

sted

Bilimsel
ve Dostça

Cilt : 17

Sayı : 3

Mart

2008

ISSN 1300-0853



Üniversite Öğrencilerinin Cinsellik ve
Cinsel Eğitim ile İlgili Görüşleri

32

Cerrahi ve Doğal Menopoz Olgularında Depresyon

38

Çocukluk Yaş Grubunda Varikosel

46



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 Baskan

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 Büyükkakkuş

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 Eskioçak

Prof. Dr. Çetin Turgan

Prof. Dr. Haldun Güner

Doç. Dr. Duygu Uçkan

Prof. Dr. Hamit Hancı

Prof. Dr. Fatih Ünal

Prof. Dr. Şükrü Hatun

Prof. Dr. Serhat Ünal

Dr. Sema İlhan

Doç. Dr. Hakan Yaman

Doç. Dr. Levent İnan

Prof. Dr. Muharrem Yazıcı

Prof. Dr. Alper İskit

Doç. Orhan Yılmaz

Dr. Remzi Karşı

Okuyucu Danışma Kurulu

Dr. Hasan Değirmenci

Dr. Sibel Serin Kılıçoğlu

Dr. Ayça Gümüş

Dr. Mesut Yıldırım

Sayı Sorumlusu

Dr. Orhan Odabaşı

Yayın Yönetim Merkezi ve İletişim Adresleri

Türk Tabipleri Birliği: Gazi Mustafa Kemal Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil

Sok. 2 Kat: 4 Maltepe 06570 Ankara

Tel: (0.312) 231 31 79/33 Faks: (0.312) 231 19 52-53

E-posta: sted@ttb.org.tr internet: www.ttb.org.tr/STEDSTED 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

Basımın 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: 2 Mayıs 2008

Bu Sayıda

Cilt 17
Sayı 3
Mart 2008

Araştırma

Üniversite Öğrencilerinin
Cinsellik ve Cinsel Eğitim ile
İlgili Görüşleri

32

Dr. Hasibe Kadıoğlu, Dr. Ayşe Yıldız,
Msc. Nadire Ercan, Dr. Ayşe ErgunCerrahi ve Doğal Menopoz
Olgularında Depresyon

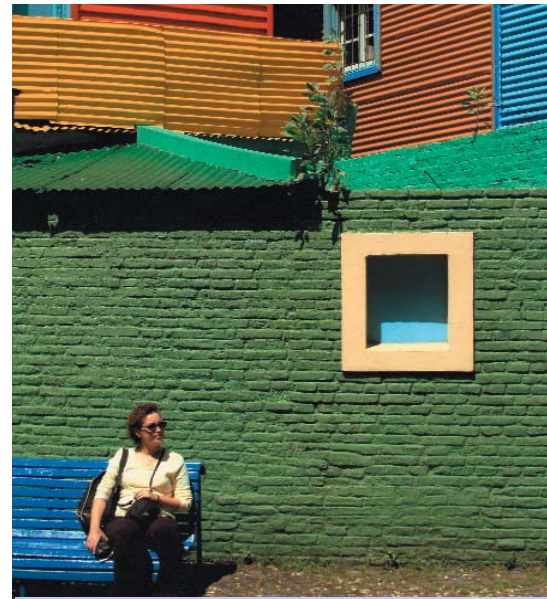
38

Dr. Orhan Odabaşı

Derleme - Olgu Sunumu

Çocukluk Yaş Grubunda Varikosel

46

Dr. Süleyman Cüneyt Karakuş,
Dr. İ. Onur ÖzenKapak Fotoğrafı:
"Gök Kuşağı Mahallesi"Dr. Ceyhun İrgil, Bursa
TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2007
Başarı Ödülü

Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED)

Türk Tabipleri Birliği tarafından birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan
hekimlerin sürekli eğitimi için aylık olarak yayımlanmaktadır.

STED, TÜBİTAK TÜRK TIP DİZİNİ içinde yer almaktadır.

Abonelere ücretsiz gönderilir.

ISSN 1300-0853



Merhaba,

Sürekli tıp eğitimi ve sürekli mesleki gelişim biz hekimlerin hem temel bir hakkı hem de bir sorumluluğu. Bu sorumluluk hastalarımıza olduğu kadar birlikte çalıştığımız ekip arkadaşlarımıza hatta kendimize karşı da geçerli.

Sürekli tıp eğitimi günümüzde yaşam boyu öğrenme yaklaşımı ile değerlendiriliyor. Mezuniyet öncesi tıp eğitiminden başlayan öğrenme tüm yaşantımız boyunca değişerek, gelişmekte. Kitaplarla, konusunda yetkin öğretim üyeleriyle başlayan öğrenme edimi, dergilerle, eğitim toplantılarıyla, günümüzde gelişkin görsel-işitsel eğitim araç-gereçleriyle sürmekte. Eğitim toplantıları içerisinde meslek içi eğitimlerin yanı sıra özellikle olanaklar elverdiğince katıldığımız, izlemeye çalıştığımız bilimsel toplantılar öne çıkmakta. Başlangıçta uzmanlık alanları, zamanla disiplinler derken organların, hastalıkların kongrelerinin yapıldığı günleri yaşamaktayız.

Büyük kongre merkezlerinde genellikle üç – dört günlük eş zamanlı salonlarda oldukça zengin içerikli toplantılar düzenlenmekte. Ulusal toplantılara alanında deneyim sahibi yabancı bilim adamları, konuşmacılar katılıyor. Uluslararası katılımlı toplantıların ülkemizde özellikle büyük kentlerin yanı sıra Antalya'da yapılmasına sıkça tanık oluyoruz. Günlük gereksinimlerimiz, ilgi alanlarımız, ekonomik olanaklarımız ve zaman bulduğumuzca bu



Fotoğraf: "İki Merak" Dr. Ergün Karadağ, Kütahya STED Fotoğraf Yarışması 2007 Sergi Ödülü

çeşitliliğin içinde kendimize en uygun toplantılara katılmaya çalışıyoruz.

Katıldığımızda toplantılarda gözle görünür bir düzeneğin işlediğini, en az aksamayla-gecikmeyle çoğunlukla programın aktığını, hele büyük katılımlı kongrelerde eğitim programı içeriği yanı sıra sosyal etkinliklerin de en ince ayrıntısına kadar planlandığını gözluyoruz. Çeşitli salonlardaki konferanslar yanı sıra sosyal – politik konularda gerçekleştirilen kimi paneller de yoğun ilgi ile karşılanıyor.

Özellikle bizim kongrelerimizde birinci basamakta hizmet sunan bir pratisyen hekimin gereksinimlerine uygun bir program oluşturmak için çok yoğun bir çaba gösteriliyor. Bilimsel içerik bir yana alanımıza sahip çıkmak için, geleceğimize ışık tutacak tartışmaların yapıldığı kararların alınıp tutumların geliştirildiği oturumlar düzenleniyor. Bu kongrelerde bir araya gelmenin başardıklarımızı anımsamanın daha iyisini, daha gelişkinini yapmak için hepimize güç verdiğini kongrelerden ayrılırken hissediyoruz.

Bu yıl yine birbirimizden enerji alacağımız deneyimlerimizi paylaşacağımız bir kongre hazırlamak için Pratisyen Hekimlik Derneği, TTB Genel Pratisyenlik Enstitüsü ve TTB Pratisyen Hekimlik Kolu birlikte çalışmalarını sürdürüyor. Bilimsel Düzenleme Kurulu geçmiş yıllardaki deneyimlerine ek olarak sizlerden gelen eleştirileri, beklentileri gözetererek hiçbir ayrıntıyı gözardı etmeden siz değerli meslektaşlarımıza yaraşır nitelikte bir kongre hazırlıyorlar.

Sizlerin kongremize katılmanız çok önemli. Ülkemizin dört bir yanından gelen meslektaşlarımızın çalışmalarını sözel ya da poster sunumlarıyla paylaşmaları geleceğe ilişkin umudumuzu besliyor.

Şimdiden lütfen 13. Pratisyen Hekimlik Kongresi'ni not alın yılda bir kez düzenlenen kongremizden ne kendinizi yoksun bırakın ne de sizin zenginliğinizden bizleri mahrum bırakın.

Bir tıklama kadar kongremiz yakın size www.pratisyen2008.org (13. Pratisyen Hekimlik Kongresi 29 Ekim - 2 Kasım 2008, Antalya) Lütfen kongrede ele alınmasını istediğiniz konu başlıklarını iletin.

Bilimsel ve dostça kalın...



Dr. Hasibe Kadioğlu*, Dr. Ayşe Yıldız**, Msc. Nadire Ercan***, Dr. Ayşe Ergun**

Öz

Amaç: Bu çalışma bir üniversite kampusunda üniversite öğrencilerinin cinsel tutumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Çalışma 20.02.2006–03.03.2006 tarihleri arasında bir üniversite kampusunda bulunan fakülte ve yüksekokullarda tanımlayıcı türde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini bu okullarda öğrenim gören öğrenciler oluşturmuştur (kız= 334, erkek= 867, toplam= 1201). Örneklem seçimi yapılmamış olup çalışmaya gönüllü katılmayı kabul edenler ile çalışma tamamlanmıştır (n=723). Veriler, araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan anket formu ile toplanmış, bilgisayar ortamında, tanımlayıcı istatistikler ve ki-kare analizi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 21.28'dir. Yüzde 63'ü erkek, yüzde 37'si kızdır. Cinsellikle ilgili bilgiyi yüzde 77'sinin arkadaş, yüzde 73'ünün Medya, yüzde 49'unun kitaplar, yüzde 42'sinin internet, yüzde 35'inin okul ve yüzde 33'ünün aileden aldıkları belirlenmiştir. Yüzde 31'inin cinsel ilişki deneyimi olduğu, ortalama cinsel ilişkiye başlama yaşının ise 18 olduğu bulunmuştur.

Çalışmaya katılan gençlerin yüzde 71'inin gençlere cinsellik hakkında çok fazla bilgi verilmediğini, yüzde 78'inin cinsel eğitimin aile ile sınırlandırılmaması gerektiğini, yüzde 83'ünün cinsel eğitimin yalnızca evliliğe hazırlananlarla sınırlı kalmaması gerektiğini, yüzde 40'ünün evlilik öncesi cinsel ilişkinin sosyal düzeni bozduğunu ve yüzde 39'unun evlilik dışı cinsel ilişkinin asla affedilemez olduğunu düşündükleri bulunmuştur.

Sonuç: Üniversite gençleri cinsellikle ilgili genellikle olumlu tutum gösterirken olumsuz tutum gösterenlerde bulunmaktadır. Olumlu tutumların korunması ve olumsuzların düzeltilmesi için gençlerimizin cinsel eğitime gereksinimleri vardır.

Anahtar Sözcükler: Cinsellik, üniversite öğrencisi, cinsel eğitim, cinsel tutum.

Giriş

Cinsellik, insanın mutluluk, başarı ve ilişkilerini derinden etkileyen bir hayat gerçeğidir. Sağlıklı cinsellik birey, aile ve toplumun güçlü olmasında önemli etmenlerden biridir (1).

Cinsel Yönden Sağlıklı bir yetişkin: İnsan gelişiminde, kendi vücudunun değerini bilir,

Abstract

Aim: The aim of the study was identifying the sexual attitudes of university students in a university campus.

Method: This descriptive study was carried out in faculties and colleges in a university campus between February 20, 2006 and March 03, 2006. The universe of the research consisted of students studying at these schools (female=334, male=867, total=1201). No sampling was performed; all students willing to participate in the study were included (n=723). Data collection was performed via a questionnaire prepared by the researchers in accordance with the literature. Data were evaluated via computers using descriptive statistics and chi-square analysis.

