere sahiptirler. Hekimlerin karşılaştıkları olgular, toplumda var olan istismarın bir yansımasıdır ve bu yönüyle, her ne kadar gerçek bir insidans belirtmese de toplumumuzda çocuk istismarının varlığı ve sıklığı konusunda uyarıcı olmalıdır.

Bu çalışmada Ankara'daki hastanelerde çalışan ve fiziksel ya da ruhsal travmaya uğramış çocuk hasta görme olasılığı olan hekimlerin %99'unun çocuk istismarı olgusu ile karşılaşmış olduğu gözlenmiştir. Hiçbir olgu ile karşılaşmayan hekim sayısı oldukça az olup, bunlar meslekte yeni olan hekimlerdir. Hemen her hekimin istismar olgusu ile karşılaşmış olması çocuk istismarının ülkemizde çok ender görülen bir durum olmadığını, çocuk istismarı ve ihmalinin bizim hastanelerimizde de tıbbi bir sorun olarak önemli yer almakta olduğunu düşündürmektedir. Yine de buradaki sıklık dikkatle yorumlanmalıdır. Çünkü anket uygulanan hekimler belli bölümlerde birlikte çalışan, bir kısmı eğitim alan, bir kısmı eğitim veren bir gruptur. Bu nedenle örneğin, annenin bazı belirtileri kendisinin yarattığı ve çocuğuna bir hastalık tanısı koyulmasını sağlayarak çeşitli tıbbi girişimlere uğramasına yol açtığı Münchausen by Proxy sendromu gibi ülkemizde çok az tanı konmuş olan (7) ve diğer tiplere kıyasla daha ender görülmüş olması beklenen bir istismar tipinin ankette beklenenden çok saptanmış olması, tek bir olgunun eğitim toplantılarında tartışılması sonucu, birçok hekim tarafından bilinmesi biçiminde açıklanabilir.

Ülkemizde çocuk istismarının sıklığı konusunda yapılmış araştırmalar, genellikle geriye dönük anketlerle ve çoğunlukla ergen ya da genç erişkinlere istismarın bir tanımı verilerek çocukluklarında böyle bir davranışla karşılaşmış olduklarının sorulması

şeklinde dir. Bu çalışmalara göre, Türkiye'de fiziksel istismar sıklığı %30-35'tir (8, 9). İstanbul'da yapılan bir çalışmada ise cinsel istismar sıklığı %4 bulunmuştur (10). Bu tip çalışmaların dışında karşılaşılan olgularla ilgili dökümler, az da olsa bulunmaktadır. Yakın zamanda yapılmış bir çalışmada, ülkemizde acil servise başvuran ev kazalarının %16'sının istismar yönünden kuşkulu olduğu saptanmıştır (11). Türkiye'de çocuk istismarına ilişkin ilk olgu serisi de 2001 yılında yayımlanmıştır (12).

Uzmanlık alanlarına göre karşılaşılan olgu sıklığına bakıldığında, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının sarsılmış bebek sendromu, cinsel istismar, duygusal istismar, Münchausen by Proxy sendromu ile diğer uzmanlık alanında çalışan doktorlara göre, anlamlı oranda daha fazla karşılaştıkları görülmüştür. Çocuk hastaların ilk karşılaştıkları hekimlerden birinin çocuk doktorları olduğu düşünülürse, bu sonuç şaşırtıcı değildir. Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının karşılaştıkları bu olguları doğru biçimde ele almaları için donanımlı olmalarının zorunluluğu da görülmektedir. Gerek istismara uğramış çocukla görüşme, gerekse çocukların istismardan korunması konularında çocuk hekimlerine düşen önemli görevler bulunmaktadır (13,14).

Benzer biçimde hastalarla ilk basamakta karşılaşan ve koruyucu hekimlik açısından da önemli görevleri olan aile hekimleri ve pratisyen hekimlerin konu hakkındaki bilgileri yeterli olmalıdır (15).

Yaptığımız anketlerde devlet hastanelerinde çalışan doktorların 'cinsel istismar' ve 'ihmal' olguları ile karşılaşmaları, üniversite hastanesinde çalışan doktorlara göre anlamlı oranda fazla bulunmuştur. Bunun nedeni, hizmet verdikleri toplum kesiminin sosyoekonomik özelliği olabilir. İhmal sosyoekonomik düzeyi düşük ailelerde daha sık karşılaşılan bir durumdur (16). Çalışmamıza katılan Ankara Hastanesi ve Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesi, hem konuları, hem de yeşil kart gibi sağlık güvencelerini kabul etmeleri nedeniyle Ankara'nın oldukça düşük sosyoekonomik düzeydeki kesimine hizmet vermektedir. Bu hastanelere başvuran kesimde, ekonomik yoksunluk ve eğitimsizlik gibi nedenlerle çocuk ihmeline sık rastlanması beklenebilir. Cinsel istismarın ise, sosyoekonomik düzey gözetmeden her

kesimde görülebildiği bildirilmektedir. Ancak savcılık gibi resmi kanallardan daha çok hasta gönderilen yerler olan tam teşekküllü devlet hastanelerinde çalışan hekimler, bu kanalla başvurmuş cinsel istismar olgularıyla daha sık karşılaşmış olabilirler. Çocuk koruma ekibi olan hastanelerde de daha fazla fiziksel istismar ve cinsel istismar olgusuyla karşılaşmış olması, benzer biçimde bu birimlere daha fazla hasta yönlendirilmiş olmasıyla açıklanabilir. Ayrıca resmi kurumlar dışında da bu hastanelerdeki çocuk koruma ekiplerinin farkında olan kişiler tarafından yönlendirme yapılmış olabilir.

Bu çalışmada hekimlerin olguyla karşılaşma sıklığı yanı sıra, bir istismar olgusuyla karşılaştıklarında ne yaptıklarının da sorgulanması amaçlanmıştır. Sistemin en iyi işlediği durumlarda aslında olması gereken, çocuğun bir yandan tıbbi ve psikolojik tedavisi sürerken adli makamlara ve gerektiğinde Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'na resmi bildirimler yapılarak, sistemin bir bütün olarak çocuğun sağlığını ve haklarını korumasıdır. Çalışmamıza katılan hekimlerin de önemli bir bölümü hastayı "adli tıp uzmanına" sevk etmiş ya da "polise" haber vermişti. Adli rapor tutanların da oranı oldukça yüksekti. Adli makamlar suçlunun cezalandırılmasına öncelik veren kurumlar olduğu için çocuğun korunması amacıyla Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'nun da olaya katılması gerektiği göz ardı edilmemelidir. Bu çalışmada hekimlerin %68'inin sosyal hizmetler il müdürlüğüne de başvurmuş olması sevindiricidir. Bu oranın özellikle "Çocuk Koruma Ekibi" olan hastanelerde yüksek bulunmuş olması, ülkemizde giderek disiplinler arası çalışma anlayışının geliştiğini göstermektedir.

Ankete yanıt veren hekimlerin hemen tamamı, konuya multidisipliner yaklaşım gerekliliğine inanıyordu ve bu amaçla ekip kurulmasına destek veriyordu. Benzer biçimde, dünya ülkelerinde de kabul gören düşünce, olaya multidisipliner yaklaşım şeklindedir (5). Ancak çalışmamıza katılan hekimlerden yalnızca %60'ı bu ekiplerde aktif olarak görev almaya istekli idi. Bunun nedeni, bu olguların tıbbi zorluklarının yanı sıra, sosyal bazı zorluklar içermesi olabilir. Ya da hekimlerin zaten ağır olan iş yüklerine başka bir iş eklenmesi konusundaki isteksizliklerinin bir göstergesi biçiminde değerlendirilebilir.

Çalışmamızın bir diğer ilginç sonucu da, anket yapılan 8 hastaneden 6'sında multidisipliner çalışan bir ekip olmasına karşın, hekimlerin %40'ının kurumlarında böyle bir ekibin varlığından haberleri olmadığını belirtmesidir. Anketin hastanenin genelindeki tüm hekimlere değil, çocuk istismarı ile karşılaşma olasılığı en yüksek olan gruba yapıldığı düşünülürse, bu sonuç daha da çarpıcıdır. Bu durumda kuşkulu bir istismar olgusuyla karşılaşan hekimlerin neredeyse yarısı kurumlarında var olan bir ekibe olguyu bildiremeyecektir. Bu durumun ekibin kendini kurum içinde yeterince tanıtamamış olmasından kaynaklandığı sanılmaktadır. Ekipler ilk kurulduklarında varlıklarını anlatacak çalışmalar yapmış olsalar bile, üniversiteler ve eğitim hastaneleri asistanların belli bir süre çalıştıktan sonra mezun olduğu ve yerlerine yenilerinin geldiği, yani hekim hareketliliğinin fazla olduğu kurumlardır. Yeni katılan personelin de bilgilendirilmesi sağlamak amacıyla zaman zaman tanıtım toplantıları yapılması ya da eğitim toplantılarında ekibin çalışma modelinin anlatıldığı ve örnek olgu sunumlarının yapıldığı zamanlar ayrılması ekibin etkinliklerinin özellikle asistanlar arasında daha iyi tanınmasını sağlayabilir.

Sonuç olarak, çocuk istismar ve ihmal olguları ülkemizde de, tüm dünyada olduğu gibi yaygın bir halk sağlığı sorunudur. Hastanelerde, çocuk örselenmesini önlemek ve tedavi etmek için çalışan "çocuk koruma birimleri" oluşturulması, bu birimde hekimlerden başka sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve hemşire gibi sağlık personelinin bir arada ekip ruhu ile çalışması çocuğun uğradığı örselenmenin en aza indirilmesi için etkin bir yaklaşımdır. Hastanelerin bünyesindeki ekiplerin varlığı ve etkinlikleri, tüm hastane çalışanları tarafından bilinecek biçimde hizmet içi eğitimde gereken önemli yerini almalıdır. Mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim ile sürekli tıp eğitiminde çocuk ihmal ve istismarı konularına yer verilmesi farkındalık ve duyarlı bireylerin artmasını sağlayarak çocuk istismarı ve ihmalinin önlenmesinde önemli adımlar atılmasını sağlayacaktır.

İletişim: Dr. Figen Şahin

E-posta: figens2001@yahoo.com

Kaynaklar

- 1- Ziyalar N. Çocuk istismarı ve ihmalinin önlenmesi. Çocuk Forumu 1999; 2: 31-33.
- 2- Polat O. Çocuk ve Şiddet. İstanbul: Der Yayınları, 2002: 85-97.
- 3- Birinci İstanbul Çocuk Kurultayı İstanbul Çocuk Raporu. İstanbul: İstanbul Çocukları Vakfı Yayınları, 2000: 138-146.
- 4- Şahin F, Beyazova U. Çocuk istismarı ve ihmaline yaklaşımda hastane çocuk koruma birimleri, Türk Pediatri Arşivi 2007;42 Özel Sayı,16-18
- 5- Wallace G.H., Makoroff K.L., Malott H.A., & Shapiro R.A. Hospital-based multidisciplinary teams can prevent unnecessary child abuse reports and out-of-home placements. Child Abuse & Neglect, 2007; 31, 623-629.
- 6- Hochstadt N.J., & Harwicke N.J. How effective is the multidisciplinary approach? A follow up study. Child Abuse & Neglect, 1985; 9, 365-72.
- 7- Beyazova U, Şahin F, Kuruoğlu A, Işık A.F, Karacan E, Münchhausen Syndrome by Proxy: a case report. Türk J Pediatri. 2002;44(4-);334-338.
- 8- Zeytinoğlu, S. ve Kozcu Ş. (1988/1989-. Fiziksel çocuk istismarı ile ilgili bir araştırma. Seminer Dergisi, Ege Univ., Edebiyat Fak. Yayını, 6/7, 77-83
- 9- Bilir Ş, Arı M, Dönmez NB (1986- 4-12 yaşları arasında 16000 çocukta örselenme durumları ile ilgili bir inceleme. Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Dergisi 1: 7-14
- 10- Alikasifoğlu M, Erginoz E, Ercan O, Albayrak-Kaymak D, Uysal O, İlter O (2006- Sexual abuse among female high school students in İstanbul, Turkey. Child Abuse Negl 30: 247-255.
- 11- Gencer O, Ozbek A, Bozabali R, Cangar S, Miral S. Suspected child abuse among victims of home accidents being admitted to the emergency department: a prospective survey from Turkey. Pediatr Emerg Care. 2006 Dec; 22(12):794-803.
- 12- Oral R, Can D, Kaplan S, Polat S, Ates N, Cetin G, Miral S, Hanci H, Ersahin Y, Tepeli N, Bulguc AG, Tiras B. Child abuse in Turkey: an experience in overcoming denial and a description of 50 cases. Child Abuse and Neglect 2001; 25(2):279-90.
- 13- Frasier LD. The pediatrician's role in child abuse interviewing. Pediatr Ann. 1997 ;26(5):306-11.
- 14- Dubowitz H. Pediatrician's role in preventing child maltreatment. Pediatr Clin North Am. 1990 ; 37(4): 989-1002.
- 15- McDonald KC. Child abuse: approach and management. Am Fam Physician. 2007 Jan 15;75(2):221-8.
- 16- Çamurdan A. Çocuk İhmali. In: Çocuk İstismarı ve İhmali Multidisipliner Yaklaşım 2006, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara: s:35-46

Tıp Terimleri İçin Türkçe Karşılık Önerileri



Tıp terimleri için Türkçe karşılık kullanmayı, kullananları yüreklendirmeyi, bu duyarlılığın geliştirilmesi için uyarılarda bulunmayı önemsiyoruz. Duyarlılığımızın geliştirilmesinde stedokur@ttb.org.tr adresini ve dergimizin sayfalarını kullanabiliriz. Bilimsel ve dostça kalın...

Pik	Tepe, zirve	Polivalan	Çok bileşenli
Pilli	Kıvrımcık	Pollaküri	Sık idrar yapma
Pirojen	Ateş yükselten	Ponksiyon	Delmek
Pitozis	Düşüklük	Popülasyon	Toplum, nüfus, topluluk
Plasenta	Eş	Por	Gözenek
Plastie	Onarım	Port	Giriş (katater)
Plazmaferez	Plazma süzdürüm	Portör	Taşıyıcı
Pleomorfik	Yapısal çeşitlilik	Posterior	Arka
Plika	Kıvrım	Posterm	Geç doğmuş
Plörezi	Akciğer zarı yangısı	Postmortem	Ölüm sonrası
Plug	Tıkaç	Postnatal	Doğum sonrası
Polorite	Kutupluluk	Postprandiyal	Yemekten sonra
Polidaktili	Çok parmaklılık	Postural	Duruşla ilgili
Polidipsi	Çok su içme	Postür	Duruş
Polifaji	Çok yeme	Potansiyel	Gizli güç
Poliklinik	Ayaktan tanı ve tedavi merkezi	Potent	Güçlü
Polimorf	Çok biçimli	Pozisyon	Durum, yerleşim, konum
Polimorfonükleer	Parçalı hücre	Pozitif	Olumlu
Poliomyelit	Çocuk felci	Pratik	Uygulama
Polip	Saplı ur	Pre load	Ön yük
Polisitemi	Alyuvar artımı	Prediktif	Öngörülü
Poliüri	Çok idrar yapma	Prediktif	Öngörü



Dyt. Reci Meseri, Dr. Belgin Ünal***

Öz

Hastalık kontrol programları, toplumda sık görülen ve toplumun büyük çoğunluğunu etkileyebilen, etmenleri çoğunlukla önlenebilir olan, etken ile sonuç arasında nedensel bir ilişki bulunan ve olumsuz sağlık sonuçları olan sorunlara yönelik toplum tabanlı uygulamalardır. Bireyler alışkanlıklarını değiştirmek konusunda direnç gösterirler, bu nedenle kontrol programlarında amaç yaşam biçimi değişikliğini yaratmak ve bu değişikliğin yaşam boyu sürmesini sağlamaktır.