Results: The mean age of the participating students was 21.28. Of the students, 63 percent were males and 37 percent were females. Source of sexual information was friends for 77 percent, media for 73 percent, books for 49 percent, the Internet for 42 percent, school for 35 percent and families for 33 percent. 31 percent of them have had sexual experience, and the mean age of first sexual experience was eighteen.

Of the students that partook in the study, 71 percent thought that they were not provided with sufficient information regarding sexuality, 78 percent believed that sexual education should be limited with that given by families, 83 percent expressed that sexual education should not be limited only to those who are about to get married, 40 percent stated that antenuptial intercourse violates social order and 39 percent asserted that adultery is unacceptable.

Conclusion: University students, in general, had a positive attitude towards sexuality. However, those with a negative attitude did exist. Young people of our country need to be educated on sexuality in order to maintain the positive attitude and to improve negative attitudes.

Key words: Sexuality, University students, sex education, sexual attitude

gerektiğinde üreme hakkında daha fazla bilgi arar, insan gelişiminin cinsel gelişimi de kapsadığını bilir, her iki cinsiyetle de saygılı ve uygun yollarla etkileşir, kendi cinsel yönelimini bilir ve başkalarınınkine de saygı gösterir (2).

İlişkilerinde; Aileyi değerli bir destek olarak görür, sevgisini ve dostluğunu uygun yollarla

*Arş. Gör.; Marmara Ü. H.Y. Halk Sağlığı Hemşireliği AD, İstanbul

** Yrd. Doç.; Marmara Ü. H.Y. Halk Sağlığı Hemşireliği AD, İstanbul

*** Uzm. Hem.; Marmara Ü. H.Y. Halk Sağlığı Hemşireliği AD, İstanbul

gösterir, anlamlı ilişkiler geliştirir ve sürdürür, kullanmaya dayalı ilişkilerden uzak durur, aile ilişkilerinde ve işlerinde bilinçli seçimler yapar, kişisel ilişkilerini artıracak yetiler gösterir, aile, kişilerarası ilişkiler ve ahlak kurallarıyla ilgili fikirlerin kültürel geçmişe dayandığını bilir (2).

Kişisel becerilerinde; Kendi değerlerine göre yaşar, kendi davranışlarının sorumluluğunu taşır, sonuç verici kararlar almaya çalışır, aileyle ve yaşlılarıyla etkili ilişkiler kurar (2).

Cinsel davranışlarında; Cinsel kimliğinden zevk alır ve kendini ifade eder, cinselliğini değerlerine uygun biçimde ifade eder, cinsel hislerinden rol yapmadan zevk alır, yaşamın güzelliğini artıran cinsel davranışlarla zararlı olanları ayırt eder, kendi cinselliğini başkalarına saygısızlık etmeden ifade eder, cinselliğini artırmak için bilgiler arar, ortak anlaşmaya dayalı, istismar içermeyen, dürüst, zevk veren ve korunmalı cinsel ilişkilerde bulunur (2).

Cinsel sağlığında; İstenmeyen hamilelikleri engellemek için doğum kontrolü kullanır, cinsel tacizi engeller, istenmeyen hamilelikle uğraşırken tutarlı davranır, erken doğum öncesi bakım arar, cinsel yollarla bulaşan bir hastalığı iletmeyi ya da almayı engeller, sağlıklı geliştirici davranışları gösterir (2).

Toplum ve kültürde; Değişik cinsel değerleri olanlara saygı gösterir, cinsel sorunlarla ilgili yasaları etkilemek için demokratik görevlerini yapar, ailesel, kültürel, dinsel ve toplumsal mesajların cinsellik üzerindeki etkilerini bilir, insanların doğru cinsel bilgiler alma haklarını geliştirmelerine yardımcı olur, önyargı ve bağınazlık içeren davranışlardan kaçınır, başkalarını cinsellik konusunda eğitir (2). Ülkemizde cinsellik, üzerinde en az konuşulan ve yazılan ancak en çok düşünülen ve endişe duyulan bir konu haline gelmiştir. Buna bağlı olarak da gençlerimiz güvenilir bilgi edinebilme olanağından ve sağlıklı davranabilme becerisinden yoksun kalmışlardır (3).

Cinsellik üreme sağlığını etkileyen en önemli etmenlerden biridir. Üreme sağlığı insanların doyurucu ve güvenli bir cinsel yaşama ve üreme yeteneğine bu yeteneği kullanıp kullanmamaya, kullanma zamanı ile sıklığına karar verebilme özgürlüğüne sahip olmaları demektir (3).

Gençlerin, cinsel eğitim olanaklarından yoksun olması birçok riskli davranış ve üreme sağlığı sorununun ortaya çıkmasına yol açmaktadır. İstanbul'da lise 2. sınıf öğrencileri

arasında yapılan bir çalışmanın sonucunda da ilk cinsel ilişki yaşınının 13 yaşın altına düştüğü, cinsel ilişki deneyiminin erkeklerde yüzde 34,5, kızlarda yüzde 4,4 olduğu ve yalnızca yüzde 10,72'sinin kondom kullandığı bulunmuştur. (4).

Gençlerin cinsel sağlık/üreme sağlığı yönünden sağlıklı bir yetişkin olmaları için aktif cinsel yaşama başlamadan cinsellikle ilgili tüm bilgileri almaları ve olumlu tutum geliştirmeleri gereklidir (1,2,3). Gençlerin cinsel sağlık/üreme sağlığı konularında doğru bilgilenmeleri ve olumlu tutum geliştirebilmeleri ise yalnızca uygun cinsel eğitimle sağlanabilir (1,2,3). Bu çalışma bir üniversite kampusunda, gençlerinin cinsellik ve cinsel eğitimle ilgili görüşlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışma 20.02.2006–03.03.2006 tarihleri arasında bir üniversite kampusunda bulunan Orman Fakültesi, Teknik Eğitim Fakültesi ve Sağlık Yüksekokul'larında tanımlayıcı türde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini bu okullarda öğrenim gören öğrenciler oluşturmuştur (kız= 334, erkek= 867, toplam= 1201). Örneklem seçimi yapılmamış olup çalışmaya gönüllü katılmayı kabul edenler ile çalışma tamamlanmıştır (kız=266, erkek=457, toplam=723). Çalışmanın yapıldığı üniversitenin fakülte ve yüksekokul yöneticilerinden gerekli izinler alınmıştır. Tıp Fakültesi yönetimi izin vermediği için kampüste olmasına karşın çalışmaya alınamamıştır.

Veriler, araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan, bireylerin sosyo-demografik verilerini, cinsel bilgi kaynaklarını, ilk cinsel ilişki deneyimini ve cinsel tutumlarını belirlemeye yönelik sorulardan oluşan anket formu ile toplanmıştır (1,2,3). Veriler, sınıf ortamında araştırmacı gözetiminde dersin hocasından ve öğrencilerden izin alındıktan sonra toplanmıştır.

Veriler bilgisayar ortamında, tanımlayıcı istatistikler ve X² analizi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular

Demografik Özellikler

Kız öğrencilerin yüzde 80'i, erkek öğrencilerin yüzde 53'ü çalışmaya katılmıştır. Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş ortalamasının 21.28, yüzde 63'ünün erkek, yüzde 37'sinin kız olduğu, yüzde 47'sinin

arkadaşları ile birlikte, yüzde 44'ünün yurtta ve yüzde 7'sinin ailesiyle kaldığı bulunmuştur.

arkadaş, yüzde 73 medya, yüzde 49 kitaplar, yüzde 42 internet, yüzde 35 okul ve yüzde 33 oranında aileden aldıkları bulunmuştur.

Cinsellikle İlgili Bilgileri

Öğrencilerin yüzde 61'i cinsellikle ilgili bilgilerinin biraz yeterli bulunduğunu, yüzde 20'si çok yeterli bulunduğunu, yüzde 10'u yeterli bulmadığını, yüzde 9'u ise kararsız olduğunu ifade etmiştir.

Cinsel Bilgi Edindikleri Kaynaklar

Öğrencilerin cinsellikle ilgili bilgiyi yüzde 77

Cinsel İlişki Deneyimi

Gençlerin yüzde 31'inin cinsel ilişki deneyimi olduğu, cinsel ilişki deneyiminin kızlarda yüzde 5 erkeklerde yüzde 46 olduğu ve iki cinsiyet arasında istatistiksel olarak fark olduğu, ortalama cinsel ilişkiye başlama yaşının ise $18,15 \pm 2,17$ olduğu bulunmuştur (Tablo 1).

Tablo 1. Cinsiyete göre cinsel ilişki deneyimi

Cinsiyet	Cinsel ilişki deneyimli olanlar		Cinsel ilişki deneyimli olmayanlar		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Kız	12	5	254	95	266	100
Erkek	209	46	248	54	457	100

Tablo 2. Gençlerin cinsiyete göre cinsellikle ilgili görüşleri

İfadeler		Kız	Erkek	X ²	Toplam
		n=266 %	n=457 %	p %	n=723 %
Cinsel özgürlükteki artışın aile yapısına zarar verdiğini düşünüyorum	Katılmıyorum	18	21	X ² =1.26 P=0.532	20
	Kararsızım	13	11		12
	Katılıyorum	69	68		69
Gençlere cinsellik hakkında çok fazla bilgi verildiğini düşünüyorum	Katılmıyorum	74	69	X ² =2.67 P=0.263	71
	Kararsızım	14	17		16
	Katılıyorum	12	14		13
Cinsel eğitim aile ile sınırlanmalıdır	Katılmıyorum	83	75	X ² =7.23 P=0.027	78
	Kararsızım	8	9		8
	Katılıyorum	9	16		14
Cinsel eğitim yalnızca evliliğe hazırlananlara verilmelidir	Katılmıyorum	84	82	X ² =0.46 P=0.793	83
	Kararsızım	7	7		7
	Katılıyorum	9	11		10
Evlilik öncesi cinsel ilişki sosyal düzenin bozulduğunun bir göstergesidir.	Katılmıyorum	28	39	X ² =8.88 P=0.120	35
	Kararsızım	20	17		18
	Katılıyorum	52	44		47
Evlilik dışı cinsel ilişki asla affedilemez	Katılmıyorum	44	38	X ² =3.47 P=0.17	40
	Kararsızım	21	20		21
	Katılıyorum	35	42		39
Cinsel ilişkide en uygun yol vajinal birleşmedir	Katılmıyorum	12	15	X ² =15.81 p<.000	14
	Kararsızım	32	19		23
	Katılıyorum	56	66		63
Eşcinsellere çok fazla toplumsal onay verildiğini düşünüyorum	Katılmıyorum	47	31	X ² =26.20 p<.000	37
	Kararsızım	29	28		28
	Katılıyorum	24	41		35
Mastürbasyon yapılmamalıdır	Katılmıyorum	40	64	X ² =52.52 p<.000	56
	Kararsızım	45	20		29
	Katılıyorum	15	16		15

Cinsellikle İlgili Görüşleri

Öğrencilerin cinsellikle ilgili tutumlarını belirlemeye yönelik sorulara verdikleri cevaplar incelendiğinde (Tablo 2);

"Cinsel özgürlükteki artışın Türk aile yapısına zarar verdiğini düşünüyorum" ifadesine öğrencilerin büyük çoğunluğu katılmış ve cinsiyete göre gruplar arasında fark olmadığı belirlenmiştir.

"Gençlere cinsellik hakkında çok fazla bilgi verildiğini düşünüyorum" ve "Cinsel eğitim yalnızca evliliğe hazırlananlara verilmelidir" fikirlerine öğrencilerin büyük oranda katılmadıkları ve her iki cins arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur.

"Cinsel eğitim aile ile sınırlanmalıdır" fikrine 78 oranında katılmadıkları ve kızların katılmama oranının erkeklerden daha çok olduğu bulunmuştur.

"Evlilik öncesi cinsel ilişki sosyal düzenin bozulduğunun bir göstergesidir" fikrine yüzde 47 oranında katıldıkları, her iki cins arasında istatistiksel olarak fark olmadığı bulunmuştur.

"Evlilik dışı cinsel ilişki asla affedilemez" fikrine yüzde 40 oranında katılmadıkları, yüzde 39 oranında katıldıkları ve yüzde 20 oranında kararsız kaldıkları her iki cins arasında istatistiksel olarak fark olmadığı bulunmuştur.

"Cinsel ilişkide en uygun yol vajinal birleşmedir" fikrine yüzde 63 oranında katıldıkları ve erkeklerin bu fikre katılma oranı kızlara göre daha yüksek bulunmuştur.

"Eşcinsellere çok fazla toplumsal onay verildiğini düşünüyorum" fikrine yüzde 37 oranında katılmadıkları ve erkeklerin kızlara göre bu fikre daha çok katıldıkları bulunmuştur.

"Mastürbasyon yapılmamalıdır" fikrine yüzde 56 oranında katılmadıkları ve yüzde 29 oranında kararsız oldukları ve erkeklerin kızlara göre bu fikre katılmama oranının daha yüksek olduğu, kızların ise erkeklere göre daha kararsız olduğu bulunmuştur.

Tartışma

Öğrencilerin çoğunun cinsellikle ilgili bilgisini biraz yeterli bulması, üniversite çağında bile gençlerimize bu bilgilerin sağlanamadığını göstermektedir. Oysa bu çağdaki gençlerin tüm cinsel bilgilere sahip olmaları beklenir (2).

Öğrencilerin büyük çoğunluğu cinsellikle ilgili bilgiyi aile dışı kaynaklardan almaktadırlar. Orçin ve ark.'ları (5) da çalışmalarında

gençlerin cinsel bilgiyi aile dışı kaynaklardan aldıklarını bulmuşlardır.

Günümüzde cinsel eğitimin ailede başlayıp okul ile birlikte devam etmesi en kabul gören görüştür (1,2,3). Oysa ebeveynlerin çocukları ile bu konuları konuşmadaki tedirginliği ve cinselliğin okul müfredat programına da bir türlü konulamaması gençleri kendilerini en çok etkileyen arkadaş, medya, kitaplar ve internette bu bilgileri edinmeye itmiştir (1). Tabii ki bu kaynaklar bilgi almak için uygun kaynaklardır ancak her zaman doğru bilgiyi vermeyebilirler. Yanlış bilgiye sahip bir arkadaş, doğru bildiğini sandığı yanlış bilgileri arkadaşına aktarabilir. Literatürde de arkadaş baskısının bilgi, tutum ve davranış oluşmasında etkili olduğu belirtilmektedir (6). Medya iyi kullanıldığında etkili bir cinsel eğitim aracıdır. Ancak günümüzde medyanın daha çok izlenmek, daha çok satış yapmak için cinselliği tahrik eden, cinsel özgürlüğü özendirilen, ahlaki prensiplerle uyuşmayan yayınlar yapması medyayı yarar sağlayandan çok zarar verici konuma getirmiştir (1).

Ortalama cinsel ilişkiye başlama yaşınının 18 civarında bulunması, lise döneminde cinsel yönden aktif olmaya başladıklarını düşündürmektedir. Bertan ve ark.'ları (7) da 8 üniversitede birinci sınıf öğrencilerinin adolesan dönemi konusundaki bilgi ve yaşam tarzlarının belirlenmesi araştırmalarında cinsel ilişkiye başlama yaşını ortalama 16,9 olarak bulmuşlardır. Aras ve ark. ları (8) ise çalışmalarında lise öğrencileri arasında cinsel ilişki deneyimini erkeklerde yüzde 56, kızlarda yüzde 5,1 olarak bulmuşlardır. Filiz ve ark.'ları (9) ise çoğunluğu erkeklerden oluşan denizcilik yüksekokulu öğrencileri arasında cinsel ilişki deneyimini yüzde 63,7 olarak bulmuşlardır. Zira ülkemizde cinsel ilişki deneyimi erkeklerde kızlardan çok daha fazla görülmektedir. Ülkemizdeki çalışmalar benzer sonuçlar verirken Dünya'da ülkeler arasında farklılık göstermektedir. Gupta ve ark.'larının (10) çalışmasına göre 18-24 yaş arası gençlerde aktif cinsel yaşam oranı Burkina'da yüzde 69, Gana'da yüzde 68, Kenya'da yüzde 68, Mali'de yüzde 82, Senegal'de yüzde 52, Tanzanya'da yüzde 65, Zimbabve'de yüzde 43'tür. Haggström (11) ise bu oranı İsveç'te yüzde 46 olarak bulmuştur. Haggström aynı çalışmasında ortalama cinsel ilişkiye başlama yaşını 15 olarak belirtmiştir.

Gençlerin kendilerine cinsellik hakkında çok fazla bilgi verilmediğini düşünmeleri cinsel eğitimin yetersizliğini gösteren bir örnek olarak değerlendirilebilir.

Gençlerin cinsel eğitimin aile ile sınırlanması fikrine katılmamaları olumlu bir gelişme olarak değerlendirilmiştir. Günümüzde cinsel eğitimin verilmesi gereken yerle ilgili kabul gören görüş, cinsel eğitimin ailede başlayıp okulla devam etmesi yönündedir (1,2,3).

Geleceğin anne-babaları olması beklenen üniversite gençlerinin cinsel eğitimin yalnızca evliliğe hazırlananlara verilmesi fikrine katılmamaları olumlu bir gelişme olarak değerlendirilmiştir. Aslında üniversite gençleri için beklenen tamamına yakın bölümünün olumlu düşünmesidir. Üniversite gençlerinin yüzde 10 oranında bile olsa cinsel eğitimin yalnızca evliliğe hazırlananlara verilmesi gerektiğini düşünmesi de üzücü bir gerçek olarak karşımıza çıkmaktadır.

Dünyanın birçok ülkesinde cinsel eğitimin gerekliliği tartışılmazken ülkemizde zaman zaman tartışılarak, "Binlerce yıldır insanlar cinsel eğitim almadan da cinselliklerini yaşamışlardır", "Gençlere verilecek cinsel eğitim, tahrike ve uygunsuz davranışlara neden olur", "Cinsel eğitim toplumun değer yargılarına zarar verir", "Gençlere prezervatif ya da doğum kontrol ilaçları önermek evlilik öncesi cinsel ilişkiye izin anlamındadır", "Cinsellik ne kadar çok konuşulursa o kadar çok sorun ortaya çıkar" gibi kaygı ve bahanelerle cinsel eğitimin sınırlandırılması gerekliliği savunulmaktadır (1).

Gençlerin yaklaşık yarısı evlilik öncesi cinsel ilişkinin sosyal düzeni bozduğunu düşünmektedir. Erbil ve Top (12)'da çalışmalarında gençlerin yüzde 68,5'inin evlilik öncesi cinsel ilişki yaşanmasına karşı olduklarını bulmuşlardır. Günümüzde evlilik öncesi cinsel ilişki deneyimi erkekler için toplumsal onay görünürken, kızlar için töre cinayetlerine varan bir toplumsal tepkiye neden olmaktadır.

Evlilik dışı ilişkinin kabul görmemesi ve tek eşlilik cinsel eğitimin hedeflerindedir (2). Bu bağlamda gençlerin yüzde 39 oranında evlilik dışı ilişkiyi affedilemez görmesi olumlu, yüzde 40 olarak bu fikre katılmaması ise olumsuz bir bulgu olarak kabul edilmiştir.

Gençlerin çoğunluğunun cinsel ilişkide en uygun yolun vajinal birleşme olduğunu düşünmeleri toplumumuzda yaygın olan "vajinal ilişki dışındaki ilişkiler anormal ve

iğrençtir" görüşü ile örtüşmektedir. Oysa iki kişi arasında kendi rızası ile yaşanan bütünü cinsel ilişki türleri normal olarak kabul edilmelidir (2, 3).

Bu çalışmada gençlerin yüzde 35 oranında eşcinsellere çok fazla toplumsal onay verildiği fikrine katılmaları onların eşcinsellere ayrımcılık uygulanması fikrinde olduklarının bir göstergesi olarak kabul edilebilir. Güney'de (12) çalışmasında öğrencilerin eşcinselliğe yönelik inançlarının olumsuz olduğunu saptamıştır. Aras ve ark.'ları (8) ise lise öğrencilerinin yüzde 73 oranında eşcinselliği olumsuz karşıladıklarını bulmuşlardır. Eşcinsellik çok eski dönemlerden beri var olan var olmasına karşın hemen hemen tüm toplum ve dinler tarafından onay görmeyen bir cinsel yönelimdir (1,2). Toplumsal onay verilmediği için eşcinsel insanlar dışlanmış, suçlanmış ve aşağılanmışlardır (3). Oysa bilim henüz eşcinselliğin nedenini net olarak ispatlayamamıştır (2). İnsan hakları ve özgürlükleri kapsamında bakıldığında kişinin cinsel yönelimi nedeniyle dışlanması ve aşağılanması kabul edilemez olarak görülmektedir. Çünkü herkesin cinselliği kendi cinsel yönelimi doğrultusunda yaşamaya hakkı vardır (2). Dolayısı ile eşcinsellik de normal cinsel yönelim olarak kabul edilmeli ve eşcinsel insanlar sırf cinsel yönelimlerinden dolayı ayrımcılığa uğramamalıdır.

Öğrencilerin, mastürbasyon yapılmamalıdır fikrine çoğunlukla katılmamaları olumlu değerlendirilirken erkeklerin bu fikre kızlardan daha yüksek oranda katılmamaları erkeklerin kızlara oranla mastürbasyon yapılmasına daha sıcak baktıkları sonucunu ortaya çıkartabilir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada da lise 2. sınıf öğrencilerinin yüzde 44,7'sinin mastürbasyon yapmadıkları bulunmuştur (4). Bertan ve ark.'ları (7) ise çalışmalarında kızların yüzde 12,1'nin, erkeklerin yüzde 20,8'inin mastürbasyonun sağlığı olumsuz etkilediğini düşündüklerini bulmuşlardır. Yirminci yüzyılın başına kadar mastürbasyonun çok zararlı olduğuna, insanları zayıf düşürerek birçok bedensel ve ruhsal hastalıklara, iktidarsızlığa, bunamaya ve delirmeye yol açabileceğine inanılırdı (1). Oysa günümüzde kabul gören görüş mastürbasyonun zararsız ve faydalı olduğu şeklindedir (1,2). Kendi kendini uyararak orgazm duygusunu yaşamak, bazen bir zevk, bazen cinsel gerilimi azaltmaya yönelik yaygın bir uygulamadır. Gençler

ergenlikten sonra evlenene kadar ki dönemde cinsel arzularını ya baskılamak zorundadırlar ya da cinsel ilişkiyle ya da mastürbasyonla gidermek durumundadırlar. Cinsel arzuların baskılanması kolay bir iş değildir. Karşı cinsle birlikte olma olasılığı yoksa ya da evlilik öncesi ilişkiden kaçınılıyorsa, gencin önünde yalnızca mastürbasyon, seçenek olarak kalmaktadır (1).

Sonuç ve Öneriler

Sonuç olarak çalışmaya katılan üniversite gençlerinin;

- Çoğunluğu cinsellikle ilgili bilgisini biraz yeterli buluyor.
- Cinsellikle ilgili bilgiyi daha çok arkadaş, medya, kitaplar ve internetten ediniyor.
- Yüzde 31'inin cinsel ilişki deneyimi var ve bu oran kızlarda yüzde 5, erkeklerde yüzde 69.

- Büyük çoğunluğu cinsel özgürlükteki artışın Türk aile yapısına zarar verdiğini, gençlere cinsellik hakkında çok fazla bilgi verilmediğini, cinsel eğitimin aile ve yalnızca evliliğe hazırlananlar ile sınırlandırılmaması gerektiğini, en uygun cinsel birleşme yolunun vajinal birleşme olduğunu düşünüyor.