Hastalık kontrol programları temelde toplumsal tanı ve durum saptama, sağlık olgusunun ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi, hedeflerin saptanması, öncelikli grupların tanımlanması, girişim kanalları ve yöntemlerinin planlanması, girişimin uygulanması, sürekli izlem ve değerlendirme yapılması ve gelişmelere göre yeni hedeflerin belirlenmesi adımlarını içerir. Hastalık kontrol programları toplum katılımı ile desteklenen, değişik disiplinler ve kesimler arası işbirliği ile sürdürülen, ulusal politikalarla yürütülen ve öncelikle birinci basamak olmak üzere sağlık hizmetlerinin tüm basamaklarına entegre edilmiş bir örgütlenme yapısı içinde kurgulanmalıdır.

Anahtar sözcükler: Kontrol programları, süregelen hastalıklar.

Giriş

Bilimin ve teknolojinin ilerlemesi ve buna bağlı olarak yaşam koşullarının değişmesiyle, dünyada sık görülen hastalıkların örüntüsü değişmiştir. Kötü yaşam koşulları ve yetersiz hijyene bağlı olarak görülen bulaşıcı hastalıklar, az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde ciddiyetini korurken, gelişmiş ülkelerde toplumun yaşlanması, eylemsiz yaşam ve şişmanlığa bağlı olarak süregelen hastalıklar artmaktadır. Son yıllarda önlenebilir etmenler nedeniyle ortaya çıkan ve toplumun büyük çoğunluğunu etkileyen sağlık sorunları için bütüncül bir bakış ortaya atılmış, bu tip durumlar için ulusal, bölgesel ve yerel düzeyde, bireysel, toplumsal ve ulusal katılım ile gerçekleştirilen, hem üreticinin, hem de tüketicinin içinde etkin olarak yer aldığı "kontrol programları" uygulanmaya başlanmıştır.

Abstract

Disease control programs are community-based interventions that aim to reduce the incidence of a frequently seen disease whose risk factors are mainly preventable, whose etiology and outcome have a causal relationship and which causes significant negative effects. Individuals tend to resist changing their behavioural habits; therefore, the aim in control programmes is to create a behavioural change that will persist for life.

The steps of disease control programs could be summarized as community diagnosis, prioritising the health problem and the influencing risk factors, setting the objectives, planning the intervention, implementing the program on the target population, continuous monitoring and evaluation and setting new objectives according to the outcomes. Community participation and intersectoral collaboration are essential elements of disease control programs. Effective disease control programs should be integrated into national health system in the long run.

Key words: Control programs, chronic diseases.

Hastalık Kontrol Programları

Kontrol programları, toplumda sık görülen ve toplumun büyük çoğunluğunu etkileyebilen, etmenleri çoğunlukla önlenebilir olan, etken ile sonuç arasında nedensel bir ilişki bulunan ve olumsuz sağlık sonuçları olan sorunlara yönelik toplum tabanlı uygulamalardır (1,2). Kontrol programları bir ülkede ya da bölgede sık görülen sağlık sorunlarına bağlı olarak değişebilir, söz gelimi, bulaşıcı hastalıklara, madde bağımlılığına, şiddete ya da süregelen hastalıklara karşı kontrol programları yürütülebilir (3).

Kontrol programlarında amaç yaşam biçimi değişikliğini yaratmak ve bu değişikliğin yaşam boyu sürmesini sağlamaktır. Davranış değişikliği için ilk adım riskli olan davranışın farkına varılmasıdır. Ardından davranış ve olası sağlık çıktılarının anlaşılması gereklidir. Söz gelimi, sigara içen bir bireyin öncelikle sigaranın kendi sağlığına zararlı olduğunu fark etmesi ve akciğer kanserine yol açtığını bilmesi gereklidir. Yaşam tarzının değişikliği için salt

*Uzm.; Dokuz Eylül Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, İzmir

**Doç.; Dokuz Eylül Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, İzmir

bireysel çabalar yeterli değildir. Günümüzde kadının rolünün değişmesi ve çalışma yaşamına katılmasıyla, hem bireysel, hem de ailesel düzeyde tüketilen yiyeceklerin yapısı değişmiş, ya ev dışında ya da evde kolay hazırlanabilen, önceden işlem görmüş yiyeceklerin tüketimi artmıştır. Bu nedenle, gıda sanayi ile işbirliği, örneğin hazır gıdaların tuzsuz ya da az tuzlu hazırlanması ya da çevrenin yeniden yapılandırılması ile yürüyüş ve spor alanlarının düzenlenmesi sağlıklı davranışı güdüleyici etmenler olabilir. Ardından bu bireyin sağlıklı davranışa yönlendirilmesi ve sağlıklı davranış için ikna edilmesi gereklidir. İkna etmenin yanı sıra, sosyal destek sağlanmalı ve sağlıklı davranışı güdüleyici çevresel düzenlemelerin yapılmalıdır. Sağlıklı davranışın tüm toplumca tanınması ve benimsenmesi için toplumsal etkinliklerin yapılması kaçınılmazdır. Bu tip eylemlerde hem bireyler sosyalleşmiş, hem sağlıklı bir davranışa toplu yönelim sağlanmış, hem de daha sonra yapılacak organizasyonlara altyapı sağlanmış olur (4,5,6). Bunun yanı sıra, boş zamanlarını büyük ölçüde televizyon gibi araçlarla değerlendiren bireyler için medya, hem yazılı, hem de görsel basın, çok önemli bir eğitim aracı olarak kullanılabilir.

Özetle, süregelen hastalıklarla savaşımında davranış değişikliği temel hedeftir, bu hedefe ulaşmak için bireysel çabaların yanı sıra, yaşamın içinde yer alan diğer disiplinlerle işbirliği sağlanmalı, tüm toplumu kapsayan ancak önceliklere göre düzenlenen bu programlar ulusal sağlık sistemi içine yedirilmeli ve ulusal sağlık politikası olarak uygulanmalıdır.

Kontrol Programlarının Özellikleri

Kontrol programları tüm toplumu kapsamalı, ancak öncelikli grupların gereksinimlerine göre düzenlenmeli ve bu grupların eylemlere aktif katılımı sağlanmalıdır (1).

Girişim uygulanması düşünülen etmen ile sonuç arasında nedensel bir bağ olmalı ve etmenler değiştirilebilir özellikte olmalıdır. Nedensellik bağlantısı içinde düşünüldüğünde, bir sonucun birçok nedeni vardır; doğal olarak bir sağlık sorunu da bir çok etmeni vardır. O nedenle, birçok risk etmeninin aynı anda azaltılması hedeflenmeli ve belirli bir plan ve düzenleme içinde aynı anda birçok girişim uygulanmalıdır (1).

Kontrol programları içinde yer alan değişiklik önerileri, toplumsal normlara uygun olmalı ama gerektiği yerde toplumsal normları değiştirmeyi de hedeflemelidir (1). Söz gelimi, alkol kullanımının yüksek olduğu toplumlarda, alkol alımının tümüyle engellenmesi değil, öncelikle azaltılması hedeflenmelidir.

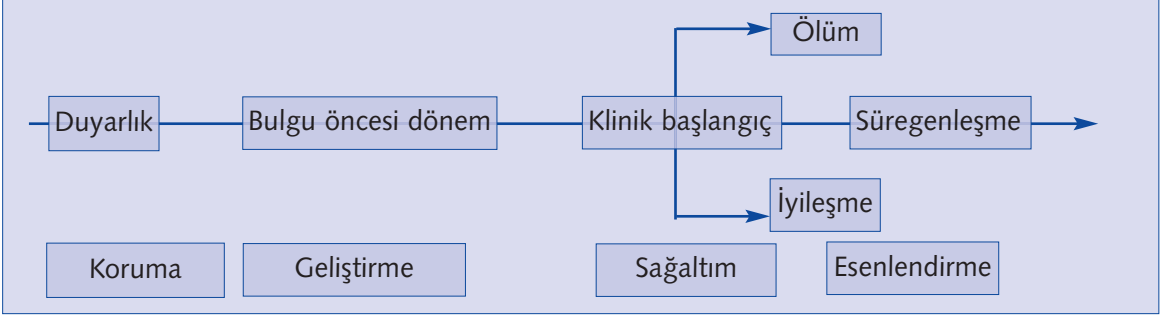
Kontrol programlarında sağlık sorununun doğal gidişinin her aşamasına yönelik girişim uygulanmalıdır. Şekil 1'de görüldüğü gibi toplumun sağlık sorununa duyarlı olan dönemde koruma, eğer riskli bir durum varsa geliştirme sağlanmalıdır. Koruma ve geliştirmede temel amaç sağlık sorununun ortaya çıkmadan önlenmesidir. Klinik başlangıç olduğu durumda, yani birey bulgu vermeye başladığı anda sağaltım uygulanmalıdır. Sağaltım sonucunda sekel kalma durumu varsa esenlendirme yapılmalıdır. Örneğin tüm topluma yüksek kan basıncından korunmak için eğitimler verilmeli, 40 yaş üstü, ailesinde yüksek tansiyon öyküsü olan bireyler ayrıca yakından izlenmeli ve düzenli kan basıncı ölçümleri yapılmalıdır. Yüksek kan basıncı saptanırsa sağaltım sağlanmalıdır. Eğer yüksek kan basıncı nedeniyle inme yaşanırsa, esenlendirme hizmetleri sunulurken birey yeniden topluma kazandırılmaya uğraşılmalıdır (Şekil 1).

Kontrol programlarında yapılan işlemlerin çıktıları sürekli olarak izlenmeli ve değerlendirilmelidir (1). Yapılan değerlendirme ve varılan sonuçlara göre, yeni hedefler belirlenmeli, yeni planlar yapılmalı ve girişimler uygulanmalıdır. Programın sürdürülebilirliği sağlanmalıdır. Bunun için aşağıda belirtilen aşamalar izlenmelidir.

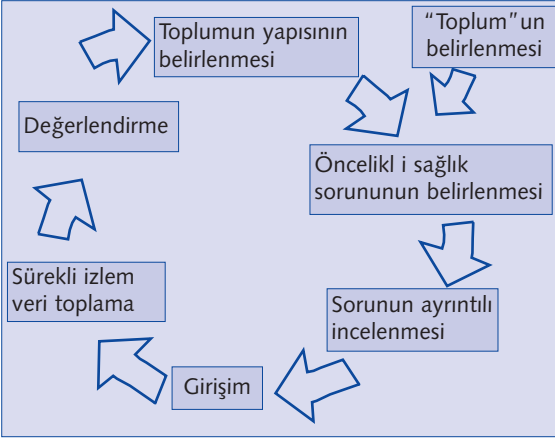
Kontrol Programlarının Adımları

Öncelikle bir kaynak taraması yapılmalı ve deneyim paylaşımı yapılarak daha önce yapılmış girişim çalışmaları incelenmelidir. Ardından, toplum üzerinde bir durum saptaması yapılmalı ve üzerinde çalışılacak sağlık olguları belirlenmelidir. Bu sağlık olgusunu etkileyen temel etmenler belirlenmeli ve hedefler ortaya konmalıdır. Öncelikli gruplar belirlenmelidir. Uygun olan girişim kanalları ve yöntemleri seçilmelidir. Kullanılacak araçların hazırlanması ve ön testinin yapılması sağlanmalıdır. Diğer çalışma alanları ile işbirliği sağlandıktan sonra pilot bir bölgede uygulamalar yapılmalı, değerlendirilmeli ve aksaklıkların giderilmesiyle hedeflenen topluma uygulanmaya

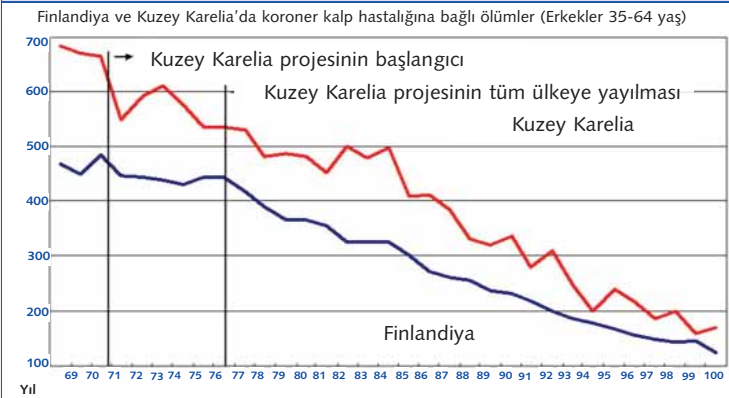
Şekil 1. Sağlık sorununun doğal gidiş aşamaları ve girişim yaklaşımları



Şekil 2. Toplum yönelimli birincil sağlık hizmeti döngüsü (3)



Şekil 3. Finlandiya ve Kuzey Karelia'da koroner kalp hastalığına bağlı ölümlerde azalma (1969-2002) (7).



başlanmalıdır. Atılan ilk adımdan sonra sürekli değerlendirme kanalları kurulmalı, değerlendirme sonuçlarına göre yeni hedefler belirlenmeli ve programda yeni düzenlemeler yapılmalıdır (1). Toplum yönelimli birincil sağlık hizmetleri (COPC- Community Oriented Primary Care) yaklaşımı bu bakışa çok benzer bir yaklaşımdır. Şekil 2'de toplum yönelimli birincil sağlık hizmetleri döngüsü görülmektedir. Bu yaklaşımda, hedef grup belirlendikten sonra, hedef grubun tanımlaması yapılmakta, öncelikleri belirlenmekte ve girişim çalışması ayrıntılandırılmaktadır. Girişim uygulanırken

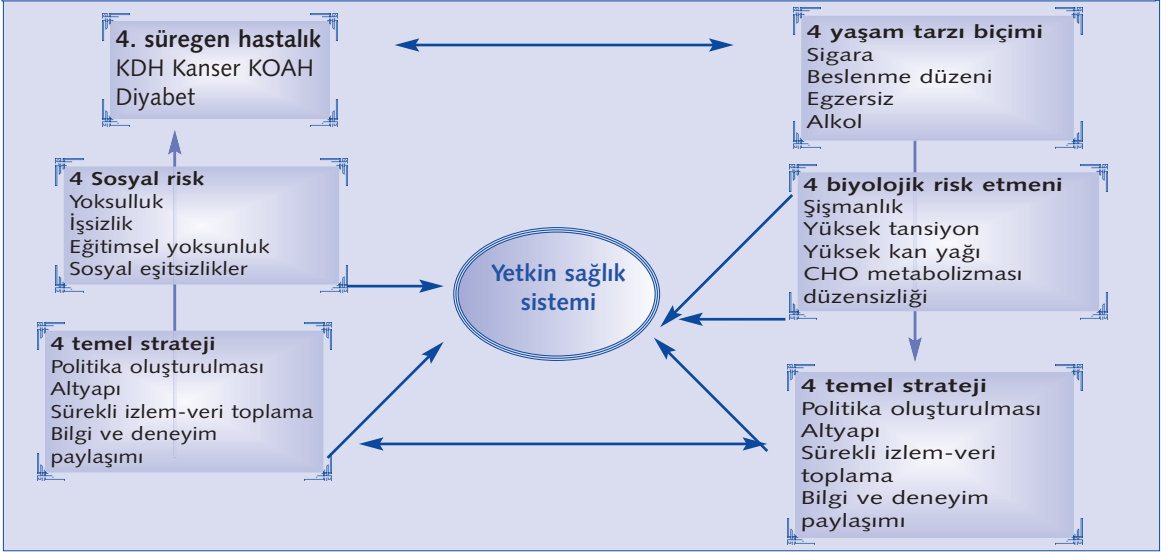
sürekli veri toplanmakta, değerlendirilmekte ve sonuçlara göre yeni hedefler belirlenerek yeni düzenlemeler yapılmaktadır.

Hastalık Kontrol Programı Örnekleri: Kuzey Karelia Projesi ve CINDI

Finlandiya'nın Kuzey Karelia Bölgesi'nde 1972-1992 arası, kalp damar hastalıklarının önlemek amacıyla yürütülen kontrol programı bu alanda atılmış en önemli adımlardan biridir. Disiplinler arası işbirliği, toplum katılımı ve etkin birinci basamak hizmetiyle yürütülen, önce Kuzey Karelia'da, sonra tüm Finlandiya'da yaygınlaştırılan projede, koroner kalp hastalığı risk etmenlerinden birisi olan kan basıncı 1972'den 1997'ye kadar erkeklerde ortalama 149/92 mmHg'den 140/88 mmHg'ye, kadınlarda ise 153/92 mmHg'den 133/80 mmHg'ye düşmüştür (7). Benzer düşüşler toplumdaki sigara kullanma prevalansında ve ortalama kolesterol düzeyinde de gözlenmiştir (7), Risk etmenlerine yapılan bütün bu girişimlerin sonucu olarak, projenin uygulanmaya başladığı 1972 yılından 2000 yılına kadar erkeklerde koroner kalp hastalığına bağlı ölüm hızında yaklaşık olarak %75'lik bir azalma gözlenmiştir (Şekil 3) (7).

Kuzey Karelia Projesi'nin en temel özelliği, bireylerin hasta olduktan sonra sağaltımının yapılması ve hastalığa bağlı gelişebilecek sorunlara karşı korunması yerine, yaşam tarzı değişikliklerinin yapılmasıyla toplumun kalp damar hastalıklarından korunmasının hedeflenmesidir. Bu bağlamda, hastaya reçete dayatmak yerine, risklerini fark etmesi ve bu risklere karşı önlem alması için çaba gösterilmiştir. Bunu başarmak için, birçok girişim aynı anda uygulanmış, tarım ve gıda gibi değişik kesimlerin işbirliği sağlanmıştır. Bu çerçevede Kuzey Karelia projesi, ortak bir amaç altında toplanan farklı disiplinlerden gelen bireylerin, değişik çalışma kesimlerinin işbirliği ile, tüm toplumu kapsayan, toplum

Şekil 4. CINDI programının gerekçeleri ve örgütlenme stratejisi (2)



katımlı, uzun süreli bir yaşam biçimi değişikliği sürecidir. Bu nedenle Kuzey Karelia Projesi, halk sağlığı alanında bir devrim niteliği taşımaktadır ve daha sonra Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından uygulanan başta CINDI (Countrywide Integrated NonCommunicable Diseases Intervention - Uluslararası Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Entegre Girişim Programı) olmak üzere birçok süregen hastalıklar kontrol programının temelini oluşturmuştur.

Avrupa Bölgesi'nde CINDI'den sonra, Amerika kıtasında, temelde Güney Amerika ve Kanada'yı kapsayan CARMEN, Afrika bölgesinde NANDI, Arabistan'da EMAI, Güney Asya'da SEAR, Uzak Doğu'da ise MOANA programları planlanmıştır.

Kalp hastalıklarının ve kanserin oluşumunda benzer etmenlerin etkili olduğu düşünülmektedir. Beslenme düzeni, fizik aktivite ve bunlara bağlı olarak beden ağırlığı, sigara ve kan kolesterol düzeyi her iki durum için de temel risk etmenleri olarak değerlendirilmektedir. CINDI programında, dört yaşam biçimi davranışı ile ilişkilendirilmiş, temelde dört biyolojik etmene bağlı, dört hastalıkla savaşım hedeflenmiştir. Bu dört hastalıkla savaşım için dört temel strateji belirlenmiş, dört sosyal riskin azaltılmasına yönelik girişimlerde bulunulmuş ve tüm çalışmalar dört düzeyde örgütlenmiştir (Şekil 4) (2).

Sigara kullanımı, dengesiz özellikle aşırı yağlı ve şekerli beslenme, eylemsiz yaşam ve aşırı alkol alımı, bedende şişmanlık, yüksek kan basıncı ve kan yağları ile karbonhidrat metabolizması bozuklukları- bozulmuş glikoz toleransı olmak üzere dört biyolojik risk

etmenin ortaya çıkarmaktadır. Bu dört biyolojik etmen, savaşılan dört süregen hastalığa (kalp damar hastalıkları, kanser, KOAH ve diyabet) yol açmaktadır. Bu hastalıklarla savaşımında dört strateji çok önemlidir: politikaların oluşturulması ve oluşturulan politikalara göre altyapının düzenlenmesi, sürekli izlem yapılması ve veri toplanması, bu verinin kayıt altına alınması, sonuçlarının ve elde edilen bilgi ve deneyimlerin paylaşılması. Bu stratejiler ulusal sağlık sistemi içinde birinci basamağın güçlendirilmesi ve işlevsel bir sevk sistemi kurulması, toplumun bu hastalıklardan korunması için toplumsal düzeyde ve yüksek riskli bireyler için bireysel düzeyde girişimleri içermektedir. Bu dört süregen hastalık hiç kuşkusuz salt biyolojik etmenlere bağlı gelişmemektedir. Yoksulluk, eşitsizlikler, eğitimsel yoksunluk ve işsizlik bu hastalıkları körükleyen ve sonuç olarak yoksulluk, hastalık, işsizlik ve yoksulluk kısır döngüsünü güçlendiren sosyal risklerdir (2).

CINDI Kapsamında Süregen Hastalıklardan Korunmak İçin Geliştirilen Hedefler Yukarıda bahsedilen dört yaşam biçimi değişikliğinin sağlanması, yani yeterli ve dengeli beslenme, düzenli fizik aktivite ve bunlara bağlı olarak beden ağırlığı denetimi, sigara kullanılmaması ve aşırı alkol alımından kaçınmak süregen hastalıkların önlenmesinde temel hedeflerdir. Sağlıklı beslenme için önerilen 12 adım Şekil 5'te görülmektedir.

CINDI kapsamında sağlıklı beslenmenin yanı sıra, yetişkinler için olabildiğince her gün en az yarım saat, orta düzeyde fizik aktivite, gençler ve çocuklar için ise, her gün bir saat egzersiz önerilmektedir (2).

Şekil 5. Sağlıklı beslenme için 12 adım (2)

Sağlıklı beslenmede 12 adım

- 1- Gün içinde çeşitli besinleri tüketin. Hayvansal kaynaklar yerine bitkisel kaynaklı besinleri yeğleyin.
- 2- Günde birkaç kez tahıl, makarna, pilav ve patates tüketin.
- 3- Günde birkaç kez çiğ sebze ve meyve tüketin.
- 4- Beden ağırlığınızı istenilen sınırlarda tutun.
- 5- Yağ alımınızı kontrol edin, doymuş yağ yerine doymamış yağları yeğleyin
- 6- Yağlı kırmızı et ve ürünleri yerine, kuru baklagiller, tavuk, balık ve yağsız etleri yeğleyin.
- 7- Tuzsuz ve yağsız ya da az yağlı süt ve ürünleri tüketin.
- 8- Düşük şekerli yiyecekleri yeğleyin, tatlı ve meşrubat tüketiminizi sınırlayın.
- 9- Tuzu az kullanın, günlük en fazla 6 gr (1 çay kaşığı) tuz tüketin. İyotlu tuzu yeğleyin.
- 10- Günde en fazla 2 kadeh alkol alın.
- 11- Besinlerinizi güvenli ve temiz bir biçimde hazırlayın. Yağ tüketiminin azaltılması için haşlama, fırınlama, buğulama ya da mikrodalgada pişirmeyi yeğleyin.
- 12- Bebeklere ilk altı ay salt anne sütü verin, altıncı ayda ya da en erken dördüncü ayda uygun ek besinleri vermeye başlayın. En az bir yaşına kadar anne sütü ile beslemeyi sürdürün.

Sigara kullanımına karşı öncelikli öneriler, sigara reklamcılığının yasaklanması, caydırıcı olması açısından sigaradan alınan vergilerin artırılması, hem caydırıcı özelliği, hem de içmeyen bireylerin sağlığına zarar vermemesi için kapalı alanlarda sigara kullanımının yasaklanması ve gençlerin sigaraya erişiminin engellenmesi sağlanmalıdır. Daha sonra politikalar aracılığıyla, izin verilen katran (tar) düzeyinin azaltılması, sigara kullanımına ilişkin yasal düzenlemelerin sıkılaştırılması, sigarayı bırakma programlarına verilen desteğin artırılması ve sigarasız alanlar için çevresel düzenlemelerin yapılması üzerinde çalışmalar yürütülmelidir. Ayrıca Avrupa Birliği tarafından sigaraya verilen desteğin, sigarayı bırakmaya doğru yönlendirilmesi sağlanmalıdır (2).

Kanserin önlenmesinde yukarıda belirtilen yaşam tarzı değişikliklerinin yanı sıra, özellikle ölümlülüğün azaltılmasında erken tanı kritik öneme sahiptir. Bu nedenle, riskli gruplara mamografi ve pap smear yapılması kadınlarda özellikle meme ve serviks kanserine bağlı ölümleri azaltmaktadır. IARC (International Agency for Research on Cancer – Uluslararası Kanser Araştırma Merkezi) 'nin verdiği bilgiye göre kadınlarda gelişmiş ülkelerde serviks kanseri ilk beş içerisinde yer almazken, gelişmekte olan ülkelerde en sık görülen ikinci kanser türüdür (8).

Sonuç

Süregen hastalıklar, benzer etmenlerden etkilenmektedir ve etmenler temelde yaşam tarzı değişikliğini gerektirmektedir. O nedenle, yaşamın her alanına değecek girişimler aynı anda uygulanmalı, tüm toplumu kapsamalı, fakat risk grupları öncelenmeli, özellikle çocuklar ve gençler hedeflenerek sağlıklı yaşam biçimi yaygınlaştırılmalıdır. Süregen

hastalıklarla etkin bir savaş için ulusal sağlık politikaları ile desteklenmiş, disiplinler arası işbirliği ile, öncelikle birinci basamak olmak üzere, sağlık hizmetlerinin tüm basamaklarına entegre edilmiş bir örgütlenme sağlanmalıdır.

İletişim: Uzm. Dyt. Recı Meseri

E-posta: recimeseri@yahoo.com

Kaynaklar

- 1- Brownson RC, Remington PL, Davis JR (ed). Chronic disease epidemiology and control. Second ed. American Public Health Association. United Books press 1998.
- 2- The Regional Office for Europe of the WHO. A strategy to prevent chronic disease in Europe: A focus on public health action – the CINDI vision. The regional office for Europe of the WHO, 2004.
- 3- Ünal B, Kılıç B. "Toplum Yönelimli Sağlık Hizmetleri"; Toplum Yönelimli Sağlık Hizmetleri Yönetimi eğitim kitabı içinde 1. Bölüm, sayfa:5-11; Baskı: Elginkan Vakfı Mesleki ve Teknik Eğitim Merkezleri, 12 Nisan 2006, Manisa.
- 4- Puska P. Et al. The community-based strategy to prevent coronary heart disease: conclusions from the ten years of the North Karelia Project. Ann. Rev. Public Health. 1985;6:147-93 (erişim adresi: <http://meagherlab.tamu.edu/M-Meagher/%20Health%20Psc%20630/Readings%20630/Puska%201985.pdf>).
- 5- Puska P, Tuomilehto J, Nissinen A, Vartiainen E (ed). The North Karelia projects – 20 year results and experiences. The National Health Ins. Helsinki, 1995.
- 6- Puska P. Successful prevention of non-communicable diseases: 25 year experiences with North Karelia Project in Finland. Public health Medicine. 2002;4(1):5-7.
- 7- The North Karelia Project. International Visitors' Programme (erişim adresi: http://www.ktl.fi/portal/english/osiot/arch_people_programs/epidemiology_and_health_promotion/projects/cindi/north_karelia_project/).
- 8- IARC. Globocan 2000 (updated 2002) (CD).



Dr. Mansur Özcan*

Öz

Akraba evlilikleri genetik hastalıkların epidemiyolojisini etkileyen önemli durumlardan biridir. Dünya toplumunun %20'si tarafından yeğlenmektedir. Kan bağı olan akrabalar, toplumun genelinde görülen ortak gen yüzdesinin dışında, ayrıca akraba oldukları için ve bunun derecesine göre daha da fazla ortak genlere sahiptir. Akraba evliliği yapanlarda özürü çocuk doğurma riski topluma göre iki kat fazladır.

Akraba evliliği olan ailelerde genetik danışmanlık hizmeti verirken ayrıntılı bir soy ağacı analizi ile bunların akrabalık derecesini doğru olarak ortaya koymak gerekir.

Bir kimse resesif bir kalıtım materyali için heterozigot ise kuzenininde de heterozigot olma olasılığı 1/8'dir. Bir toplumda otozomal resesif hastalıkların sıklığı 1/10000 olduğunda, heterozigot sıklığı 1/50'dir. Buradan sonuç olarak kuzen evliliklerinde belli bir gen için $1/50 \times 1/8 = 1/400$ ikisinin de heterozigot olma durumu ortaya çıkar. İki heterozigot arasındaki böyle evliliklerden çocukların 1/4'ünün homozigot hasta olma olasılığı $1/400 \times 1/4 = 1/1600$ olup akraba olmayanlara göre en az beş kat daha yüksektir.

Akraba evlilikleri ile bazı seyrek resesif etkili hastalık ya da niteliklerin ortaya çıkma şansı artar. Yani akraba evlilikleri heterozigot ya da taşıyıcı dediğimiz kişileri yan yana getirerek homozigot bireylerin doğma şansını artırmaktadır. Türkiye'de yüksek oranda görülen akraba evlilikleri için, genetik danışma hizmetinin sağlık hizmetleri içinde, özellikle de birinci basamak sağlık hizmetleri içinde planlanması uygun bir yaklaşım olacaktır.

Anahtar sözcükler: Akraba evliliği, resesif geçişli hastalık, genetik danışma.

Giriş

Akraba evlilikleri genetik hastalıkların epidemiyolojisini etkileyen önemli durumlardan biridir ve tahminlere göre, dünya toplumunun %20'si tarafından yeğlenmektedir. Sosyal bilimler ve tıp bilimlerinde akraba evliliği kavramından kastedilen, kardeş çocuklarının ve kardeş torunlarının evliliğidir. Kardeş çocuklarının evliliğine birinci derece, kardeş torunlarının evliliğine de ikinci derece akraba evliliği denilmektedir (1,2,3).

Abstract

Consanguineous marriage is one of the most important factors affecting the epidemiology of genetic diseases. It is preferred by 20% of the world population. The partners who have consanguinity have more common genes compared to the general population. The risk of having a handicapped baby is increased twofold.