- Yarısına yakını evlilik öncesi cinsel ilişkisinin sosyal düzeni bozduğunu düşünüyor.

- Yüzde 39'u evlilik dışı cinsel ilişkiyi asla affedilemez buluyor.

- Yüzde 35'i eşcinsellere çok fazla toplumsal onay verildiğini düşünüyor.

- Yüzde 15'i mastürbasyonun yapılmaması gerektiğini düşünüyor, yüzde 29'u kararsız, yüzde 56'sı ise bu fikre karşı.

Çalışma sonuçları üniversite gençlerinin cinsellikle ilgili tutumlarının genellikle olumlu olduğunu, ancak olumsuz tutum gösterenlerin de bulunduğunu belirtmektedir. Sonuçlar doğrultusunda;

Cinsel eğitimin çocukluk dönemlerinden başlanarak yapılması, gençlerin olumlu tutumların korunması ve olumsuzların düzeltilmesi için üniversitelerin mediko sosyal merkezlerinde cinsel sağlık/üreme sağlığı eğitim ve danışmanlığı hizmetlerinin verilmesi ve bu hizmetlerin verilmesinde öğrenciler tarafından birincil bilgi kaynağı olarak belirtilen akranlardan yararlanılması önerilebilir.

Kaynaklar

- 1- Taşçı Aİ.: Cinsel Eğitim. 3. Baskı. İstanbul: İz yayıncılık; 2003. s.5.
- 2- SIECUS. Guideline for Comprehensive Sexuality Education. 2. Ed. New York: National Guidelines Task Force, Sex Information and Education Council of US, 1996.
- 3- Fincancıoğlu N, Bulut A : Cinsel Sağlık Eğitimi. 2. baskı İstanbul: İKGV yayını; 2002.
- 4- Ögel K, Eke CY, Erdoğan N, Taner S, Erol B: İstanbul'da Gençler Arasında Cinsellik Araştırması Raporu. Yeniden yayın no:16, İstanbul 2005.
- 5- Orçin E, Aras Ş, Açıık R.: Üniversiteli gençlerin cinsel tutum ve davranışları. Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi 2003; 17(3): 169-174.
- 6- Dale HS.: Peer Modeling. İn: Topping K, Ehly S, ed. Peer Assisted Learning. London: Lawrence Erlbaum Associates; 1998. p. 185-201.
- 7- Bertan M, Özcebe H, Doğan BG, Haznedaroğlu D, Kırçaloğlu N, Bülbül SH: Üniversite birinci sınıf öğrencilerinin adölesan dönemi konusundaki bilgi ve yaşam tarzlarının belirlenmesi araştırması. Uluslararası Katılımlı "Genç Dostu CS/ÜS Hizmetleri" Sempozyumu; 2006,Ankara.
- 8- Aras Ş, Şemin S, Günay T, Orçin E, Özen S.: Lise öğrencilerinin cinsel tutum ve davranış özellikleri. Türk Pediatri Arşivi 2005; 40: 72-82
- 9- Filiz TM, Topallı R, Topsever P, Görpelioğlu S: Karamürsel Denizcilik Yüksekokulu Son Sınıf Öğrencilerinin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Hakkında Bilgileri, Tutumları Ve Cinsel Davranışları. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi 2004;24(4):345-349.
- 10-Gupta N, Mahy M: Sexual initiation among adolescent girls and boys: trends and differentials in Sub-Saharan Africa. Archives of Sexual Behavior 2003; 32(1):41-53.
- 11-Haggstrom-Nordin E, Hanson U, Tyden T: Sex Behavior Among High School Students in Sweden: Improvement in Contraceptive Use Over Time. Journal of Adolescent Health 2002;30:288-295.
- 12-Erbil N, Top F: Üniversite Öğrencilerinin Cinsellik Bilgi, Tutum ve Davranışları. 4. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kitabı 2005.
- 13-Güney, N., Kargı, E., Çorbacı, A.: Üniversite Öğrencilerinin Eşcinsellik Konusundaki Görüşlerinin İncelenmesi. HIV AIDS Dergisi. 2004;7(4):131-137.

İletişim: Dr. Hasibe Kadioğlu

E-posta: hasibek@gmail.com



Dr. Orhan Odabaşı*

Öz

Menopoz ile çeşitli psikiyatrik belirtilerin ilişkisi tartışmalıdır. Bu çalışmada, menopoz ile depresyon düzeyinin ilişkisi ve bu ilişkiye menopoz etiyojolojisinin etkisi araştırılmıştır.

Bu amaçla, SB Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Menopoz Polikliniği'ne kontrol amacı ile başvuran, cerrahi yoldan menopoza girmiş olgular ile doğal yoldan menopoza girmiş kadınlar araştırma kapsamına alındı. Depresyon düzeyi Beck Depresyon Ölçeği ile belirlendi.

Olgu grupları arasında sosyodemografik özellikler bakımından fark bulunmadı.

Araştırmamızda, menopoz ile depresyon düzeyi arasında menopoza giriş biçimine bağlı bir ilişki olmadığı sonucuna varıldı.

Sonuç olarak menopozal dönemde kadın psikolojisinde değişikliklerin düzeyini etkileyen pek çok etmen sayılabilir. Yayınlarda menopoza giriş biçimi kadar, olgunun yaşı, almış olduğu eğitim ve dolayısıyla buna bağlı ekonomik bağımlılığı, cinsel yaşamı, doğurganlık sayısı, bu süreçte karşılaştığı düşük, küretaj benzeri kadını etkileyecek olayların etkinliği belirtilmektedir.

Menopoz tanısını koymakta bir ölçüt olarak aldığımız FSH düzeylerinin, depresyonla ilişkisi olduğuna ilişkin yayınlar olmakla birlikte bizim çalışmamızda anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Menopoz öncesi yakın izlem, sürecin, beklenen bedensel değişikliklerin ve gerekli önlemlerin gerekçeleriyle paylaşılarak alınması, gerçekte kadın yaşamında diğer dönemlerden daha çok önemli ve sorunlu olmayan bu dönemin sağlıklı yaşanması için atılacak ilk adımdır.

Anahtar sözcükler: Depresyon, menopoz, cerrahi depresyon.

Giriş ve Amaç

Kadınlarda her yaşta depresyon sıklığı erkeklerden fazladır. Yaşam boyu endojen depresyon kadınlarda erkeklerden iki kat sık görülmektedir. Yaşlılarda depresyon önemli bir halk sağlığı sorunu olduğundan menopozla depresyon arasındaki ilişki de son derece önemlidir (1).

Yapılan pek çok çalışmaya karşın menopoz döneminde ortaya çıkan durumun, psikiyatrik bir durum olarak depresyon mu, yoksa depressif belirtilerin daha fazla ortaya

Abstract

The relationship between menopause and various psychiatric symptoms is controversial. In this study, the relationship between menopause and the level of depression and the effect of the etiology of menopause on this relationship have been investigated.

For this purpose, the women with surgical menopause and the others experiencing natural menopause who had applied to Menopause Polyclinic of Ministry of Health, Ankara Education and Research Hospital Gynecology and Obstetrics Clinic for control examination have been covered by the investigation. The level of depression has been assessed by using Beck Depression Inventory.

There have been no differences regarding the sociodemographic characteristics between the case groups.

Based on the results of our study, it was concluded that there is no relationship between menopause and the level of depression depending the type of the onset of menopause.

As a result, there are many factors affecting the level of the changes in female psychology in menopausal period. The influence of factors such as age, level of education and economic dependency, sexual life, number of births, events like abortion, curettage which can affect the woman has been pointed out in the publications.

Although there are some publications mentioning the relationship between the FSH levels, which are the criteria to diagnose of menopause, and depression, no significant difference has been found in our study.

Close inspection in premenopausal period is the primary step in order to share the expected physical changes, to determine necessary preventive methods by discussing the reasons together, to live healthy in this period, which is actually not more important or more problematic than the other periods of woman life.

Key words: Depression, menopause, surgical menopause.

çıkmasıyla biçimlenen psikofizyolojik bir olay mı olduğu tartışmalıdır.

Bu çalışmada menopozda depresyon sıklığı; menopozun cerrahi olarak geliştiği grupla doğal olarak gerçekleştiği grup arasında depresyon görülme sıklıklarında bir fark olup olmadığı ve menopozda görülen depresyonun

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

diğer demografik ve sosyal parametrelerle olan korelasyonunun incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Çalışma Eylül 1999 ile Aralık 2000 tarihlerinde SB Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Menopoz Polikliniği'nde gerçekleştirilmiştir. 1995 ile 2000 yılları arasında polikliniğe başvuran, incelemeler sonrasında menopoz tanısı almış olgular arasında çalışma ölçütlerine uygun kesitsel, Olgu-Kontrol çalışması retrospektif olarak yapılmıştır. Çalışma 14 ay içerisinde tamamlanmıştır. Çalışma tarihleri arasında Menopoz Polikliniği'ne 1215 kişi başvurdu. Her bir başvuruya klinik menopoz protokolüne uygun olarak öykü alınıp fizik incelemeleri yapıldı. Hemogram, tam idrar incelemesi, açlık kan şekeri, total lipid, total kolesterol, HDL kolesterol, LDL kolesterol, VLDL kolesterol, trigliserid, elektrolitler, akciğer PA grafi, mamografi, kemik dansitometre incelemesi, karın ultrason inceleme ve olgu özelinin gereksindirdiği diğer incelemeler yapıldı. Sonrasında menopoz tanısı alan olgular için dosya hazırlandı.

Hazırlanan her dosyaya olgunun sosyoekonomik verilerinin toplandığı bir bilgi formu eklendi. Dosyası hazırlanan her olguya Menopoz Polikliniği'nde görev yapan psikolog tarafından Beck Depresyon Ölçeği uygulandı.

Doğal menopoz tanısı konulurken olgunun son adet tarihi bildirimini yanı sıra kan incelemelerinde SB Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Biyokimya-Klinik Biyokimya Hormon Laboratuvarı değerleri baz alındı.

Cerrahi menopoz tanısı konulurken olgunun geçirmiş olduğu ameliyatın epikrizi, kişinin epikriz raporu yoksa sözlü bildirimini temel alınıp protokol gereği alt karın ultrasound incelemesi yapıldı. Ultrason raporu yanı sıra, hormon değerleri de baz alınarak tanı doğrulandı.

Çalışma süresi içerisinde Menopoz Polikliniği'ne başvuran 1215 kişiden 965'ine Beck Depresyon Ölçeği uygulanmıştır. Doğal ya da cerrahi menopoz tanısı almış olguların bir bölümünün daha önce başka bir sağlık kuruluşunun izleminde olduğu, yapılan incelemeler sonrasında hormon replasman tedavisi ya da belirlenen depresyon nedeniyle antidepressan ilaç kullandığı saptandı. Bu durumdaki olgular çalışmadan çıkarıldı. Yine daha önceden belirlenmiş ve tedavisini

almakta olduğu en az bir kronik hastalığı (hipertansiyon, diyabet vb.) olanlar da çalışma dışı bırakıldı. Geriye kalan 341 olgunun 141'i cerrahi menopoz geri kalan 200'ü ise doğal menopoz olgularıydı. Doğal menopoz olgularının son adet tarihleri (kendi söylemleri geçerli sayıldı) ile Beck Depresyon Ölçeği'nin uygulandığı tarih arasında bir yıldan fazla zaman olan olgularla, yine cerrahi menopoz olgularında ameliyat tarihi ile Beck Depresyon Ölçeği'nin uygulanışı arasında bir yıldan fazla süre saptananlar çalışma dışı tutuldu.