In consanguineous couples, it is necessary to determine the degree of consanguinity accurately by a detailed pedigree analysis.

If a person is heterozygous for a recessive genetic material, his or her cousin has a 1/8 chance to be a heterozygote, as well. If the prevalence of autosomal recessive diseases in the society is 1/10000, the prevalence of heterozygosity is 1/50. As result, in a marriage between two cousins, there is a $1/50 \times 1/8 = 1/400$ chance that they are both heterozygous for one determined gene. For this couple, 1/4 of their babies will be homozygous for the disease, which indicates a disease prevalence of $1/400 \times 1/4 = 1/1600$, which is more than 5 times higher compared to babies born to non-consanguineous couples.

As a result of consanguineous marriages, the likelihood of some rare recessive diseases or characteristics increases. In other words, marriages between carrier individuals (or heterozygotes) increase the risk of having babies who are homozygous for the trait. Since consanguineous marriages are highly prevalent in Turkey, it will be an appropriate approach to provide genetic counselling services in primary health care.

Key words: Consanguineous marriage, autosomal recessive diseases, genetic counselling.

Akraba Evliliğinin Yaygınlığı

Akraba evliliği, Kuzey Afrika, Batı ve Güney Asya'daki birçok ülkede tüm evliliklerin yüzde 20'si ile yüzde 55'i arasında değişen düzeylerde varlığını sürdürmektedir (4). Japonya'da yapılan çalışmalarda, akraba evlilikleri oranı %6 dolayındadır; hatta adalarda izolasyon nedeniyle %29'a yükselmektedir. Pakistan, Ürdün, Kuveyt, Mısır ve Türkiye gibi İslam ülkelerinde ya da Hindistan'da olduğu gibi bazı ülkelerin Müslüman nüfusu yoğun olarak barındıran bölgelerinde yaygın olarak görülen bu

evlilikler, Kur'an'da akraba evliliğini özendirici herhangi bir metin bulunmamasına karşın, İslam dini ile akraba evlilikleri arasında bir ilişkinin olası varlığına dikkat çekmektedir (1).

Türkiye'de akraba evlilikleri, içinde yaşanan kültürel ve geleneksel yapının bir ürünü olup önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Yapılan çeşitli araştırmalar, akraba evliliğinin oldukça yaygın olduğunu göstermiştir. Bu alanda ülke çapında yapılan ilk çalışma olan 1968 Türkiye Aile Yapısı ve Nüfus Sorunları Araştırması, 15-44 yaşları arasındaki kadınların yüzde 29.2'sinin akraba evliliği yaptığını ortaya koymuştur (5). Daha sonra yapılan araştırmalarda da aynı yaş grubu için akraba evliliği oranı, 1983'te yüzde 20.9, 1988'de yüzde 21.1, 1993'te 23.0 olarak saptanmıştır (6). Bu sonuçlar, akraba evliliğinin yaygınlığında 1960'lı yıllardan bu yana çok önemli bir değişiklik yaşanmadığını, akraba evliliklerinin azalması bir yana, önemini yitirmediğini, hatta son yıllarda belki de bir artış eğilimi içine girmiş olabileceğini göstermektedir.

Doğu ve Güneydoğu'da ülkenin diğer bölgelerine göre akraba evlilikleri daha yaygındır. Yakın dönemde GAP bölgesinde yapılan çalışmada, Güneydoğu Anadolu bölgesinde evli kadınların kırsal alanda %47.6, kentsel alanda %40.1 ve toplam olarak %44.2'sinin akraba evliliği yaptığı bulunmuş olup, illere göre akraba evliliği yaygınlığı %14.3 ile %56.6 arasında değişmektedir. Şanlıurfa ve Diyarbakır'ın kırsal kesimleri akraba evliliği sıklığı (sırası ile %63.9 ve %55.3) en fazla olan bölgelerdir (7).

Akraba Evliliklerinin Önemi

Akraba evliliğinde önemli olan sorun, sağlıklı olan bireylerin genlerinde taşıdıkları hastalıkların çocuklarına aktarılmasıdır. Akraba evlilikleri, toplumda seyrek görülen resessif genlerin bir araya gelip, homozigot bireylerin doğması ve çeşitli kalıtsal hastalıkların ortaya çıkma şansını artırmaktadır. Genel olarak dünyada, doğan çocukların en azından %8.4'ü akraba evliliklerinden doğmaktadır. DSÖ'nün anne, fetus ve yenidoğan için belirlediği "risk etmenleri" içinde akraba evlilikleri önemli bir yer tutmaktadır (9,11,12). Kan bağı olan akrabaların, toplumun genelinde görülen ortak gen yüzdesinin dışında, ayrıca akraba oldukları için ve bunun derecesine göre daha da fazla ortak genleri vardır (6). Akraba evliliği yapan

popülasyonda özürülü çocuk doğma riski diğer popülasyona göre iki kat artarak %8-9 olmaktadır (8).

Akraba evlilikleri, genetik hastalıklara neden olmanın yanında, özellikle kadınların sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını etkilemektedir. Beş yıllık aralıklarla yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmalarına (TNSA) dayanılarak yapılan ileri analizlerde, akraba evliliklerini doğurganlığı önemli ölçüde etkilediği görülmüştür (9). Akraba evliliği yapan kadınlar, akraba evliliği yapmayan kadınlara göre bir yıl daha erken evlenmektedir. Akraba evliliği yapanlarda ilk evlenme yaşı 18, akraba evliliği yapmayanlarda ise 19 olarak hesaplanmıştır (10).

Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgesinde evliliğe ilişkin kurallar, aşiret, akraba ve aile içi ilişkiler sistemine göre belirlenmekte olup, özellikle amca çocuklarının evliliği yaygındır. Akraba evliliği yapan kadınların eşleri ile akrabalık ilişkileri incelendiğinde, kadınların Şanlıurfa'da %44.6'sının, Batman'da %40.0'ünün, Mardin'de %34.8'inin olmak üzere, bölge genelinde %32.4'ünün amca oğlu ile evli olduğu görülmüştür (7). Birinci derece akraba evliliği yapmış olanların %46'sı doğum öncesi bakım almamıştır. Ayrıca, eşiyile akraba olan kadınların %27.7'si doğumu sağlıklı koşullarda yapmamıştır (8).

Akrabalık ve Genetik Yakınlık

Akraba evlilikleri ya da kan yakını evliliklere ilişkin bilgilerin daha kolay anlaşılabilmesi için bazı tanımlama ve hesaplamaların bilinmesinde yarar vardır (12).

Akrabalık; kan yakınlığı ya da ortak ataya sahip kişiler arasındaki ilişki, "akraba evliliği" ise; kan yakını bireyler arasında yapılan evlilik olarak tanımlanmaktadır.

Akrabalık derecesi: Sosyal antropoloji ve popülasyon genetiğinde, insanlar arasındaki akrabalıklar, akrabalığın yakınlığına göre açıklanır. Antropolojide akrabalıklar;

- **Birinci derece akrabalık:** Çocuklarla anne-baba ya da çocukların kendi aralarındaki akrabalık,

- **İkinci derece akrabalık:** Torunlarla büyük anne-baba ya da yeğenlerle amca, dayı, hala, teyze arasındaki akrabalık, gibi derecelerle belirtilir.

Popülasyon genetiğinde akrabalık aşağıdaki gibi gruplandırılmaktadır (12).

- **Yarım yeğen:** Amca-dayı ya da hala-teyze ile bunların kardeş çocukları arasındaki akrabalık,

- **Birinci yeğen:** Aynı ailede yani yabancı kimselerle evlilik yapmış kardeş çocukları arasındaki akrabalık,

- **Birbuçuk yeğen:** Birisi ile bunun birinci yeğen çocukları arasındaki akrabalık,

- **İkinci yeğen:** Yabancı kimselerle evlilik yapmış birinci yeğen çocukları arasındaki akrabalık gibi tanımlamalar esas alınmaktadır.

Bağıntı (Korelasyon) Katsayısı(r): İki birey birbirine ne kadar yakın (akraba) ise, söz konusu özellik bakımından birbirine o kadar benzerler.

Akrabalık Katsayısı (R): Aynı atadan ya da atalardan gelen iki bireyin ortaklaşa sahip oldukları genlerin oranı olarak tanımlanır. Bu tanımlamaya göre R, akraba bireyler arasındaki herhangi bir resesif özellik için heterozigotluğun oranını göstermektedir. Daha açık bir anlatımla, örneğin birinci yeğenlerden biri resesif bir mutant gen için heterozigotken, diğerinin aynı gen için heterozigot olma şansı nedir? Bu sorunun yanıtı akrabalık katsayısını verir.

Değişik akrabalık derecelerindeki bağıntı katsayısı (r) Tablodaki gibidir. (r) 1 ile 0 arasında değişir. 1; tam bağıntıyı, 0 ise bağıntının yokluğunu gösterir.

Otozomal Resesif Hastalıklar

Otozomal resesif hastalıklarda genetik geçiş bazı özellikler göstermektedir. Bu özellikleri şöyle özetlemek olanaklıdır.

1. Bu tür kalıttırda cinsiyet ayrımı yoktur.

2. Anne baba genellikle sağlam kişilerdir. Sağlıklı anne-babadan doğan çocuk hasta ise, hem anne, hem de baba taşıyıcıdır (heterozigot).

3. Normal olan ana-babanın çocuklarının $\frac{1}{4}$ 'ünde hastalık görülmesi, $\frac{1}{2}$ 'sinin taşıyıcı olması, $\frac{1}{4}$ 'ünün ise genotipik olarak tamamen sağlıklı olması beklenir.

4. Hasta kişi ile genotipik olarak tamamen sağlıklı birey evlenecek olursa, çocuklarının hepsi taşıyıcı olacaktır.

5- Hastalıklı bireyle, taşıyıcı kişi evlenecek olursa, çocuklarının yarısı hasta, yarısı taşıyıcı olacaktır.

6- Taşıyıcılar, fenotipik olarak tamamen sağlıklıdır ama hasta genleri bir sonraki kuşaklara geçiren taşıyıcı görevini görürler. Hastalığın nedeni protein eksikliği gibi bir durumsa, taşıyıcılar sağlıklı olmakla birlikte, çoğu zaman bu protein onlarda da normalin altındadır.

7- Hastalıklı bir çocuğun kardeşlerinde hastalık çıkma riski %25'dir ve bu risk her gebelik için aynıdır. Yani ailenin bir tane hasta çocuğu oldu diye bu risk azalmış değildir. Burada şunu hemen eklemeliyiz ki; kan bağı olmadan da bu hastalıklar iki taşıyıcı evlenirse ortaya çıkabilir. Ancak, aynı tip hastalıklı genle karşılaşma riski akrabalık olduğunda daha yüksek olacağından, özellikle ailesinde otozomal resesif geçişli hastalık bulunan bireylerin genetik danışmanlık almaları ve yakın akrabası ile evlenmiş olmaları durumunda ortaya çıkacak tehlikeler hakkında bilgilenmeleri gerekmektedir.

Hasta bireyin kardeşlerinin yönelttiği en sık sorulardan birisi de kendi çocuklarındaki yineleme riskidir. Böyle bir durumda risk değerlendirmesi bireyin kendi heterozigot olasılığından ve toplumdaki heterozigot sıklığından yola çıkılarak yapılabilir.

Örneğin Kistik Fibrozis (mukovisidozis) otozomal resesif bir hastalıktır. Avrupa da görülme sıklığı $\frac{1}{2000}$, hastalık için heterozigot olma sıklığı $\frac{1}{20}$ 'dir. Mukovisidozisi bir hastanın kardeşlerinin heterozigot olma olasılığı $\frac{2}{3}$ 'tür. Kombine olasılık, yani her iki ebeveynin rastlantısal heterozigot olma olasılığı toplumdaki heterozigot sıklığının karesine eşit olup, $\frac{1}{20} \times \frac{1}{20} = \frac{1}{400}$ 'dür.

Aynı örnekte (hastanın kardeşinde) her iki eşin heterozigot olma olasılığı: $\frac{2}{3} \times \frac{1}{20} = \frac{1}{30}$ 'dur. Bunu takiben mukovisidozisi hastanın sağlıklı kardeşlerinin çocuklarının taşıdığı risk; $\frac{2}{3} \times \frac{1}{20} \times \frac{1}{4} = \frac{1}{120}$ dir. Bu sonuç genel toplum ortalamasından 17 kat

Tablo 1. Değişik akrabalık derecelerindeki bağıntı katsayısı (12)

Akrabalık Derecesi	Akrabalık Katsayısı (R)	Bağıntı Katsayısı (r)
Tek yumurta ikizleri	1/1	1
Birinci derece akrabalar: anne (baba) çocuk, kardeş, kardeş	1/2	0.5000
İkinci derece akrabalar: yarım yeğenler	1/4	0.2500
Birinci yeğenler	1/8	0.1250
Bir buçuk yeğenler	1/16	0.0625
İkinci yeğenler	1/32	0.0312
İki buçuk yeğenler	1/64	0.0156
Üçüncü yeğenler	1/128	0.0078
Anne ve baba arasında	0	0

daha yüksektir. Eğer homozigot bir hasta üretken bir yaşa ulaşır ve çocuk sahibi olmak isterse, eşinin homozigot sağlıklı olması şartıyla bütün çocukları sağlıklı ama taşıyıcı olur. Eşinin heterozigot olması durumunda ise (sıklığı toplumda 1/20 idi) diğer çocuklarda yineleme riski %50'dir. %50'si ise, yine heterozigot olacaktır. Heterozigot durumu günümüzde bir seri otozomal resesif hastalıkta biyokimyasal ya da moleküler genetik tetkiklerle saptanabilmektedir. Danışmanlık isteyen kişilerde heterozigot olma riski çok yüksek ise, bu tetkikler yapılmalıdır.

Otozomal Resesif Kalıtımda Akraba Evlilikleri

İki çift arasında akrabalık derecesi ne kadar yakınsa, iki heterozigotun bir araya gelme olasılığı o kadar yüksektir. Böyle bir durumda sonuç olarak; akraba evliliklerinden olan çocuklarda resesif kalıtım gösteren hastalıklara rastlama sıklığının rastlantısal olarak beklenenin daha üstünde olduğu söylenebilir. Akraba evliliği olan ailelerde genetik danışmanlık hizmeti verirken, ayrıntılı bir soy ağacı analizi ile bunların akrabalık derecesini doğru olarak ortaya koymak gerekir.

Akraba evliliklerinde en sık rastlanan "Eğer önceden ailede hiçbir hastalığa rastlanmamış ise, kuzenler arası evlilikte otozomal resesif bir kalıtsal hastalık riski ne kadar yüksektir?" sorusudur. Kuzenler kardeş çocuklarıdır ve kalıtım materyalinin 1/8'i büyük ebeveynler nedeni ile ortaktır. Bir kimse resesif bir kalıtım materyali için heterozigot ise, bu olasılıkla kuzeni için 1/8'dir. Bir toplumda otozomal resesif hastalıkların sıklığı 1/10000 olduğunda, heterozigot sıklığı 1/50'dir. Buradan sonuç olarak kuzen evliliklerinde belli bir gen için $1/50 \times 1/8 = 1/400$ heterozigot olma durumu ortaya çıkar. İki heterozigot arasındaki böyle evliliklerden çocukların 1/4'ünün homozigot hasta olma olasılığı $1/400 \times 1/4 = 1/1600$ olup akraba olmayanlara göre 4 kat daha yüksektir.

Akraba evliliği olan çiftlere verilen genetik danışmanlıkta günümüzde hastalık oluşturan 1000'den fazla unsurun olduğu bilinmektedir. Bu nedenle, yüzde yüz doğru olan bir risk hesaplaması yapmak olanaklı değildir.

Kuzen evliliklerinde çocuk için genel risk, akraba olmayan çiftlerle kıyaslandığında az miktarda yüksektir. Bu nedenle, kural olarak

çocuk yapmamalarını önermek için yeterli neden yoktur. Yalnız gereken durumlarda gebelik izlenmeli ve gereksinim varsa, prenatal tanı olanaklarından yararlanılmalıdır.

Genetik Danışmanlık

Tibbin gelişmesi, sosyoekonomik etmenlerin iyileşmesi, gelişmiş ülkelerde enfeksiyon hastalıkları ve yetersiz beslenme nedeniyle oluşacak ölümleri ve hastalıkları minimuma indirmiştir. Bağlı olarak kalıtsal nedenli hastalıklar ön plana çıkmıştır. Eldeki verilere göre;

Doğal ölümlerin %40'ını kalıtsal nedenli hastalıklar sonucunda meydana gelen ölümler oluşturmaktadır.

Canlı doğumların %3'ünde genetik hastalıklar ortaya çıkmaktadır.

Endüstriyel ülkelerde çocuk kliniğindeki hastaların 1/3'ü genetik hastalardır. Kronik bir hastalığı olan erişkinlerin %10-20 sinde hastalık nedenini genetik bir komponent oluşturmaktadır.

Bu nedenler; pratisyen hekimin sorunları çoğalmaktadır. Günümüzde genetik danışmanlık ve buna bağlı olarak prenatal tanı halk sağlığı alanında önemli bir yer tutmaktadır.

Genetik Danışmanlık Gerektiren Durumlar

- Eşlerin biri ya da her ikisinde birden genetik kökenli olabilecek bir hastalık varlığı,
- Eşlerden en az birinin akrabalarında genetik kökenli olabilecek bir hastalık varlığı,
- Bir ya da her iki eşin genetik bir defektin taşıyıcısı olduğunun saptanmış olması,
- Eşlerin kan yakını akraba olmaları,
- Gebelik öncesi ya da gebelik sırasında ışın ya da teratojen bir ilaç alınması durumu,
- Gebelik sırasında virütik hastalık, alkol, uyuşturucu vb sunuk kalınması,
- İleri yaşta anne olmak isteyenler,
- Ailesinde kalıtsal hastalık taşıyan çocuk bulunan sağlıklı çiftler,
- Jinekolojik, endokrinolojik ya da immünolojik nedenlere dayanmayan habitüel abortuslar.

Genetik danışmanlıkta en sık rastlanan durum; ailesel öyküsünde dikkat çekici bir özellik bulunmayan, fakat genetik kökenli bir hastalığı olan çocukları olmuş sağlıklı çiftlerdir.

Genetik danışmanlıkta izlenecek aşamalar; Doğru ve eksiksiz tanı, soy ağacı analizi, hastanın ya da akrabalarının ek muayenesi,

gerekli durumlarda diğer uzmanların görüşü, varsa hastalığın kalıtım yolunun bilinmesi, literatür verileri ve sonunda özel bir kalıtım prognozu çıkarılır.

Genetik Danışmanlıkta Akraba Evliliğine Yaklaşım ve Etik

Bu konuda dikkate alınması gereken üç önemli konu vardır:

1. Çiftler arasındaki akrabalık derecesinin doğru olarak belirlenmesi gerekir.

2. Ailede kalıtsal bir hastalık riski akraba evliliği durumunda nasıl etkilenir?

3. Zararlı bir genin hem anne hem babadan çocuğa aktarılma olasılığı ne kadar yüksektir?

Bu konularda komplike matematiksel çözümlere girmekten kaçınarak soruların basit biçimde yanıtlanmasına gidilmeli, ayrıntılı soyağacı çıkarılmalıdır. Birinci derece kuzen evlilikleri akraba evliliklerinin en sık görülenidir ve çoğunlukla genetik danışmanlık için bunlar başvurur.

Sonuç

Akraba evlilikleri ile bazı seyrek çekinik (resesif) etkili hastalık ya da niteliklerin ortaya çıkma şansı artar. Yani akraba evlilikleri heterozigot ya da taşıyıcı dediğimiz kişileri yan yana getirerek ilgili hastalık ya da nitelik için homozigotların doğma şansını artırmaktadır. Türkiye’de yüksek oranda görülen (%27) akraba evlilikleri için, genetik danışma hizmetinin sağlık hizmetleri içinde, özellikle de birinci basamak sağlık hizmetleri içinde planlanması uygun bir yaklaşım olacaktır. Akraba evliliği yapmış çiftlerde gebelikler düzenli olarak takip edilmeli ve ileri düzey ultrasonografi mutlaka yapılmalıdır. Doğum sonrasında ise yenidoğanda fenilketonüri gibi sık gözlenen ve resesif kalıtsal hastalıklar için tarama testleri gerçekleştirilmelidir. Ayrıca bu çiftler, bazı resesif kalıtsal hastalıklarda ilk bulguların doğumdan sonra gelişim evrelerinde ortaya çıkması nedeniyle ikinci bir gebelik öncesinde uyarılmalı ve 1–2 sene beklemeleri önerilmelidir.

Türkiye’de Medeni Kanun’un 136. Madde’sine göre evlenecek çiftler “evlenmeye engel hastalığının bulunmadığını gösteren sağlık raporu” (evlilik raporu) almak zorundadır. Sağlık raporunun nasıl düzenleneceği Umumi Hıfzısıhha Kanunu’nun 122., 123. ve 124. Maddeleri’nde belirtilmiştir. Akut dönemdeki sifiliz, lepra,

tüberküloz hastaları, gonore, yumuşak şankr hastaları ve akıl hastaları iyileşmeden evlenemez. T.C. Sağlık Bakanlığı’nın 18.03.2002 tarih ve 4134 sayılı Genelgesi; Evlilik raporlarının sağlık ocakları ve AÇS/AP Merkezleri tarafından verileceğini, Umumi Hıfzısıhha Kanunu’nda belirtilen hastalıklara ek olarak AIDS, Hepatit B ve C hastalıkları ve genetik geçişli hastalıkların da sorgulanması gerektiğini ve genel bir muayene yapılması gerekliliğini belirtmektedir. Evlilik öncesi sağlık kurumlarına yapılacak bu zorunlu başvurular, akraba evlilikleri ve erken tanı yöntemleri ile tanı konulabilen genetik hastalıklar konusunda yeni evlenecek çiftlere danışmanlık verilmesi için bir fırsat olarak görülebilir.

İletişim: Dr. Mansur Özcan

E-posta: mansurozcan@dicle.edu.tr

Kaynaklar

- 1- Tunçbilek E., Ulusoy M., Consanguinity in Turkey in 1988, Nüfusbilim Dergisi, 1989, cilt:11, s: 35-46
- 2- Eyüboğlu İ.Z., Türk Dilinin Etimoloji Sözlüğü, (ikinci baskı), Soysal yay., İstanbul,1991
- 3- Güvenç B. İnsan ve Kültür, (geliştirilmiş dördüncü basım) Remzi Kitabevi, İstanbul, 1984.
- 4- Bittles, A. H., W.M. Mason, J. Greene, N.A. Rao (1991), “Reproductive Behaviour and Health in Consanguineous Marriages”, Science, 252, 789-94.
- 5- Timur S. Türkiye’de Aile Yapısı. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 1972.
- 6- Hancıoğlu A., Tunçbilek E., Akraba Evlilikleri, Sosyo- Demografik Özellikleri ve Çocuk Ölümleri Üzerine Etkileri, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 1998/41, s:139-153)
- 7- Ceylan A. ve Ark. “Güneydoğu Anadolu Bölgesinde Akraba Evlilikleri, Türkiye 2002. 8. Ulusal Halk Sağlığı Günleri Bildiri kitabı. Sivas 22-24 Haziran 2003.
- 8- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü ve Measure DHS+ Macro International Inc. (1999), 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü ve Measure DHS+ Macro International Inc.
- 9- Ulusoy Gökkoca F.Z, Baharlı Etiler N. Çocukluk Döneminde Genetik Hastalıkların Epidemiyolojisi ve Kontrolü. Sağlık ve Toplum, 1999; 3:19-26.
- 10-Tunçbilek E., Koç İ., Consanguineous Marriage in Turkey and its Impact on Fertility and Mortality, Ann. Human Genetics, 1994/58, s: 321-32).
- 11- Özvarış Ş.B. Koçoğlu G., Akın A. Türkiye’de Akraba Evlilikleri 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Sonuçları.
- 12- Genç Z. Erdemir AD. Genetik Sorunlar ve Tıbbi Etik (Genetik Danışma).Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti. 1997.

	STED'den	I		Ne Yapmalı? <i>Dr. Orhan Odabaşı, Av. Mustafa Güler</i>	XII
	STED Yazarlarına Bilgi	II			
	Türkiye'nin Sağlığını Okumak <i>Dr. Onur Hamzaoğlu</i>	IV		TTB-STE Kredi Puanı ve Kitap Kazananlar	XII
	Toplumsal Cinsiyet ve Ruh Sağlığı <i>Dr. Nüket Paksoy Erbaydar</i>	V		Okuduklarımızdan	XIII
	Güncel Bir Konu: Tabip Odaları Seçimleri ve "Sigarasızlık" Politikası <i>Dr. Dilek Aslan, Dr. Nazmi Bilir</i>	VIII		Dergilerden	XIV
	Klavyem, Stetoskopum ve Ben "Excel'de Özet Tablo Kullanımı" <i>Arif Onan</i>	IX		TTB-STED Fotoğraf Yarışması - 2008	XV
	Mesleksel Beceri "Rektal Tuşe ile Prostat Muayenesi Becerisi" <i>Dr. Orhan Odabaşı, Dr. Melih Elçin</i>	X		Ödüllü Bulmaca	XVI

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

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

1. Başlık Sayfası: Bu sayfada bulunması gerekenler:

- **Başlık:** Kısa, ancak yeterince bilgi verici ve ilgi çekici olmalıdır.

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

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

Türkiye'nin Sağlığını Okumak

Dr. Onur Hamzaoğlu*



Tablo. Doğum koşullarının son çocuğun doğum sırasına göre yüzde dağılımı (TNSA-2003)

Doğum sırası	Sağlık kuruluşunda	Evde sağlık çalışanı olmadan
1	89.1	6.1
2-3	81.7	12.6
4-5	56.5	33.4
6+	45.1	46.6
Hız Oranı	1.98	7.64
Toplam	77.4	16.4

Bebek ölümlerinin, özellikle erken dönemde gelişenlerinin, annenin gebelik döneminde aldığı sağlık hizmetleri ve doğum koşullarıyla ilişkisi uzun yıllardan beri sahip olduğumuz bir bilimsel bilgi. Gebelik döneminde düzenli izlenebilen ve gereksinim duyulan sağlık hizmetlerini alan ve doğumunu sağlık kuruluşunda ya da sağlık çalışanı yardımıyla gerçekleştiren annelerin bebeklerinin, diğerlerine göre bebeklik döneminde ölme riski oldukça düşük.

Ülkemizde son yıllarda yürürlüğe giren birçok yasal düzenlemeye karşın, Sağlık Bakanlığı, halen gebelerimizin gereken sağlık hizmetlerini alması ile doğumlarını uygun koşullarda gerçekleştirmelerinin sorumluluğunu taşımayı sürdürüyor. İlgili yasalara göre, Sağlık Bakanlığı'nın yayımladığı "Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge" de belirtilen "Doğum sırasında bakım hizmetleri ve doğum sonrası bakım hizmetleri" başlıklarında sıraladığı hizmetleri sunmakla yine Bakanlığımız yükümlü. Buna karşın, Bakanlığımız neyi ne kadar yapabildiğinden habersiz olsa gerek ki, Başbakan Recep Erdoğan'ın önceki sayımızda da belirttiğimiz gibi, pronatalist politikalara geri dönüş çağrılarını desteklemeyi sürdürüyor. Yazılı ve görsel medyada sürekli 'gaf' olarak tanımlanan, esasında Hükümetin ve Başbakanın niyeti ve gerçek düşüncesi olan pek çok açıklamadan farklı olarak Başbakan, bu gafında ısrar etmeyi sürdürüyor. Hükümetin Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı Sağlık Bakanı, Prof. Dr. Recep Akdağ da sessizlikle onayını sürdürmeye devam ediyor.

Oysa, Sağlık Bakanı doğum sayısı arttıkça gebelerimize hizmet sunmuyor, sanki "size

olan görevimizi önceden yerine getirmiştik, şimdi başınızın çaresine bakın" diyor. Yani gebelik sayısı arttıkça sağlık kuruluşlarında yapılan doğumlar azalıyor, sağlık çalışanı yardımı olmadan gerçekleşen doğumlar artıyor. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003 İleri Analiz Raporu'ndaki verilere göre birinci doğumların %89'u sağlık kuruluşunda gerçekleşirken, altıncı ve daha sonraki doğumların yalnızca %45'i herhangi bir sağlık kuruluşunda gerçekleşebiliyor. Kadınlarımızdan birinci doğumlarını yapanlar arasından yalnızca %6'sı evde sağlık çalışanı yardımı olmadan doğumunu gerçekleştirirken, altı ve daha sonraki doğumlarını yapanların ise %47'si evde sağlık çalışanı yardımı olmadan doğumunu gerçekleştirmek zorunda kalıyor.

Birinci doğumlarını gerçekleştiren gebelerimizin doğumlarını sağlık kuruluşunda gerçekleştirme olasılığı, altıncı ve daha sonraki doğumunu yapan gebelerimizden yaklaşık iki kat (Hız Oranı=1.98) daha fazladır. Aynı şekilde, altıncı ve daha sonraki doğumunu yapan gebelerimizin doğumlarını, evde sağlık çalışanı yardımı olmadan gerçekleştirme riski, birinci doğumlarını gerçekleştiren gebelerimizden yaklaşık sekiz kat (Hız Oranı=7.64) daha fazladır.

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı, Sağlık Bakanı, Prof. Dr. Recep Akdağ'ın, başında olduğu kurumun yayımladığı bilgilerden habersiz olduğunu düşünmek istiyoruz. Aksi takdirde, bu açıklamalar ve sessiz onay çok anlamlıdır.

Nüfusu artırmaya yönelik politikaların, gebelerimizde ve bebeklerimizde ölüm ve hastalanma riskinin artışına neden olacağı ortadayken, bir kez daha sessizliğin bozulması ve hatadan dönülmesini talep etmemiz gerekiyor...

İletişim: Dr. Onur Hamzaoğlu

E-posta: ohamzaoglu@kou.edu.tr

Kaynaklar

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, (2005), Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2003 İleri Analiz Raporu, Ankara.

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

*Prof.; Kocaeli Ü. Tıp Fak.Halk Sağlığı AD, Kocaeli



*Dr. Nüket Paksoy Erbaydar***

Canlı türlerinin neredeyse tamamının, özellikle üreme organları ve sistemleri üzerinden kadın ve erkek olarak iki temel biçimde farklılaşması "cinsiyet" (İngilizce karşılığı "sex") olarak tanımlanır. Cinsiyet, aynı zamanda canlıların gametlerinin birleşimi, sonrasında erkek ve dişi olarak ayrımlanmalarıyla oluşan ve üreme işlevi içerisinde yer alan yapısal, işlevsel ve davranışsal özelliklerin bütünüdür (1).