Bu düzenlemeler sonrasında çalışma ölçütlerine uyan 98 doğal menopoz ile 38 cerrahi menopoz olgusu olmak üzere yaşları 25-68 arasında olan toplam 136 olgu ile çalışma gerçekleştirildi.

Çalışmada Beck Depresyon Ölçeği

Uygulanırken elde edilen test uygulama tarihi, yaş, eğitim durumu, adres, doğum yeri, medeni durum ve Beck Depresyon Ölçeği değer verileri yanı sıra, Menopoz Polikliniği dosyalarından taranarak elde edilen isim, yaş, polikliniğe başvuru tarihi, son adet tarihi, gravida, parite, düşük, küretaj sayıları, ameliyat olmuş ise tarihi ve hangi ameliyatı olduğu (histerektomi, tek ya da çift taraflı ooferektomi), hormon değerleri (prolaktin, FSH, LH, östrodiol) toplandı. Verilerin istatistiksel analizi SPSS 9,5 for Windows programında Ki-kare, Fisher kesin Ki-kare testi kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular

Tüm grubun yaş ortalaması 48.99, cerrahi menopoz grubu olgularının en küçüğü 25, en büyüğü 57 olmak üzere yaş ortalaması 47.29, doğal menopoz grubu olguları arasında en küçük yaş 36, en büyük yaş ise 68 olup yaş ortalaması 49.64 olarak bulundu. Grup genelinde yaş aralığı 25 ile 68 arasında idi. İki grubun yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($X^2=34.725$, $p>0.05$) (Tablo 1).

Medeni durum ile menopozun oluş biçimi değerlendirildiğinde doğal menopozlu olguların arasında %66.2 ile 90 olgunun evli olduğu, cerrahi olgular arasında ise %23.5 ile 32 olgunun evli olduğu belirlendi. Menopozun türü ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($X^2=5.239$, $p>0.05$).

Meslek ile menopoz oluş biçimi değerlendirildiğinde doğal menopozlu

		Doğal		Cerrahi	
		S	%	S	%
Medeni Durum	Bekar	0	0	1	0.7
	Evli	90	66.2	32	23.5
	Dul	7	5.1	5	3.6
	Boşanmış	1	0.7	0	0
Meslek	Ev Hanımı	79	58.1	35	25.7
	Memur	9	6.6	3	2.2
	İşçi	1	0.7	0	0
	Emekli	9	6.6	0	0
Eğitim Durumu	Okur Yazar Değil	17	12.5	9	6.6
	Okur Yazar	9	6.6	6	4.4
	İlkokul	43	31.6	15	11.1
	Ortaokul	13	9.6	1	0.7
	Lise	12	8.8	6	4.4
Yüksekokul	4	2.9	1	0.7	
Yaşadığı Yer	Ankara Merkez	49	36	12	10.3
	Ankara Varoş	28	20.6	15	11
	Ankara İlçeleri	12	8.8	5	3.7
	Diğer iller	9	6.6	3	2.9

olguların arasında %58.1 ile 79 olgunun ev hanımı olduğu, cerrahi olgular arasında ise %25.7 ile 35 olgunun ev hanımı olduğu belirlendi. Menopozun türü ile meslek arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($X^2=8.075$, $p>0.05$).

Eğitim durumu ile menopoz oluş biçimi değerlendirildiğinde doğal menopozlu olguların arasında %31.6 ile 43 olgunun ilkökul mezunu olduğu, cerrahi olgular arasında ise %11,1 ile 15 olgunun ilkökul mezunu ve ikinci sıklıkla %6.6 ile 9 olgunun okur yazar olmadığı belirlendi. Eğitim durumu ile menopozun türü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($X^2=15.599$, $p>0.05$).

Yaşanılan yer ile menopozun türü değerlendirildiğinde doğal menopozlu olguların arasında %36 ile 49 olgunun Ankara il merkezinde oturduğu, cerrahi olgular

arasında ise %11 ile 15 olgunun Ankara ilinin varoşlarında oturduğu yine %10.3 ile 12 kişinin Ankara ili merkezinde oturduğu belirlendi. Menopozun türü ile yaşam yeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($X^2=9.084$, $p>0.05$).

Menopozun oluş türü ile olguların medeni durumu, eğitim düzeyi, meslekleri ve yaşam yerleri arasında yapılan değerlendirmeler sonrasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmedi (Tablo 1).

Araştırmamızda cerrahi ya da doğal menopoz tanısı almış 136 olgunun 50'sinde (%36.8) depresyon eğilimi saptanmadı. Depresyon eğilimi saptanan 86 olgunun %69.8 oranında 60 olgu ile menopoz oluş biçimiyle doğal menopozluları. Menopoz oluş biçimi ile depresyon eğilimi değeri arasında istatistiksel olarak bir fark gözlenmedi ($X^2=2.089$, $p>0.05$) (Tablo 2).

Çalışmaya katılan olguların gebe kalma sayılarına göre doğal menopoz olgularından depresyon eğilimi saptanmamışlar içerisinde en fazla 24 olgu (%63.2) ile 5-8 kez gebe kalan kadınlarda görülürken, depresyon eğilimi olanlar içerisinde en fazla 33 kişi (%55) ile yine 5-8 kez gebe kalan kadınlardı. Diğer yandan çalışmaya katılan olguların gebe kalma sayılarına göre cerrahi menopoz olgularından depresyon eğilimi olanlar içerisinde en fazla 7 olgu (%58.3) ile 5-8 kez gebe kalan kadınlarda görülürken, depresyon eğilimi olanlar içerisinde en fazla 13 kişi (%50) ile 8 kezden daha çok gebe kalan kadınlarda görüldü. Gebe kalma sayısı ile menopoz türü, depresyon görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmedi (depresyon eğilimi olmayanlarda $X^2=1.201$, $p>0.05$, depresyon eğilimi olanlarda $X^2=0.787$, $p>0.05$).

Doğum sayılarına göre doğal menopoz olgularından depresyon eğilimi olmayan 38 olgu içerisinde en fazla 13 olgu (%34.2) ile 2 kez doğum yapmış kadınlarda saptanırken, depresyon eğilimi olan 60 olgu içerisinde en fazla 17 kişi (%28.3) ile yine 2 kez doğum yapmış olan kadınlarda görüldü. Öte yandan yapmış olduğu doğum sayılarına göre cerrahi menopoz olgularından depresyon eğilimi olmayan 12 olgu içerisinde en fazla 5 olgu (%41.7) ile 3 doğum yapmış kadınlarda görülürken, depresyon eğilimi olan 26 olgu içerisinde en fazla 7 kişi (%26.9) ile 3 kezden

Depresyon		Menopoz Türü		Toplam
		Doğal	Cerrahi	
Yok	S	38	12	50
	%	76	24	100
	Toplam %	27.9	8,8	36.8
Var	S	60	26	86
	%	69.8	30.3	100
	Toplam %	44.1	19.1	63.2
Toplam	S	98	38	136
	%	72.1	27.9	100
	Toplam %	72.1	27.9	100

Tablo 3. Menopoz türü ile FSH düzeyi ve depresyon eğilimi

Depresyon eğilimi			FSH Değerleri mIU/ml					Toplam
			23-42	43-62	63-82	83-102	103 ve +	
Yok	Menopoz türü	Doğal	11	14	4	6	3	38
		Cerrahi	3	7	1	0	1	12
	Toplam		14	21	5	6	4	50
Var	Menopoz türü	Doğal	21	16	12	6	5	60
		Cerrahi	8	11	2	2	3	26
	Toplam		29	27	14	8	8	86

daha çok doğum yapmış kadınlarda görüldü. Doğum sayısı ile menopoz türü, depresyon görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmedi (depresyon eğilimi olmayanlarda $X^2=8.054$, $p>0.05$, depresyon eğilimi olanlarda $X^2=3.329$, $p>0.05$).

Çalışmaya katılan olguların yaptıkları düşük sayılarına göre doğal menopoz olgularından depresyon eğilimi olmayan 38 olgu içerisinde en fazla 31 olgu (%81.6) ile hiç düşük yapmamış kadınlarda görülürken, depresyon eğilimi olan 60 olgu içerisinde en fazla 49 kişi (%81.7) ile yine hiç düşük yapmamış kadınlarda görüldü. Diğer yandan çalışmaya katılan olguların yapmış olduğu doğum sayılarına göre cerrahi menopoz olgularından depresyon eğilimi olmayan 12 olgu içerisinde en fazla 10 olgu (%83.3) ile hiç düşük yapmamış kadınlarda görülürken, depresyon eğilimi olan 26 olgu içerisinde en fazla 22 kişi (%84.6) ile yine hiç düşük yapmamış kadınlarda görüldü. Düşük sayısı ile menopoz türü, depresyon görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (depresyon eğilimi olmayanlarda $X^2=3.979$, $p>0.05$, depresyon eğilimi olanlarda $X^2=5.966$, $p>0.05$).

Geçirilen küretaj sayılarına göre doğal menopoz olgularından depresyon eğilimi olmayan 38 olgu içerisinde en fazla 30 olgu (%78.9) ile hiç küretaj olmamış kadınlarda görülürken, depresyon eğilimi olan 60 olgu içerisinde en fazla 53 kişi (%88.3) ile yine hiç küretaj olmamış kadınlarda görüldü. Cerrahi menopoz olgularından geçirilen küretaj sayılarına göre depresyon eğilimi olmayan 12

olgu içerisinde en fazla 10 olgu (%83.3) ile hiç küretaj olmamış kadınlarda görülürken, depresyon eğilimi olan 26 olgu içerisinde en fazla 20 kişi (%76.9) ile yine hiç küretaj olmamış kadınlarda görüldü. Geçirilen küretaj sayısı ile menopoz türü, depresyon görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmedi (depresyon eğilimi olmayanlarda $X^2=0.201$, $p>0.05$, depresyon eğilimi olanlarda $X^2=7.044$, $p>0.05$).

Menopoz tanısı almış 138 olgunun cerrahi ya da doğal menopoz olduklarına, depresyon eğilimi olup olmadığına göre, yapılan hormon incelemelerinden FSH değerleri arasındaki ilişki incelendiğinde: Çalışmaya alınan olguların hormon incelemelerinde FSH değerlerine göre cerrahi menopoz olgularından depresyon eğilimi olmayanlar içerisinde en fazla yedi kişi (%58.7) ile FSH hormon değerlerinden 43 ile 62 mIU/ml arası değerleri aldığı, depresyon eğilimi olan grupta en fazla 11 kişi (%42.3) ile FSH hormon değerlerinden 43 ile 62 mIU/ml arası değerleri aldığı saptandı.

FSH değerlerine göre doğal menopoz olgularından depresyon eğilimi olmayanlar arasında en fazla 14 kişi (%36.8) ile FSH değerlerinden 43 ile 62 mIU/ml arası değerleri aldığı, depresyon eğilimi olanlardan en fazla 21 kişi (%35) ile FSH hormon değerlerinden 23 ile 42 mIU/ml arası değerleri aldığı belirlendi. FSH hormon düzeyleri ile menopoz oluş biçimi, depresyon eğilimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (depresyon eğilimi olmayanlarda $X^2=2.294$, $p>0.05$, depresyon eğilimi olanlarda $X^2=3.502$, $p>0.05$) (Tablo 3).

Beck Depresyon Ölçeği'ne göre 11 puan ve yukarı değerler alanlar depresyon eğilimi saptandı. Beck Depresyon Ölçeği'nde 11 ve yukarı değeri alan toplam 86 olgunun 26'sı cerrahi menopoz, 60 kişisi de doğal menopoz olgularıdır. Depresyon eğilimi saptanan doğal menopoz olgularının yaş ortalaması 49.64

Tablo 4. Menopoz oluş biçimi ile depresyon eğilimi ilişkisi

Depresyon	Depresyon eğilimi		Toplam	
	Yok	Var		
	S (%)	S (%)	S (%)	
Menopoz türü	Doğal	38 (27.9)	60 (44.1)	98 (72.1)
	Cerrahi	12 (8.8)	26 (19.1)	38 (27.9)
Toplam		50 (36.8)	86 (63.2)	136 (100)

iken, depresyon eğilimi saptanan cerrahi menopoz olgularının yaş ortalaması 47.29'dur. Doğal menopoz tanısı almış 98 olgunun içinde depresyon eğilimi saptanmayan 38 olgudan en çok sayıda 9 (%9.2) olgunun 54 yaşında olduğu, depresyon eğilimi saptananlardan 60 olgu içinde 10 (%10.2) olgunun 49 yaşında olduğu gözlemlendi. Doğal menopoz olguları arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($X^2=32.977$, $p>0,05$).

Cerrahi menopoz tanısı almış 38 olgunun içinde depresyon eğilimi olmayan 12 olgudan en çok sayıda 3 (%7.9) olgunun 50 yaşında olduğu, depresyon eğilimi saptananlardan 26 olgu içinde 6 (%15.8) olgunun yaşının ise 47 olduğu gözlemlendi. Araştırmadaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($X^2=14.209$, $p>0,05$).

Tartışma

Bu araştırmada cerrahi ve doğal nedenlerle menopoza girmiş olgularda depresyon sıklığı ve sosyodemografik, etiyolojik özelliklerinin menopoz sonrası dönemdeki depresyon düzeyine etkileri araştırıldı.

Menopoz ve depresif duygu durum arasında ilişkiyi araştıran çalışma sonuçları çelişkilidir. Kimi çalışmalarda menopoz ve depresyon arasında ilişki olduğu bildirilirken; bir kısmında ise menopozla depresyon arasında bir ilişki olmadığı bildirilmiştir (2).

Kadınlar tarafından sıklıkla cerrahi menopozun psikolojik durum ve cinsellik üzerine etkileri olduğu düşünülmektedir. Histerektominin cinsellik ve psikolojik durum üzerine etkisi çeşitli etmenlere bağlıdır. Kadının ameliyat öncesi akıl sağlığı, ameliyat endikasyonu, ameliyat öncesi cinsel fonksiyonu, uygulanan metod bunlardan bazılarıdır. Yine östrojen terapisinin uygulanıp uygulanmadığı da postoperatif belirtileri etkileyecektir. Eski klinik araştırmalar (1940'lı yıllar ile 1970'li yıllar arası) histerektominin psikiyatrik hastalıkların ve diğer psikolojik rahatsızlıkların artmasına yol açtığını ileri sürmüşlerdir. Ancak bu çalışmalarda pek çok metodolojik kısıtlılık vardır. Çoğunda psikiyatrik işlevler yalnızca cerrahi sonrası değerlendirilmiştir. Ameliyat tipi, ameliyat nedeni konusunda heterojen gruplar seçilmiştir. Ayrıca ameliyata alınan kadınları, genel popülasyonla kıyaslamamışlardır. O nedenle bu çalışmalardaki sonuçlar güvenilir değildir (3).

Çalışmamızda cerrahi menopoz grubunun

yaş ortalaması 47.29, doğal menopoz grubunun yaş ortalaması 49.64, grup genelinin yaş ortalaması ise 48.99 bulundu.

Massachusetts Kadın Sağlığı Çalışması'nda ortalama menopoz yaşı 51.3 (47-55) olarak bulunmuştur (4). Ülkemizde yapılan çalışmalar, ülkemiz kadınlarında menopoz yaşının 46-48 arasında bulunduğunu göstermektedir (5).

Araştırma grubumuzun menopoza giriş yaşı ortalamasının literatürde bildirilenlerle uyumlu olduğu saptandı.

Gruplar arasında anlamlı bir istatistiksel fark gözlenmedi. Oysa genç yaşlarda menopoza giren kadınlarda depresyon skorunun daha yüksek çıktığına ilişkin yayınlar vardır. Harlow ve arkadaşları da yaptıkları çalışmada, menopoz ile depresyon arasındaki büyük ilişkiyi 40 yaşın altında doğal menopoza giren kadınlarda bulmuşlardı (6).

Çalışmamızda doğal menopoz ve cerrahi menopoz gruplarında olguların önemli bir bölümünün evli olduğu, bu iki olgu grubu arasında medeni durum açısından bir farklılık bulunmadığı saptandı.

Ayrı yaşayan, dul ya da boşanmış kadınlarda stres riskinin bekar ya da evli kadınlardan daha yüksek olduğu (4); menopoz döneminde kadınların evli, bekar ya da dul olmasının bireylerin menopoza ilişkin tutumları açısından önem taşıdığı bildirilmiştir (7). Depresyondaki olguların yarısından çoğunun evli olduğu ve depresyon için boşanmanın bir risk etmeni olduğu belirtilmiştir.

Bizim çalışmamızda medeni durumun depresyon eğilimi düzeyine olan etkisinin her iki grupta eşit olduğu bulundu.

Araştırmamızda meslek dağılımı açısından doğal menopoz grubu ile cerrahi menopoz grubu arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı. Her iki olgu grubunda da en sık olarak ev kadınlarının bulunduğu görüldü.

Eğitim düzeyi düşük olan kadınların menopoz döneminde daha fazla belirti yaşadıkları bildirilmiştir. Eğitimli hanımların içgörülerini daha gelişmiş olmakta ve durumları hakkında doğru yorumlar yapabilmekte, dolayısıyla da doğrudan hastalık psikolojisine girmemekteler (7).

Eğitim düzeyi ile ekonomik bağımlılık çok iç içedir. Eğitim düzeyi yüksek olgularda, iş yaşamı buna bağlı olarak sosyal çevre, toplum içerisinde benzer süreçleri yaşayan bireyler arasında bir paylaşım yaratmakta sonuçta toplum psikoterapisi oluşmaktadır.

Choi ve ark'larının Koreli kadınlar arasında yaptıkları çalışmada demografik özelliklerin, sağlık durumunun, menopoza karşı tutumun, yaşın, sosyal desteğin, sosyal çatışmaların menopozal depresyona etkisinin büyük olduğu gösterilmiş, menopozal depresyonu azaltmaya yönelik girişimlerde özellikle düşük sosyo kültürel düzeyde, eğitim düzeyi düşük, sağlık sorunları olan kadınlarda sosyal desteğin önemi vurgulanmıştır. Sosyal desteğin menopozal depresyonu azaltmada güçlü bir müdahale aracı olduğu vurgulanmıştır (8).

Bu değerlendirmelere karşın çalışmamızda eğitim durumunun depresyon düzeyine olan etkisinin her iki grupta farklı olmadığı saptandı.

Doğal menopoza ve cerrahi menopoza gruplarında olguların çoğunun kentte yaşamakta oldukları, iki grup arasında yaşamakta oldukları yer açısından anlamlı bir farklılık bulunmadığı saptandı. Bu bulgunun araştırmanın yapıldığı hastanenin kentte olmasına bağlı olduğu düşünüldü.

Menopoza bağlı duygudurum bozuklukları ilk kez 19. yüzyılda tanımlansa da menopoza ile psikolojik belirtilerin ilişkisi günümüzde tartışmalıdır. Birkaç çalışmada menopoza döneminde depresyonun yaygınlığının arttığı bildirilmiştir (9). Ancak klinik dışı büyük örnek gruplarını kapsayan birçok çalışmada karşıt sonuçlar elde edilmiştir (4). Erişkin yaşamının diğer dönemlerinde görülen depresyon ile karşılaştırıldığında menopoza döneminde depresyona ilişkin özel bir sendrom düzeni saptanmadığı, menopoza döneminde psikiyatrik olgularda hastaneye yatırma oranının artmadığı ve menopoza sonrası yıllarda majör depresyon sıklığının değişmediği bildirilmiştir (10). Ussher, menopoza kadın ruh sağlığına önlenemeyen zararlı bir etkisinin olmadığını bildirmiştir (11). Praiser, menopoza özgün ya da tek bir duygudurum bozukluğu sendromuna bağlanamayacağını belirtmiştir (12). Stewart ve ark. yaptıkları çalışmada menopoza dönemindeki kadınların psikososyal stres puanlarının orta yaş grubundaki sağlıklı kadın örneklerinin puanlarına yakın olduğu bildirmiştir (13). Woods'un depresif duygudurumlu kadınlar üzerinde yaptığı bir çalışmada menopoza döneminde yaşayan kadınlarda depresif duygudurumu olan ve olmayan kadınlar arasında bir fark olmadığını belirtmiştir (14).

McKinlay ve ark. 45-55 yaşları arasındaki

2.500 kadını prospektif olarak incelemiş ve klinik olarak belirgin depresif sendrom ile menopoza başlangıcı arasında hiçbir ilişki bulunmamıştır. Bu örnek grubunda depresyon düzeyinde en belirgin artış cerrahi menopoza grubundaki kadınlarda ve stres etmenleri yüksek olan kadınlarda görülmüştür (15). Kaufert ve ark.'nın Kanada'da 477 kadın ile yaptığı 3 yıl süren çalışmada, doğal menopoza depresyona girme oranını ya da riskini artırmadığı, depresyon olasılığına etki eden tek menopoza durumunun cerrahi menopoza olduğu bildirilmiştir (16). Dennerstein (1996) yaptığı çalışmada menopoza döneminde majör depresyon sıklığında artış olmadığını, doğal menopoza ile olumsuz duygudurum arasında bir ilişkili olmadığını, olumsuz duygudurum ile ilişkili olan etkenlerin cerrahi menopoza, daha önce depresyon geçirilmesi, sağlık durumu, menstrüel sorunlar, stres etkenleri ve menopoza karşı olumsuz beklentiler olduğunu belirtmiştir (17).

İlk kez histerektomi sonrası görülen psikiyatrik rahatsızlıkların majör belirleyicisinin ameliyat öncesi dönemdeki psikopatoloji olduğu ileri sürülmüş, Gath ve ark. kanser dışı nedenlere bağlı histerektomi geçiren 156 kadını incelemiş ve cerrahi sonrası psikopatolojinin en iyi göstergesinin cerrahi öncesi psikopatoloji olduğunu bildirmiştir. Yine bu çalışmada yaşın, ooferektominin, cerrahi etkenlerin ya da uterusla ilişkili bir patoloji bulunmamasının postoperatif dönemdeki psikiyatrik bozukluk tanısı ile ilişkili olmadığını bildirmiştir (18).

Callegari ve ark. İtalyan kadınlarında yapmış oldukları topluma dayalı epidemiyolojik çalışmada: özellikle duygu durumundaki düzensizliklere ait öykünün ruhsal durumundaki instabiliteyle ilişkili olduğunu, menopoza tek başına ruhsal durumla ilişkili olmadığını belirtmişlerdir (19).

Bezircioğlu ve ark. çalışmalarında doğal yoldan menopoza girenlerle cerrahi yoldan menopoza girenler arasında depresyon anksiyete düzeyleri ve yetiyitimi yönünden farklılık bulunmamışlardır (20).

Yiğit ve arkadaşları da menopoza ruhsal belirtilerin fizyolojik nedenler yanında bireysel, kültürel, sosyal ve yaşla ilgili etmenlere bağlı olarak değişiklik gösterdiği, doğal ve cerrahi menopoza olgularının SCID'e I (DSM-IV) Eksen Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme

Klavuzu ile psikiyatrik bozukluk varlığının değerlendirildiği çalışmalarında yaygın anksiyete bozukluğu ve majör depresyon yönünden karşılaştırıldığında bu iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (21).

Tüm bu çalışmaların sonuçlarına göre histerektomi sonrası postoperatif psikopatoloji ya da depresyon görüldüğüne ilişkin çok az veri vardır. Risk altında olan grup preoperatif dönemde bir psikopatolojisi olan gruptur.