Günümüzde, yukarıda belirtilen biyolojik cinsiyet tanımına ek olarak yine cinsiyetler üzerinden biçimlenen ve herhangi bir zamanda, herhangi bir toplumsal konumda kadın ve erkeğe atfedilen toplumsal, kültürel ya da ekonomik davranış biçimleri, beklentiler, sorumluluklar ve roller bütünü olarak tanımlanan "toplumsal cinsiyet" kavramından da (İngilizce karşılığı "gender") sıkça bahsedilir olmuştur (2).

Kadın ve erkek olarak kişinin yaşam akışını biçimlendiren toplumsal cinsiyet ile bağlantılı bütün gerçeklikler, daha birey dünyaya gelmeden önce ve aileden başlamak üzere şekillenmektedir. Doğacak çocuğun cinsiyetine bağlı olarak çocuğun doğup doğmaması kararı, doğduktan sonra anne sütü verme durumu ve süte devam süresi, sağlık kontrolüne götürme kararı ve sağlık kontrollerinin sıklığı, beş yaşına kadar yaşama olasılığı, okula başlama ve devam etme durumu, evlenme kararı verme ve evlenilecek kişiyi belirleme, erken yaşta evlendirilme, şiddet görme, çalışma yaşamına katılım, kendine ait düzenli gelir ve sosyal güvence sahibi olma, ekonomik bağımsızlık sahibi olma, toplumda söz sahibi olma ve iş yaşamında başarılı olma, emeklilik yaşı gibi daha birçok konuda toplumsal cinsiyet konumu ile bağlantılı olarak kadınlar ve erkekler arasında doğumdan ölüme yaşamın her döneminde önemli farklılıklar gözlenmektedir.

Toplumsal cinsiyet, aynı zamanda sağlığı etkilediği ya da ürettiği ifade edilen genetik, biyolojik, davranışsal, sosyal ve politik nitelik taşıyan çok sayıdaki etmenden birisidir.

Fırsatlar ve olanaklar karşısında kadın ve erkeğin eşit olması toplumsal cinsiyet eşitliği olarak ifade edilmektedir. Toplumsal cinsiyet eşitliğinin yokluğu toplum yaşamının çeşitli alanlarında (hukuk, çalışma yaşamı, siyaset vs) kadın ve erkek arasında bir eşitsizlik ya da ayrımcılığın varlığına işaret eder.

Türkiye 2000 Genel Nüfus Sayımı sonuçlarına göre ülkemizde kadınların %19.4'ü okuma yazma bilmemektedir (3). Türkiye'de kadın nüfusun sadece %40'ının erkeklerin ise %71'inin işgücüne katıldığı görülür. Şehirlerde işgücüne katılım kadınlarda %12'lere erkeklerde ise %66'ya gerilemektedir. İstihdam edilen kadın nüfusun %69'u ücretsiz aile işçisi olarak çalışırken, erkekler arasında bu oran sadece %14'tür. Şehirlerde kadınlar arasında işsizlik daha yüksektir ve kadınların %23.1'i işsizdir (4). Kadın ve erkeklerin ücretlendirilmeleri ile ilgili çalışmalara göre ülkemizde kadınlar ortalama olarak erkeklerin yarısı kadar kazanmaktadırlar (4). 2007 yılı Temmuz ayında yapılan Genel Seçim sonuçlarına göre kadınların parlamentoda temsil düzeyi %10'dur. Mart 2004'de yapılan son yerel seçimlerde seçilen 3234 belediye başkanından sadece 25'i kadındır. Yerel yönetimlerde kadınların temsil edilme düzeyi binde 77'de kalmıştır.

İçinde yaşadığımız kültürün belirlediği cinsiyet roller ve davranışlar neticesinde kadın ve erkekler arasında toplumsal cinsiyet açısından farklılıklar ve sıklıkla kadın aleyhine olmak üzere eşitsizlikler ortaya çıkmaktadır. Cinsiyet rollerine ilişkin yaygın toplumsal kabul ve inanışlar, ortaya çıkan bu farklılıkların sürdürülmesi ya da daha da artırılmasına yol açan ayrımcı yaklaşımların doğrulanmasını ve yeniden üretilmesini sağlamaktadır. Kadın ve erkek arasındaki bu eşitsizliklerin bir sonucu olarak, sağlık düzeyleri arasında da önemli farklılıklar oluşmaktadır. Kadınlar hem genel olarak sağlıklarını etkileyen çok sayıda özellik açısından, hem de yaşadıkları sağlık sorunlarının çözümü açısından dezavantajlı durumdadırlar.

Kadınların ruhsal sağlıkları da – tıpkı genel sağlık durumları gibi – toplumsal cinsiyet temelli eşitsizliklerden olumsuz etkilenmektedir. Bütünsel yaklaşımla, ruh sağlığı sadece ruhsal hastalıkların bulunmaması değildir; bireyin ruhsal açıdan tam bir iyilik halinde olmasını ve kendi potansiyelini en üst düzeyde gerçekleştirebilmesini içerir. Ruhsal sağlık Dünya Sağlık Örgütü tarafından şu şekilde tanımlanır:

Bireyin yeteneklerinin farkında olmasını, yaşamın olağan stresleri ile başa çıkabilmesini, üretken ve başarılı olabildiğini ve yaşadığı topluma katkı sunabildiğini sağlayan tam bir iyilik halidir (5).

Ruhsal bozukluklar düşünce, duygulanım ya da davranışlar (ya da bunların bazılarının bileşimi) düzeyinde değişim şeklinde seyreden sıkıntı ve/ya da işlevsellik düzeyinde bozulmaya yol açan sağlık sorunlarıdır. Ruhsal hastalık ise tanı konabilen bütün ruhsal bozuklukların genel adıdır (6).

Son yüzyıl içinde ruh sağlığı ve hastalıkları bilimindeki ilerlemeler ve gelişen tanı olanaklarının yanı sıra çeşitli nedenlere bağlı olarak dünyada ruhsal sorunların sıklığında belirgin bir artış olduğu görülmektedir. Bu artış eğiliminin gelecekte de süreceği öngörülmektedir. Günümüzde ruhsal hastalıklar önemli bir morbidite ve özürlülük nedeni olarak, dünya nüfusunun yarısını etkilemektedir. Bugün dünyada bir hekim tarafından tanısı konmuş 450 milyon ruhsal hastalığı olan insan yaşamaktadır. Bu insanların hastalıklarının oluşturduğu yük, dünya hastalık yükünün % 12'sine karşılık gelmektedir. Ancak sık görülmelerine karşılık ruh sağlığı sorunu olanların sadece 2/5'i sağlık kuruluşuna başvurmakta ve var olan ruhsal hastalıkların yarısından azına tanı konmaktadır (7).

Ruhsal bozuklukların kadınlarda ve erkeklerde görülme sıklıkları birbirinden farklıdır. Ruhsal hastalıkların tamamı söz konusu olduğunda kadınlar ya da erkeklerde sıklığın daha fazla olduğundan söz etmek olanaklı olmamakla birlikte, tek tek hastalıklar incelendiğinde önemli farklılıklar olduğu görülmektedir. Örneğin cinsel şiddetin görülme sıklığının yüksek olması kadınlar arasında post travmatik stres bozukluğunun da yüksek düzeyde görülmesine neden olmaktadır. Alkol bağımlılığı ise erkekler arasında iki kat fazla görülür (gelişmiş

ülkelerde yaşam boyu görülme sıklığı erkekler için 1/5; kadınlar için 1/12). Oldukça yeni tanımlanan bir ruhsal bozukluk olarak sosyal anksiyete bozukluğu da erkeklerde kadınlardan üç kat fazla görülmektedir. Yaşlı grupta depresyon, organik beyin sendromları ve demans en önemli ruh sağlığı sorunlarıdır ve bu hastalıklar en fazla kadınları etkiler. Şizofreni gibi ağır sorunların sıklığı cinsiyetlere göre değişmez ve bunlar toplumun %2'sinden azını etkiler (7, 8, 9, 10).

Dünya hastalık yükü sıralamasında yer alan ilk yirmi hastalık arasında üç ruhsal sorun bulunmaktadır. Bunlar ünipolar depresif bozukluklar, kendine zarar verme davranışı ve alkol bağımlılığıdır. Tek başına ünipolar depresif bozukluk kadınlar arasındaki toplam hastalık yükünün %5.5'ini, kendine zarar verme davranışı ise %1.1'ini oluşturmaktadır (6). En sık görülen ruh sağlığı sorunları olarak ifade edilen depresyon, anksiyete ve somatik yakınmalar gibi sorunlarda kadınlar aleyhine belirgin sıklık farkı vardır. Depresif bozukluklar kadınlar arasındaki ruhsal hastalık yükünün %41.9'unu, erkekler arasındaki ise %29.3'ünü oluşturmaktadır (7,8,9,10).

Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması'na göre Türkiye'de 18 yaş üstü nüfusta ruhsal bozuklukların görülme sıklığı %17.2'dir. Bu çalışmada Türkiye'de kadınlarda ruhsal rahatsızlık görülme sıklığının erkeklerden iki kat daha fazla olduğu saptanmıştır. Hastalıklar özelinde bakıldığında depresif bozuklukların kadınlarda %7.9, erkeklerde %5.8, anksiyete bozukluklarının kadınlarda %7.1 erkeklerde %3.1, somatoform bozuklukların kadınlarda %20.4 erkeklerde %10.3 düzeyinde ortaya çıktığı ve kadınların %22.4'ünde, erkeklerin ise %10.9'unda en az bir ruhsal hastalık görüldüğü saptanmıştır. Araştırma sonuçlarına göre, son bir yıl içinde kadınlar erkeklere göre iki kat daha fazla sağlık kuruluşlarına başvurmuştur ve tedavi amacıyla psikotrop ilaç kullanma sıklığı kadınlarda erkeklerden daha fazladır (11).

Türkiye Hastalık Yükü Çalışması'na göre nöropsikiyatrik hastalıklar kadınlarda hastalık yükünün %14.9'unu, erkeklerde 11.9'unu oluşturmaktadır. Hastalık yükünü oluşturan ilk 20 hastalık içinde ünipolar depresif bozukluk tek başına kadınlardaki hastalık yükünün %5.4'ünü, erkeklerde ise %2.6'sını oluşturmaktadır. Her iki çalışmaya göre

Türkiye’de de kadın ve erkekler arasında ruhsal hastalıkların görülme sıklıkları açısından öneli farklılıklar vardır. Bu bulgular uluslar arası çalışmalarla saptanan özellikle toplumsal cinsiyete bağlı etkenimin ruh sağlığı üzerindeki olumsuz sonuçlarının Türkiye’de de aynı şekilde ortaya çıktığını gösterir niteliktedir (12).

Depresyon 2020’de dünya hastalık yükü sıralamasında ikinci sıraya çıkacak ve sıklığı kadınlar arasında iki katına ulaşacak bir ruh sağlığı sorunudur. Kadınlar arasında görülen depresyon ruh hastalıklarına bağlı küresel hastalık yükünün de önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Kadınlar arasında depresyon sıklığının daha fazla olmasından başka, hastalığın seyri de daha inatçıdır (7,8,9,10). Kadınların taşıdıkları toplumsal cinsiyetle ilişkili risk faktörleri, sosyal sorunları yaşama ve onlara yanıt verme biçimleri, yardım arama davranışları ve sağlık çalışanlarının bakış açıları gibi çok sayıda etmenin bu konu ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Kadın ve depresyon ilişkisinin ortadan kalkmasının, büyük ölçüde toplum içinde kadına yönelik ayrımcı yaklaşımların ortadan kaldırılmasından geçtiği, bu nedenle de zorlu ve uzun bir süreç olduğu söylenebilir.

Ruhsal hastalıkların cinsiyetler arasında farklı sıklıklarda görülmesinden başka, önemli bir farklılık –depresyon örneğinde olduğu gibi– bu hastalıkların belirtilerinin ortaya çıkış yaşı, şekli, sıklığı, hastalıkların süresi, sosyal yaşam üzerine etkileri ve uzun dönemde ortaya çıkan sonuçlarında görülmektedir. Bir kişide birden fazla ruhsal hastalığın bir arada olması (komorbidite) durumu kadınlarda daha sık görülmekte ve bu durum özürüllüğü ağırlaştırıcı etki yapmaktadır. Kadınların sahip olduğu, toplumsal cinsiyet rollerinden kaynaklanan ve birbiri ile ilişkili, tekrarlayıcı özellikteki risk faktörleri, çeşitli stres faktörleri ve olumsuz yaşam deneyimleri kadınlardaki depresyon, anksiyete ve somatik belirtilerin yüksek komorbidite hızları ile ilişkili bulunmuştur (7,8,9,10). Alkol ve madde bağımlılığı sıklığı kadınlarda erkeklerden daha az görülmekle birlikte, yol açtığı psikososyal sonuçlar daha ağır olabilmektedir. Tarih boyunca kadınların ruhsal sorunları karşısında toplumun çok daha ağır tepkileri olduğu ve akıl hastalığının toplumsal normların dışına çıkan kadınlara karşı sıklıkla bir damgalama ve cezalandırma gerekçesi olarak kullanıldığı

bilinmektedir (cadılık suçlamaları ve cadı avları gibi).

Ruhsal bozukluklar ayrı ayrı ele alındığında erkekler ve kadınlar arasında farklılıklar görülmesinde, biyolojik faktörlerden çok kadın ve erkekleri doğum öncesinden itibaren etkileyen ve cinsiyetlerinden doğru şekillenen psikolojik ve sosyal süreçler etkilidir. Bu durum hastalıkların mutlak sıklıklarını olduğu kadar bunların ortaya çıkış özelliklerini de etkilemektedir.

Toplumsal cinsiyet kadın ve erkeğin sosyoekonomik olanaklarını, toplum içindeki konumlarını, statülerini, toplumun onlara yaklaşımını, belirli ruh sağlığı risklerine açık olma ve maruz kalma durumlarını, sorunlar karşısında verdikleri yanıtları ve yardım arama davranışlarını etkilemektedir. Bütün bunlar kadınların ve erkeklerin duygusal yaşantıları ve ruh sağlıkları üzerinde belirleyici faktörlerdir (7). Sonuç olarak, toplumsal olarak kadına ve erkeğe yüklenen farklı toplumsal roller kadınlarda ve erkeklerde farklı türdeki ruhsal bozuklukların daha sık görülmelerinin ve farklı özellikler göstermelerinin temel nedenidir.

Bundan başka, bir ülkenin sosyal ve ekonomik yapısında, bireylerin gelir düzeyinde ve sosyal sermayelerinde ani, yıkıcı ve derin etkiler yapan önlenemeyen ve kontrolsüz durumlar ve düzenlemeler var olan toplumsal cinsiyet eşitsizliğini daha da derinleştirmekte ve ruhsal bozuklukların sıklık ve niteliğinde değişimlere neden olmaktadır. Sosyal ve ekonomik krizler, doğal ve sosyal afetler, göçler ve benzeri sosyal sarsıntıların sıkça yaşandığı ülkemizde, kadınların bu tür sarsıcı etkiler karşısında daha savunmasız olmaları var olan ruh sağlığı sorunlarının daha da derinleşmesi riskini getirmektedir.