Bu sonuçlar Massachusetts Kadın Sağlığı Çalışması'nın sonuçları ile de uyumludur ancak Massachusetts Kadın Sağlığı Çalışması'nda cerrahi menopoza grubunda histerektominin depresyon düzeyini artırmadığı tersine klinik depresyonu olan kadınlarda cerrahi girişim riskinin yüksek olduğu bildirilmiştir (4).

Araştırmamızda doğal menopoza grubunun %61.2'sinde, cerrahi menopoza grubunun %68.4'ünde depresyon eğilimi bulundu. Olguların menopoza giriş biçimleri ile depresyon eğilim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı. Olguları izlediğimiz sürenin kısıtlılığı nedeniyle araştırmamızın sonuçlarına göre cerrahi menopoza grubunun ve doğal menopoza grubunun belirlenen depresyon eğilimi düzeyinin olguların yaşamlarının diğer dönemlerine göre bir değerlendirmesi yapılamadı.

Çoğu kültür açısından menopoza yaşlanmanın doğal bir parçasıdır, kültürler arasında yakınma bildirme oranı değişir ve batı kültürlerine oranla sanayileşmemiş batı dışı kültürlerde çok daha düşük olabilir (15).

Günümüze kadar menopoza ile ilgili araştırmaların çoğu Avrupa'daki ve Kuzey Amerika'daki kadınlarda yapılmıştır. Elde edilen veriler sosyoekonomik durum, ırk, etnik köken ve kültür farkı gözetmeden tüm kadınlar için doğru kabul edilmiştir.

Kuzey Amerika'da menopoza dönemindeki kadının beklenen tablosu gençliğinin, güzelliğinin, cinselliğinin ve annelik rolünün yitimine bağlı yas tutan depresif bir kadındır. Klinik olarak bu menopoza dönemindeki kadında sıcak basmaları, gece terlemeleri, vajinal kuruluk, uykusuzluk, mizaç dalgalanmaları ve depresif mizaç yakınmaları tipiktir.

Kaufert PA Kuzey Amerika'daki menopoza dönemindeki kadınların yaşantılarının, menopoza dönemindeki kadınların Batı'daki

yaşantılarından genellikle farklı olduğunu bildirmiştir. Batı kültürlerinde, menopoza alışılmış belirtileri olan sıcak basmaları ve gece terlemeleri daha sık görüldüğü halde, Batılı pek çok kadın menopoza sağlık, yeni olanaklar ve enerji olarak algılar ve fazla güçlük yaşamaz (12).

Araştırmamızın sonuçlarına göre; menopoza oluş biçiminin depresyon eğilim düzeyine etkisi olmadığı bulundu. Ancak ülkemizde eğitim, ekonomik olanaklar, kültürel değerler ve sosyal etmenler açısından ayrıntılı çalışmalara gereksinim vardır.

Sonuç

Bu araştırmada cerrahi ya da doğal nedenlerle menopoza girmiş olgularda depresyon sıklığı ve sosyodemografik, etiyolojik özelliklerinin menopoza sonrası dönemdeki depresyon eğilimi düzeyine etkileri araştırıldı.

Çalışmamızda cerrahi menopoza grubunun yaş ortalaması 47.29, doğal menopoza grubunun yaş ortalaması 49.64, grup genelinin yaş ortalaması ise 48.99 bulunmuştur. Araştırma grubumuzun menopoza giriş yaşı ortalamasının literatürde bildirilenlerle uyumlu olduğu saptandı.

Genç yaşlarda menopoza giren kadınlarda depresyon eğilim skorunun daha yüksek çıktığına ilişkin yayınlar olmasına karşın bizim çalışmamızda bu fark gözlenmedi.

Yayınlarında ayrı yaşayan, dul ya da boşanmış kadınlarda stres riskinin bekar ya da evli kadınlardan daha yüksek olduğu; menopoza döneminde kadınların evli, bekar ya da dul olmasının bireylerin menopoza ilişkin tutumları açısından önem taşıdığı bildirilmiştir. Depresyondaki olguların yarısından çoğunun evli olduğu ve depresyon için boşanmanın bir risk etmeni olduğu belirtilmiştir.

Araştırmamızda meslek dağılımı açısından doğal menopoza grubu ile cerrahi menopoza grubu arasında en sık olarak ev kadınlarının bulunduğu saptandı.

Yayınlarında eğitim düzeyi düşük olan kadınların menopoza döneminde daha fazla belirti yaşadıkları, eğitilmiş hanımların içgörülerini daha geliştirmiş olduğundan, durumları hakkında daha doğru yorumlar yapabilecekleri, dolayısıyla da doğrudan hastalık psikolojisine girmeyecekleri öne sürülmektedir.

Çalışmamız Ankara'da yapılmasına karşın doğal menopoza ve cerrahi menopoza gruplarında ilköğretim mezunu olanlar

Menopoz sıradan bir biyolojik olay olsaydı kültürler arası yaşantıda belirli bir evrensellik olması gerekirdi. Oysa menopoz hakkında saptanan tek evrensel gerçek bir kadın yaşantısı olmasıdır. Doğurganlık ile menüstrüasyonun kültürler arası incelenmesi, menopozun yorumu ve yaşanışı konusunda geniş bir bakış açısı sağlayacak ve kendi kültürel inançlarımızı yeniden gözden geçirmemize yol açacaktır.

çoğunlukta idi. Bu değerlendirmelere karşın çalışmamızda eğitim durumunun depresyon eğilim düzeyine olan etkisinin her iki grupta farklı olmadığı saptandı.

Birkaç çalışmada menopoz döneminde depresyonun yaygınlığının arttığı bildirilmiştir. Ancak klinik dışı büyük örnek gruplarını kapsayan birçok çalışmada karşıt sonuçlar elde edilmiştir. Olguları izlediğimiz sürenin kısıtlılığı nedeniyle araştırmamızın sonuçlarına göre cerrahi menopoz ve doğal menopoz gruplarında belirlenen depresyon eğilim düzeyinin olguların yaşamlarının diğer dönemlerine göre bir değerlendirmesi yapılamadı. Araştırmaların bazılarında depresyon düzeyinde en belirgin artış cerrahi menopoz grubundaki kadınlarda ve stres etmenleri yüksek olan kadınlarda görüldüğü, doğal menopozun depresyona girme oranını ya da riskini artırmadığı, depresyon olasılığına etki eden tek menopozal durumun cerrahi menopoz olduğu, histerektomi sonrası postoperatif psikopatoloji ya da depresyon görüldüğüne ilişkin çok az veri saptandığı, risk altında olan grubun preoperatif dönemde bir psikopatolojisi olan grup olduğu bildirilmiştir.

İletişim: Dr. Orhan Odabaşı

E-posta: odabasi@hacettepe.edu.tr

Kaynaklar

- 1- Birkhauser M. Depression, menopause and estrogens: is there a correlation? *Maturitas* 41 Suppl. 1 (2002) S3-S8
- 2- Evlice E, Tamam L, Karataş G. Menopoz ve Tedavi Sürecinde Ortaya Çıkan Ruhsal Sorunlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002; 3:108-112
- 3- Jan L, Shifren JL, Avis NE. Surgical menopause: effects on psychological well-being and sexuality. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*. 2007; 14(3): 586-591
- 4- Avis NE, Brambilla D, Mc Kinlay SM, Vass K. A Longitudinal Analysis of the Association Between Menopause and Depression. Results from the Massachusetts Women's Health Study. *Ann Epidemiol* 1994 May;4(3):214-20
- 5- Kışnişçi G, Durukan Ü ve ark. Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s:1319-1352, Güneş Kitabevi, 1996, Ankara
- 6- Harlow BL, Cramer DW, Annis KM. Association of Medically Treated Depression and Age at Natural Menopause. *Am. J. Epidemiol*, 1995 Jun; 15: 141(12):1170-6
- 7- Uçanok Z, Bayraktar R. Farklı Yaş Gruplarındaki Kadınlarda Menopoza İlişkin Belirtilerin, Tutumların ve Yaşama Bakış Açısının İncelenmesi; *3P Dergisi* 1996;4(1):11-19
- 8- Choi H, Lee D, Lee K, Kim H, Ham E. A Structural Model of Menopausal Depression in Korean Women. *Archives of Psychiatric Nursing*, Vol. XVIII, No. 6 (December), 2004: pp 235-242
- 9- Ballinger CB. Psychiatric Aspects of the Menopause. *Br. J. Psych.* 1990 Jun;156:773-87
- 10- Schmidt PJ, Rubinow DR. Menopause-Related Affective Disorders: A Justification for Further Study. *Am. J. Psych.* 1991 Jul;148(7):844-52
- 11- Ussher JM. Research and Theory Related to Female Reproduction: Implications for Clinical Psychology. *Br. J. Clin Psychol* 1992 May;31: (Pt2):129-51
- 12- Pariser SF. Women and Mood Disorders. Menarche to Menopause; *Ann Clin Psychiatry* 1993 May; 5(4):249-54
- 13- Stewart DE, Boydell K, Derzko C, Marshall V. Psychologic Distress During the Menopausal Years in Women Attending a Menopause Clinic. *Int. J. Psychiatry Med.* 1992;22(3):213-20
- 14- Woods NF, Mitchell ES, Mariella A. Three Stages of the Menopausal Transition from the Seattle Midlife Women's Health Study: Toward a More Precise Definition. *Menopause* 2000 Sep-Oct;7(5):334-49
- 15- Holst J, Backstrom T, Hammerback S. Progestogen Addition During Estrogen Replacement Therapy—Effects on Vasomotor Symptoms and Mood. *Maturitas*, 1989 Mar;11(1):13-20
- 16- Kaufert PA, Gilbert P, Tate R. The Manitoba Project: A Re-examination of the Link Between Menopause and Depression. *Maturitas*, 1992 Jan;14(2):143-55
- 17- Dennerstein L, Dudley E, Guthrie J, Barrett-Connor E. Life Satisfaction, Symptoms and the Menopausal Transition. *Medscape Womens Health* 2000 Jul-Aug;5(4):E4
- 18- Gath D, Osborn M, Bungay G, Iles S, Day A, Bond A, Passingham C. Psychiatric Disorder and Gynaecological Symptoms in Middle Aged Women: A Community Survey. *Br. Med. J. (Clin Res Ed)* 1987 Jan 24;294(6566):213-18
- 19- Callegari C, Buttarelli M, Cromi A, Diurni M, Salvaggio F, Bolis PF. Female psychopathologic profile during menopausal transition: A preliminary study. *Maturitas* 56, 2007:447-451
- 20- Bezircioğlu İ, Gülseren L, Öniz A, Kındıroğlu N. Menopoz Öncesi ve Sonrası Dönemde Depresyon-Anksiyete ve Yetiyitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2004; 15(3):199-207
- 21- Yiğit A, Arslan M, Yazıcı GF, Çayköylü A. Doğal ve Cerrahi Menopozda Psikiyatrik Bozukluklar. *Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi* 17:25-29, 2003
- 22- Brown GW, Craig TK, Harris TO: Depression: Distress or Disease? Some Epidemiological Considerations. *Br. J. Psychiatry* 1985 Dec:612-22.