Yoksulluk, açlık, beslenme bozuklukları, aşırı ve güvencesiz çalışma, aile içi şiddet, ensest ve diğer cinsel istismar biçimleri vs gibi etkenler bir arada daha çok kadınları etkileyen olumsuz yaşam koşullarıdır. Bu koşullar kişide, sahip olduğu değerleri kaybetmiş olma, değersizlik, utanç, kapana kısılmışlık gibi olumsuz duygulara yol açmakta ve ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasına neden olmakta ya da ortaya çıkışını kolaylaştırmaktadır (7,8,9,10).

İletişim: Dr. Nükhet Paksoy Erbaydar

E-posta: nsubasi@hacettepe.edu.te



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

Türk Tabipleri Birliği çatısı altında örgütlenme birimleri olan tabip odalarının hekim özlük haklarını iyileştirme, sağlığın bir insan hakkı olarak kabul edilmesinin önündeki engelleri kaldırmaya katkıda bulunma gibi sorumluluklarının yanı sıra, toplumda yaşayan bireylerin sağlıklarını koruma ve geliştirme konusunda çok önemli görevleri bulunmaktadır.

Sağlığın geliştirilmesi, ilk kez gündeme geldiği 1986 yılında Ottawa Deklarasyonu'ndan bu yana önemli gelişmelerin, yaşandığı bir bilim alanı olmuştur. Sağlığın geliştirilmesi, tanımı nedeniyle sağlığa yönelik herhangi bir davranış ve yaşam durumu için, eğitim, örgütsel, ekonomik ve çevresel desteklerin bileşimi olarak kabul edilmektedir. Bu yaklaşım bireye yönelmenin yanı sıra, fizik ve sosyal çevreye müdahaleleri de kapsar. Çevresel müdahaleler ise kamu politikalarını, destekleyici çevre yaklaşımını, toplum katılımını, kişisel becerilerin geliştirilmesini, sağlık hizmetlerinin yeni gereksinimlere uyum sağlamasını öncelermelidir. Sağlığın geliştirilmesi kavramı kapsamında sağlıklı yaşam davranışlarının bilinmesi yerinde olur. Temel olarak sekiz başlıkta incelenen sağlıklı yaşam davranışları aşağıda listelenmiştir:

1. Yeterli ve dengeli beslenme,
2. Sigaradan uzak bir yaşam,
3. Alkol ve madde kullanmama,
4. Fizik aktivite,
5. Güvenli cinsel ilişki,
6. Boş zamanları değerlendirebilme,
7. Stresle baş edebilme,
8. Düzenli ve yeterli uyku.

Bu liste toplumun gereksinimlerine göre değişebilir, gelişebilir. Ancak; günümüzde dünyada ve Türkiye’de yaşayan bireylerin karşılaştığı sağlık sorunları incelendiğinde, uzun bir süre daha bu listede yer alan konular üzerinde çalışmaların sürdürülmesi konusunda gereksinim olacağı açıktır.

Sigara, ya da daha genel bir başlıkta tütün ile mücadele hekimlerin pek çok açıdan öncelikleri arasında olması gerekli bir konudur. Bu gerekçeler aşağıda sıralanmaya çalışılmıştır:

1. Hekimler toplumda bireyler için en önemli rol modelidir. Bu nedenle kendilerinin sigara ya da diğer bir tütün ürünü kullanmaması gerekir.
2. Hekimler sağlığın korunması yaklaşımında bireylerin sigaraya hiç başlamaması için çaba göstermelidirler.

3. Sigara içen bireylerin sigarayı bırakmalarını sağlamalıdır.

4. Sağlığın her birey için bir insan hakkı olduğu yaklaşımını önceleyerek, sigara içmeyen bireylerin haklarını da savunmak durumundadırlar. Dolayısıyla sigara dumanından pasif etkilenimi engelleyici çalışmalar yapmalıdır.

5. Sürekli tıp eğitimi ve sürekli mesleki gelişim kapsamında “en çok öldüren, en çok sakat bırakan, en çok işgücü kaybına neden olan ve en çok maliyeti olan” sigara ile ilgili bilgilerini güncellemeli, yeni yaklaşım ve stratejileri bilmelidirler.

6. Sigara ve tütün mamulleri konusunda ulusal ve uluslararası politikaları yakından izlemelidirler.

7. Sigara konusunda ulusal durumu bilmeli; yıllar içindeki prevalans hızlarını izleyebilmelidirler.

8. Geliştirilen ve geliştirilecek olan ulusal politikalara katkı verebilmelidirler.

Yukarıdaki 2,3 ve 4. maddelerle ilgili olarak çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalar, hekimleri kendilerine herhangi bir nedenle başvuran bireyleri sigarayı bırakma konusunda güdüleme kapasitelerinin olduğunu ortaya koymaktadır.

Bütün bu gerekçeler, halen sürmekte olan tabip odaları seçim sürecinde de gündemde olmalıdır. Hekimler, kendi meslek örgütleri olan tabip odaları için belirlemeye çalıştıkları yeni yönetim kadrolarında tütün mücadelesini önceleyen yaklaşımları ve söylemleri desteklemeli; seçimler sonrasında da yapılacak çalışmalara destek olmalıdırlar. Bunun yanı sıra, tabip odaları binalarında sigara ya da diğer tütün ürünlerinin herhangi birisinin kullanımının yasaklanması çok önemli bir başlangıçtır. Türk Tabipleri Birliği de bu yaklaşımı önceleyen bir meslek örgütüdür. Tütün karşıtı yasaların yürürlüğe girmesiyle birlikte TTB; “Sigarasız TTB” yaklaşımını benimsemiş; yerel odalarına konu ile ilgili yaklaşımını deklare etmiştir. Ancak; bu konuda savunuculuk sorumluluğu tabip odalarında çalışan, yönetimlere oy veren bütün hekimlere aittir. İlgili yasanın hekim örgütlerinde de tam olarak uygulanabilmesi için yönetimlere talip olan hekimlerin öncü olması önem taşımaktadır.

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

Şubat 2008 Sayımızda “Tütün” sayfamızın başlığı dizgi hatasından dolayı yanlış yazılmıştır.

“Dünya Tabipler Birliği’nin Tütün Ürünlerinin Sağlığa Zararları Üzerine Bildirgesi” olarak düzeltilen yazardan ve okurlarımızdan özür dileriz.

Klavyem, Stetoskopum ve Ben

Arif Onan*



Excel'de Özet Tablo Kullanımı

	1.Gün	2.Gün	3.Gün	4.Gün	5.Gün
Mert	3	4	5	4	5
Leyla	1	2	3	4	2
Tahsin	2	3	2	3	4
Cüneyt	2	4	3	4	2
Uğur	3	5	2	3	4
Tanık	4	4	1	4	2
Adnan	5	3	3	3	4
Veysel	5	2	2	4	2
Gül	2	2	2	3	4
Anıl					
Erdem					

Excel Tablosu için kullanılacak veri

Verinin Excel tablosundaki uygulanması

Anıl için veri girerken sütunlar görünmemekte

Sütunlar görünürken Anıl satırı aşağıda kalmakta.

Ekranda kalacak sütunun bir satır altını seçiniz.

Pencere / Bölmeleri Dondur seçeneğini seçiniz.

Kırmızı gösterilen kaydırma çubuğunu hareket ettiriniz.

Sütun başlığı yerinde dururken 11 numaralı satıra ulaştığınıza dikkat ediniz.

Dr. Orhan Odabaşı, Dr. Melih Elçin***

Rektal Tuşe ile Prostat Muayenesi Becerisi

Amaç: Bu eğitimin sonunda katılımcı, beceri basamaklarını doğru ve sırasında uygulayarak basamaktan basamağa rahatça geçebilecektir.

Araç: Eldiven, katı vazelin, kağıt peçete.

Basamak 1. Elleri yıkama (Resim 1).



Basamak 2. Hastaya işlem hakkında bilgi verme.

Basamak 3. Hastanın ayakta dururken kalçasını muayene masasına doğru yaklaştırmasını sağlama.

Basamak 4. Dizlerinden hafif öne eğilmesini sağlama.

Basamak 5. Kollarının masa üzerinde 90° eğilmesi ya da yan yatar pozisyonda bacakların karına çekilmesini sağlama.

Basamak 6. Gevşeme ve hazırlanma için yeterince süre verme.

Basamak 7. Eldivenleri giyme (Resim 2).



Basamak 8. İkinci parmağa katı vazelin alma (Resim 3).



Basamak 9. Bir eli hastanın omuzuna ya da sırtına koyma (Resim 4).



Basamak 10. Hastanın kalçalarını sağ elin vazelinsiz parmakları ile iki yana ayırma (Resim 5).



Resim 5

Basamak 11. Anüsü patolojik oluşumlar yönünden gözden geçirme (Resim 6).



Resim 6

Basamak 12. Vazelinli işaret parmağı ile zile basar tarzda anüse girme (Resim 7).



Resim 7

Basamak 13. Anal sfinkter tonusunu kontrol etme (Resim 8).



Resim 8

Basamak 14. İkinci parmağı prostat arka yüzüne doğru kaydırma (hastanın ayaklarına doğru).

Basamak 15. Kestane büyüklüğündeki (normal prostat boyutu) prostati hissetme (Resim 9).



Resim 9

Basamak 16. Prostat bezinin şekil, büyüklük, simetri, kıvam (sert, yumuşak vb.), ısı artışı ve hassasiyetini belirleme.

Basamak 17. İkinci parmağı mümkün olduğunca ilerleterek tüm rektum çeperini kontrol etme.

Basamak 18. İkinci parmağı yavaşça geri çekerek eldivene bulaşan gaytayı değerlendirme (Resim 10).



Resim 10

Basamak 19. Eldivenleri çıkarma (Resim 11).



Resim 11

Basamak 20. Hastaya temizlenmesi için kağıt havlu verme.

Basamak 21. Hastaya muayene sonuçları ile ilgili bilgi verme.

Basamak 22. Elleri yıkama.



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

Olay: 12 yıllık devlet memuru. Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir sağlık ocağında çalışıyor. Özel sektöre geçiş yapmak istiyor.

Bu nedenle istifasını kurum sorumlu hekimine vermek istiyor. **Ne Yapmalı?**

Devlet memurlarının hizmete alınmaları, ayrılmaları ve özlük haklarına ilişkin kurallar asıl olarak Devlet Memurları Kanunu'nda düzenlenir.

Çekilme, Devlet memuru için bir haktır. Çekilme isteği amirin ya da bir başka makamın onayına bağlı olmayan tek yanlı irade beyanıdır. Ancak çekilmeye de uyulması gereken kurallar vardır. Bu kurallar isteğin yazılı olarak ilgili kuruma yapılması ve hizmetin aksamaması bakımından gerektiğinde belli bir süre beklenmesi gereği olarak ifade edilebilir.

Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir sağlık ocağında görev yapmakta olan hekimin memuriyetten ayrılmak istediğinde yapması gereken ilk iş, çekilme isteğini yazılı olarak Sağlık Grup Başkanlığı'na ya da İl Sağlık Müdürlüğü'ne vermektir. Bu yapıldıktan sonra, yerine atanan kimsenin gelmesine ya da çekilme isteğinin kabulüne kadar görevine devam eder. Ancak yerine atanan kimse bir aya kadar gelmediği ya da yerine bir vekil atanmadığı takdirde, üstüne haber vererek görevini bırakabilir. Burada belirtilen amirin çekilme isteğini kabulü, hekimin yerine birinin atanması için beklemesi gereken bir aylık süreyi sonlandıran bir işlemdir.

Çekilen hekimin zimmetinde bulunan para,

demirbaş ya da belge ve benzerinin bulunması durumunda, yerine atanan kişiye, yerine atanan biri olmaması ya da bir ay içinde göreve başlamaması durumunda, amir tarafından bunları devralmakla görevlendirilen kişiye 30 gün içinde devretmesi gerekir.

Bu gerekliliklere tam olarak uyularak çekilen memur, aradan altı ay geçtikten sonra yeniden memuriyete dönme isteğinde bulunabilir. Ancak söz konusu gerekliliklere uyulmaması durumunda bu süre daha uzundur.

Hekim belirtilen gerekliliklere uymadan, örneğin yazılı olarak istifa dilekçesi vermeden 10 gün süreyle mazeretsiz olarak görevine gitmediğinde ya da bir aylık bekleme süresine uymadan ayrıldığında çekilmiş sayılır ve bir yıl süreyle memuriyete alınamaz. Çekilme halinde devir teslim yükümlülüğüne uymaması durumunda ise memuriyete başlatılmama süresi üç yıldır.

Hekimin yazılı olarak verdiği istifa dilekçesinin amiri tarafından kabul edilmesi ya da yerine atanan kişinin bir ay içinde göreve başlaması ve devir teslim ile yükümlü bulunduğu para ve diğer eşyaları devretmesi üzerine hekim bu husustaki gerekli yükümlülükleri yerine getirmek koşuluyla derhal özel sağlık kurulunda göreve başlayabilir.

TTB- STE Kredi Puanı ve Kitap Kazananlar

Ocak 2008 sayımızdaki Ödüllü Bulmaca'dan kredi puanı kazananlar

1- Mualla Onrat (Eskişehir), 2- Serdal Kanuncu (Hatay), 3- **Mehmet Doğan***, 4- Kemal Demirkıran (İstanbul), 5- **Fethiye Değer***, 6- Sebahattin Kabaoğlu (İzmir), 7- **İbrahim Yakutbay***, 8- **Seher Yeşilyurt** (Kütahya), 9- **Keziban Demirarslan*** (Manisa), 10- Fatma Yücel Beyaztaş (Sivas), 11- Cengiz Semercioğlu, 12- Mustafa Atasoy (Tekirdağ).

Yıldız (*) konulmuş olanlar, Prof. Dr. Onur Hamzaoğlu'nun ve Dr. Umut Özcan'ın yaptığı "Türkiye Sağlık İstatistikleri" adlı kitabını armağan ediyoruz



KÜRESEL SAĞLIK REFORMU ENDÜSTRİSİ

Sağlık Politikası Reformu, John Lister, Çeviren: M.İnan, A.Kılıçaslan, İNSEV Yayınları, 2008, 416 sayfa,

Son dönemlerde sosyal politika alanında en çok tartışılan konulardan birisi sosyal güvenlik reformu, diğeri ise bununla bağlantılı olarak gündeme gelen sağlık politikalarıdır. Sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması, özel sağlık kurumlarından hizmet satın alma, hizmet sunum ve finansmanının ayrılması, performansa dayalı döner sermaye uygulaması, aile hekimliği gibi geçmiş yıllarda da dile getirilen "sağlık reformu" paketinin içerikleri, 2003 yılından itibaren uygulanmaya başlanan "Sağlıkta Dönüşüm" programı ile birlikte daha çok tartışılmaya başladı. Türkiye'deki sağlık politikalarını, küresel bağlamda anlamlandırmamıza, diğer ülkelerdeki sağlık reformu pratiklerini ve sonuçlarını değerlendirebilmemize olanak tanıyacak kapsamlı bir çalışma, İnsan Sağlığı ve Eğitim Vakfı (İNSEV) tarafından yayımlandı.

Dr. John Lister'in Sağlık Politikası Reformu-Yanlış Yolda mı Gidiyoruz? başlığı ile Türkçe'ye çevrilen kitabı, küresel ölçekte sağlık reformlarını ele alan ilk ve en kapsamlı kitap olarak okuyucusunu bekliyor. Yazar,

1980'lerin başından itibaren Dünya Bankası, Dünya Ticaret Örgütü, Dünya Sağlık Örgütü gibi küresel aktörler tarafından teşvik edilen, özellikle gelişmekte olan ülkelerde bir biri ardına uygulanmaya başlanan "sağlık reformları"nın "küresel bir endüstri" haline geldiğini iddia ediyor. Uygulanmakta olan reformların başarı ve başarısızlığını sınamak amacıyla, gelişmiş ve gelişmekte olan toplam 42 ülkenin "sağlık reformları"nı analiz ediyor. "Piyasa tarzı reformlar" adını verdiği, kamusal sağlık hizmetlerinin özel sağlık piyasası lehine dönüştürülmesi, özelleştirilmesi biçiminde özetlenebilecek bir dizi reform içeriğini eleştirel bir bakışla değerlendiriyor.

Yazar, 'piyasa-tarzı' sağlık reformlarının, ekonomik gereksinimden çok, ideolojik inançla yürütüldüğünü ve bu tür reformların, vaat ettikleri ilerlemeleri gerçekleştirememelerine karşın çoğaldığını savunmaktadır. Reformların, hizmetlerin iyileştirilmesi, hizmetlere erişimdeki eşitsizliklerin ortadan kaldırılması gibi amaçlarla değil, piyasa tarafından yönlendirilen, temelde gereksiz tıbbi teknoloji, ilaç ve kar oranını yükseltmeyi amaç edinen bir dizi araç ve politikalarla uygulanmakta olduğunu ortaya koymaktadır. Uluslararası kuruluşların, reform konusunda küresel bir baskı oluşturduğunu, "piyasa mekanizmalarına duyulan küresel inanç"ın sağlık alanında da sorgusuz kabullenildiğini ve uygulanan sağlık reformlarından en çok yoksul kesimlerin olumsuz yönde etkilendiğini örneklerle açıklamaktadır. Lister aynı zamanda, okuyucuların herhangi bir ülkedeki sağlık reformunu ele alırken, "bütçe kesintilerini gizlemeyi amaçlayan boş vaatler ve göz boyamalar" ile "gerçekten olumlu reform önerileri" arasında bir ayırım yapmalarına yardımcı olabilecek kapsamlı bir kontrol listesi sunmaktadır.

Piyasa temelli yaklaşıma dayanan sağlık politikalarının, başta yoksul, dezavantajlı ve sosyal olarak savunmasız (yaşlılar ve akıl hastaları gibi) kesimlerin gereksinimlerini kapsamaktan uzak olduğunu belirten yazar, uygulanmakta olan sağlık reformlarının milyonlarca insanın sağlığını ve sağlık hizmetine erişimini etkilediğini aynı zamanda reformlarla birlikte tüm dünyada işgücü sayısı açısından birinci sırada yer alan sağlık endüstrisi çalışanlarının da yaşam koşullarının derinden etkilendiğini belirtmektedir. Küresel ölçekte yaşanan eşitsizliklerin, sağlık alanındaki örneklerini de ayrıntılarıyla aktaran yazar, az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere nitelikli ve ucuz sağlık emeğinin gelişmekte olan ülkelere kaymasına karşılık, gelişmiş ülkelerin çokuluslu şirketleri ve uluslararası finans kurumları aracılığıyla az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler üzerinde "sağlık reformları" aracılığıyla kar alanlarını daha çok genişlettiğini saptanmaktadır.

Küresel sağlık reformu endüstrisinin eleştirel bir kılavuzu olan bu kitap hiç şüphesiz, Türkiye'de de uygulanmakta olan sağlık politikalarının yeniden değerlendirilmesine ve sağlık reformlarının uygulandığı küresel bağlam ve içeriğin yeniden düşünülmesine katkı sağlayacaktır. Tel: 0 216 449 44 25



Kolorektal Kanserin Erken Tanısı için Kılavuz Güncellendi

Amerikan Kanser Derneği, orta risk grubundaki asemptomatik yetişkinlerde kolorektal kanser (KRK) ve adenomatöz poliplerin taraması ve erken tanısı için bir kılavuz yayımladı.

Amerika Birleşik Devletleri'nde KRK, hem erkekler, hem kadınlar arasında en sık görülen üçüncü kanser ve kansere bağlı ölümler içinde ise ikinci sıradadır. Adenomatöz poliplerin saptanması ve çıkartılması ile KRK büyük oranda önlenabiliyor ve KRK tanısı anında organa sınırlı ise prognoz daha iyi olduğu biliniyor. Kılavuzu hazırlayan kurumlar, taramanın asıl hedefinin KRK'nin önlenmesi olduğunu önemle vurguluyorlar.

Klinisyenler, hastalara tarama programı seçenekleri konusunda bilgi vermeli, etkinliği KRK'nin erken tanınması ile sınırlı bir tarama testi ile hem kanseri erken tanıyabilen, hem de poliplerin erken tanısı ve tedavisini sağlayan bir tarama testi arasında seçim yapma şansını tanımladılar.

Kılavuza göre, 50 yaşını geçmiş asemptomatik bireylerde adenomatöz poliplerin ve kanserin erken tanısı için seçenekler şunlar: 5 yılda bir fleksibl sigmoidoskopi, 5 yılda bir çift kontrastlı baryumlu grafi, 5 yılda bir bilgisayarlı tomografi (sanal kolonoskopi) ya da 10 yılda bir kolonoskopi.

50 yaşını geçmiş asemptomatik bireylerde daha çok kanserin saptanmasını sağlayan test seçenekleri ise şunlar: yılda bir dışkıda gizli kan testi, yılda bir dışkıda immünokimyasal test ya da dışkıda DNA testi. Bunlardan hangisi seçilirse seçilsin, testin kanser tanısı için duyarlılığı yüksek olan kitlerle yapılması gerekiyor. Dışkıda DNA testinin hangi aralıklarla yapılması gerektiği konusunda ise kesin bir bilgi bulunmamaktadır.

Her tarama testinin kendine özgü avantajları bulunuyor, her biri maliyet-etkin ve hepsinin riskleri ve sınırlayıcı yönleri var. Tarama testi seçiminde hastanın tercihleri ve test için gerekli kaynakların varlığı önem taşıyor. Yapısal testler için barsak temizliği yapılması gerekiyor; ancak bu testlerin en önemli avantajları, kanserin yanı sıra polipleri de saptayabilmeleri. Kolonoskopi için sedasyon uygulanmakta. Hastaya rahatsızlık veren bir tetkik olan fleksibl

sigmoidoskopinin tarama gücü, kolonun ulaşılabilen bölgeleriyle sınırlı. Kolonoskopi uygulaması ve çift kontrastlı baryumlu grafi çekilmesi sırasında nadir de olsa perforasyon olabiliyor; kolonoskopide kanama riski de var. Fleksibl sigmoidoskopi, çift kontrastlı baryumlu grafi ve sanal kolonoskopide pozitif bir bulgu varsa bir sonraki aşama kolonoskopi oluyor.

Dışkı testlerinin avantajları arasında girişimsel olmamaları, barsak temizliği gerektirmemeleri, evde uygulanabilir olmaları ve sağlık sigortası olmayan, maddi olanakları sınırlı hastalar için daha kolay ulaşılabilir olmaları yer alıyor. Ancak, girişimsel testlerle karşılaştırıldığında bu testlerin kanseri önleme şansı daha düşük, etkin olabilmeleri için düzenli aralıklarla uygulanmaları gerekiyor ve test anormal çıkarsa kolonoskopi uygulanması gerekiyor. Takiplere gelmek istemeyen ve test sonucu anormal çıkarsa kolonoskopiye razı olmayan hastalar için dışkı testleri taramada etkin olmamaktadır ve önerilmemelidir.

Bu yeni kılavuzun orta risk grubundaki yetişkinlere yönelik olduğunu ve yüksek risk grubundaki hastalara yönelik kanıtları göz önünde bulundurmadığını akılda tutmak gerekmektedir. Adenomatöz polip öyküsü olan, KRK için küratif rezeksiyon yapılan, 60 yaşından küçük birinci derece akrabasına KRK ya da kolorektal adenom tanısı konan, uzun süredir enflamatuvar barsak hastalığı olan ya da kolonu etkileyen herhangi bir kalıtsal kanser sendromu tanısı alan hastalar, Amerikan Kanser Derneği tarafından yüksek riskli bireylere yönelik olarak daha önce yayımlanmış kılavuza uymaya devam etmelidirler.

50 yaşın üstünde, orta risk grubundaki bireylerde tarama yapılması yönünde önemli miktarda kanıt bulunmaktadır. Orta risk grubundaki bireylerin taranması; kanseri tedavi edilebilir, erken dönemde yakalayıp ve klinik önemi olan adenomları saptayıp çıkartarak KRK mortalitesini düşürebilmektedir.

Guidelines Issued for Early Detection of Colorectal Cancer, CME/CE, March 10, 2008 CA Cancer J Clin. Published online March 5, 2008.

Hazırlayanlar:

Dr. Özen Aşut*

Stj. Dr. Yılmaz Yıldız**



TTB - STED Fotoğraf Yarışması, fotoğraf çekmeye meraklı okurlarımızın ilgisi ve katkılarıyla yedinci yılını geride bıraktı. 2007 yılında yapılan yarışmada dereceye giren fotoğraflar 2008 yılı sayılarımızın kapağında yayımlanacak, diğer fotoğraflar ise dergimizin iç sayfalarının görsel zenginliğini artıracak. Daha önceki yıllarda yarışmamıza katılmamış ya da dereceye girememiş olan fotoğraf çekmeye meraklı okurlarımız için ise TTB - STED Fotoğraf Yarışması - 2008 yeni bir fırsat olacak, sizi değerli çabalarınızın ürünü olan eserlerinizle yarışmaya katılmaya davet ediyoruz.

Yarışma Kuralları:

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

Yarışma Takvimi:

Son katılım tarihi: 30 Eylül 2008

Seçici Kurul'un değerlendirmesi ve sonuçların duyurulması: Ekim 2008

Ödül töreni ve Yarışma sergisi: Kasım 2008

Ödüller:

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

Seçici Kurul tarafından uygun görülmesi halinde başka ödüller de verilebilir. Yarışmada ilk 12'ye giren fotoğraflar 2009 yılında STED'in kapağında yayımlanacaktır. Yarışmada ödül alan ve seçici kurul tarafından sergilenmeye değer bulunan diğer yapıtlar TTB etkinliklerinde sergilenebilecektir.

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

Yarışma Duyurusu ve Katılım Formu için Internet Adresi: www.ttb.org.tr/STED/fotograf2008.htm

TTB - STED Fotoğraf Yarışması - 2008

Katılım Formu

Yarışmacının Rumuzu:

Adı - Soyadı:

Mesleği:

Branşı (varsa):

Görev yeri:

Adresi:

Telefon: İş: (0.) GSM: (0.5....) Diğer: (0.)

E-posta adresi: @

Fotoğraf(lar): No

No Eserin Adı

Çekildiği yer

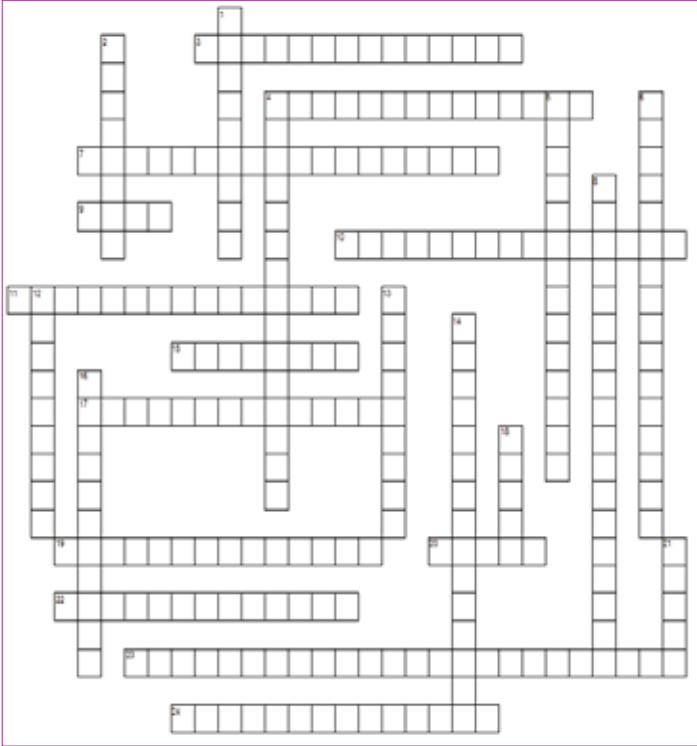
Açıklama

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

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 **Temmuz 2008** sayımızda yayımlayacağız.



1- Süregen hastalıkları körükleyen bir sosyal risk faktörü, 2- Çocuk koruma ekibinde yer alan bir meslek grubu, 3- Çocuğun fiziksel ve psikolojik gelişimini etkileyen, yetişkin tarafından bilerek ve isteyerek yapılan davranışlar, 4- Kontrol programlarında ilk yapılacak işlem, 5- Birinci derece evlilik yapan kişiler, 6- Hekimlerin en sık gördükleri çocuk istismar başvuru şekillerinden biri, 7- Anne-babanın genellikle sağlam olduğu ve cinsiyet ayırımı olmayan hastalıklar,

8- Toplumda sık görülen ve toplumun büyük çoğunluğunu etkileyebilen, etmenleri çoğunlukla önlenemeyen, etken ile sonuç arasında nedensel bir ilişki bulunan ve olumsuz sağlık sonuçları olan sorunlara yönelik toplum tabanlı uygulamalar, 9- Kalıtsal nedenli hastalıkların önlenmesinde hekime düşen bir görev, 10- Toplum yönelimli birincil sağlık hizmetleri (kısıltma), 11- Süregen hastalıklara yol açan biyolojik bir risk faktörü, 12- Kolorektal kanserin önlenmesinde çıkarılması önemli olan patoloji, 13- 2020'de dünya hastalık yükü sıralamasında ikinci sıraya yükseleceği öngörülen bir hastalık, 14- Çocuk istismarının belirlenmesinde önemli bir hekim grubu, 15- Genetik danışmanlıkta izlenecek aşamalardan biri, 16- Çocuk istismarının türlerinden biri, 17- Kontrol programlarında değişiklik yaratması istenilen olgu, 18- Genetik hastalıkların epidemiyolojisini etkileyen bir durum, 19- Dünya Sağlık Örgütü tarafından uygulanan bir kontrol programı (kısıltma), 20- Günümüzde giderek sık rastlanılan bir istismar türü, 21- Çocuk istismarında esas olan yaklaşım, 22- Tarih içinde toplumun inançlarına, kültürlerine göre değişen bir kavram, 23- Sağlıklı yaşam davranışlarından biri, 24- Türkiye Hastalık Yükü Çalışmasına göre sık görülen bir psikiyatrik bozukluk, 25- Otozomal resesif hastalıklardan biri.

Sted Ocak 2007 Ödüllü Bulmaca Doğru Yanıtları:

1- Malnütrisyon, 2- Şaman, 3- Offerhelp Mpower, 4- Lizbon Bildirgesi, 4- Muş, 5- Spastik, 6- Özen Aşut, 7- Dermoskopi, 8- Malleusmaleficarum, 9- Deontoloji Tüzüğü, 10- İş Bölümü, 11- Hasta Hakları, 2- Serebral Paralizi, 13- Muayene Odası, 13- Melanom, 15- Diskinetik, 16- Spekulum, 17- Sebaroik Keratoz, 18- Büyü, 19- Otacı, 20- Sağlık Evi, 21- Litotomi, 22- M Power.