Dr. Süleyman Cüneyt Karakuş*, Dr. İ. Onur Özen**

Öz

Testiküler varikosel pampiniform pleksus venlerinin anormal derecede dilatasyonudur. Varikoselin testiküler atrofinin ve erkek kısırlığının nedenlerinden biri olduğunun anlaşılması ile önemi artmıştır. Postpubertal erkek popülasyonunun yaklaşık % 15' inde varikosel gelişir ve fertilitate kliniklerine başvuran erkeklerin 1/3' ünde bu lezyona rastlanır. Günümüzde erkek kısırlığının cerrahi olarak düzeltilebilen en sık nedenidir. Patofizyolojisinin büyük bölümü bilinmemesine karşın, artmış kan akımının yol açtığı intratestiküler ısı yükselmesi ve bunun testiküler fonksiyonları bozucu potansiyel etkisi üzerinde durulmaktadır. Geleneksel olarak sağ varikoseller Wilms tümörü, hidronefrotik böbrek ve nöroblastom gibi neoplastik ya da retroperitoneal kitlelere sekonder gelişen ender rastlanılan bir durumdur. Skrotal ağrı ya da şişlik ile başvuru olabilir. Bunun yanında, varikosel olgularının büyük kısmı asemptomatik oldukları için ancak iyi bir skrotal fizik muayene ile hastaların geri kalan kısmına tanı konulabilir. Özellikle semptomatik olan ve testis atrofisine yol açan varikoseller tedavi edilmelidir. Bu yazının amacı, ergenlik döneminde ortaya çıkan fakat sonuçları ile ancak erişkin dönemde karşılaşılan varikoselin erken tanı ve tedavisinin önemini vurgulamaktır.

Anahtar Sözcükler: Varikosel, infertilite, ergenlik, testiküler atrofi.

Giriş

Testiküler venlerin genişlemesi olan varikosel, M.S. 1. yy da Selsus tarafından tanımlanmıştır (1). 1885 yılında Barwell'in ergenlerde aynı tarafta testis büyüklük kaybına yol açtığını ve varikoselin bağlanması ile testis boyutunun bir kısmının geri kazanıldığını göstermesi sonucu önemi artmıştır (2). 1889 yılında Bennett puberteden önce seyrek olarak ortaya çıkan ve birçok olguda solda görülen konjenital bir durum olarak tanımlamış, cerrahi tedavi sonrası testisin doğal boyut ve sertliğine kavuştuğunu fark etmiştir. Tulloch'un cerrahi tedavi sonrası normal erkek üretkenliğinin geri döndüğünü bildirdiği varikosel, günümüzde erkek kısırlığının başta gelen düzeltilebilir nedenidir (3).

Testis dolaşımını boşaltan venler testiküler arteri sarar ve birbirleriyle anastomozlaşarak pampiniform pleksusu oluştururlar. Bu pleksus

Abstract

A testicular varicocele represents an abnormal degree of venous dilatation of the pampiniform plexus. Its importance has become clear by understanding that varicocele was one of the cause of testicular atrophy and male infertility. Approximately 15 percent of the postpubertal male population develops varicoceles, and one-third of men seen in fertility clinics have this lesion. Varicocele is the most common surgically correctable cause of male infertility. Much of the pathophysiology is still unknown, but increased blood flow causing an elevated intratesticular temperature and the potential effect of this on testicular dysfunction may be of significance. Traditionally, right varicoceles have been considered a rare entity, nearly always secondary to a neoplastic or retroperitoneal disease such as Wilms tumor, hydronephrosis and neuroblastoma. It may present at scrotal pain and swelling. Most of the varicocele cases are asymptomatic, so the best method for diagnosis remains a good scrotal physical examination. Varicoceles should be treated if testicular mass is decreased or if they are symptomatic. The purpose of this paper is to emphasize the importance of early diagnosis and treatment of varicocele in adolescents which is presents with infertility on adulthood.

Key words: Varicocele, infertility, adolescence, testicular atrophy.

venleri inguinal kanalda iki adet testiküler veni oluşturur ve bunlar da birleşerek iç inguinal halkada tek vene dönüşürler. Sağ testiküler ven vena cava inferiora, sol ise renal vene dökülür. Pampiniform pleksustaki venlerin çapı 2 mm'i geçmez, testiküler venin çapı da yaklaşık 2 mm kadardır.

Testiküler venöz dolaşımı sağlayan üç bileşen daha olup bunlar kremasterik ven, deferensiyel ven ve eksternal pudental vendir.

Sıklık

Uehling 766 ergenin %22.6'sında daha önceden tanımlanmamış sol varikosel bildirmiştir. Steeno 12-25 yaş arası 4.000'den fazla kişinin % 14.7'sinde varikosel gözlemlemiş ve 15 yaş üzerinde sıklığın arttığını göstermiştir. Oster ise 1072 okul çağı çocuğundan 10 yaş altındakilerde varikosel saptamamış, 10-19 yaş arasında % 16.2

*Arş. Gör.; Dr. Gazi Ü. Tıp Fak. Çocuk Cerrahisi AD, Ankara
**Yrd. Doç.; Gazi Ü. Hastanesi, Çocuk Cerrahisi AD, Ankara

varikozel göstermiş ve 15 yaş üzerinde arttığı bildirilmiştir (4).

Sonuç olarak varikozel ergenliğin erken dönemlerinde klinik bulgu veren ve yaklaşık %15 oranında saptanabilen bir hastalıktır. Varikozelin %80-90'ı solda, %2-20'si bilateral ve %1-7'si sağda yerleşimlidir.

Etyoloji ve Patofizyoloji

Etyolojisine ve patofizyolojisine yönelik tartışmalar sürmekte olup internal spermantik venlerdeki yetersiz kapakçıklar ve spermantik kordu çevreleyen yapıların herni onarımı gibi bir nedenle bozulması ileri sürülen etmenler arasındadır. Özellikle sağ varikozel varlığında ve küçük çocuklarda olan varikozelde testis venöz dönüş obstrüksiyonuna yol açan Wilms tümörü, nöroblastom ve hidronefrotik böbrek akla getirilmelidir.

Ayrıca, sol testiküler venin sağdan 8-10 cm daha uzun olması, sol renal venin abdominal aorta ve superior mezenterik arter arasında bası altında kalması, dolu sigmoid kolonun sol testiküler vene bası yapması ve sol testiküler venin sol renal vene dik açı ile boşalması varikozelin solda daha fazla (%80-90) görülmesinin nedenleri olarak düşünülmektedir.

Varikozel varlığının testis boyut ve işlevini nasıl etkilediği tam olarak anlaşılammıştır. Internal spermantik venlerdeki prostoglandin E ve F ile katekolamin düzeyinin yüksekliği, venöz staz ve hipoksi ileri sürülen nedenler olmakla birlikte varikozelin testisin termoreglatuvar sistemini bozarak testislerin işlevini bozması en fazla kabul gören varsayımdır.

Yamaguchi infertil varikozelli erkeklerdeki sol testiküler ısının varikozeli olmayan infertil erkeklere göre belirgin derecede yüksek olduğunu göstermiştir. Agger varikozel tedavisinden sonra sol testis ısısındaki düşüşü ve spermatojenezdeki düzelmeyi belirtmiştir. Kass ve Salisz sol testis ısısı arttıkça sol testisteki hacim kaybı olasılığının arttığını ve başarılı bir cerrahi girişim sonrası skrotal ısının normale döndüğünü bildirmişlerdir (5). Sonuçta birçok araştırma varikozelin iki taraflı testiküler kan akımı ve ısısını artırarak spermatojenezi bozduğunu fakat varikozelin bağlanmasıyla sonra geri dönebilir bir durum olduğunu göstermiştir. Ayrıca, testis biyopsilerinden yapılan histokimyasal çalışmalarda fosforilaz etkinliğinin artarak sertoli hücrelerinde glikojen

deposunda azalmaya yol açtığı gösterilmiştir. Bu nedenle varikozelin yol açtığı testis yıkımında metabolik etkinlik artışının bir başlangıç olabileceği düşünülmektedir.

Varikozel Boyutu ve Önemi

Evre I (küçük); yalnızca valsava manevrası ile ele gelebilir.

Evre II (orta); valsava manevrası olmadan ele gelebilen venler 1-2 cm çapındadır.

Evre III (büyük); tipik solucan yumağı şeklinde uzaktan kolayca görülebilen venler 2 cm'den daha büyük çaptadır.

Varikozellerin %9.4'ü evre I, %3.6'sı evre II ve %1.7'si evre III olarak saptanmıştır.

Ergenler infertilite ile başvurmadıkları için varikozel boyutunun klinik olarak önemi üzerinde durulmuştur. Fariss büyük varikozeli olan erkeklerde küçük varikozeli olanlara göre sperm sayısının daha az olduğunu göstermiştir. Steeno evre I varikozelli hastalarda hacim ve sertlik açısından aynı taraftaki testiste değişiklik olmadığını göstermiş, evre II varikozelli hastaların %34.4, evre III varikozelli hastaların ise %81.2'sinde hacim ve sertlik değişikliği bildirmiştir. Lipshultz ve Corriere sol varikozelli hastaları varikozeli olmayanlarla karşılaştırdıklarında sol testisin belirgin biçimde küçük olduğunu ve hatta genellikle her iki testisin de küçük olduğunu göstermişlerdir. Hosli ise 21 evre II-III sol varikozeli olan ve cerrahi girişim ile düzeltilen hastaları aynı yaş grubundaki tedavi edilmemiş sol varikozelli hastalarla karşılaştırdığında erken cerrahi yapılmış hastaların yarısında sol testisin sağ ile eşit ve hatta daha büyük boyuta geldiğini, tedavi görmeyenlerin büyük kısmında ise belirgin biçimde sol testisin sağa göre küçük kaldığını bildirmiştir (6). Okuyama evre II-III varikozelli 40 hastadan cerrahi olarak tedavi edilen 24' ünün 16' sında cerrahi öncesinde testiküler atrofi varken 7 tanesinde postoperatif dönemde testiküler atrofisinin sürdüğünü, yeni testiküler atrofi gelişmediğini göstermiştir. Cerrahi tedaviyi istemeyen 16 hastanın 8'inde ilk muayenede testiküler atrofisinin olduğunu, izlemde ise 4 hastada daha testiküler atrofi geliştiğini söylemiştir (7). Kass ve Salisz evre I varikozelli ergenlerde testiküler hacim kaybı saptamamıştır. Sonuç olarak, ergenlerdeki orta ve büyük varikozellerin testis büyüme geriliğinden sorumlu olabileceği ve erken varikozel bağlanmasıyla bu durumu engelleyebileceğine

ve hatta düzeltebileceğine ilişkin çalışmalar vardır. Ayrıca testis boyutu ve işlevi arasındaki ilişki nedeni ile büyük varikoselli hastalar küçük varikoselli olanlara göre daha fazla fertilité sorunu ile karşı karşıya kalabilmektedirler.

Tanı ve Tedavi Yaklaşımı

Varikosellerin birçoğu belirti vermezler. Hastaların yaklaşık %4'ü skrotal ağrı ve rahatsızlık ile başvurumaktadırlar. %7'si hasta tarafından saptanan varikoselin büyük kısmı olağan muayenede saptandığı için özellikle 10-19 yaş arası erkeklerin yatar pozisyonda olduğu kadar ayakta da varikosel açısından muayene edilmesinin gerektiği Kass ve ekibi tarafından belirtilmiştir.

Ergenlerin yaklaşık %15'inde varikosel saptanmasına karşın günümüzde palpe edilebilen varikoseli olan tüm bireylerde cerrahi tedavi önerilmemektedir.

Yapılabilecek ilk test semen analizi olmakla birlikte ergenler, ancak puberte başladıktan 2-3 yıl sonra normal erişkin semen hacim, likefaksiyon, motilite ve spermatozoa yoğunluğu ve morfolojisine sahip olmaktadır. Semen analizinin normal olması cerrahi girişimi engellemekle birlikte, birey ailesini tamamlayıncaya dek yıllık semen analizi yapılmalıdır.

Testisler birbiriyle karşılaştırılarak sol testis atrofisi saptanabilir, fakat sağ testisin de etkilenmiş olabileceği akılda tutulmalıdır. Sol testis sağa göre 2 ml den daha küçükse ya da her iki testis eşit boyutta fakat belirlenmiş normal populasyon testis hacmine göre iki

testis de 1 SD daha küçükse testis atrofisi düşünülebilir.

GnRH stimülasyon testinin anormal olması da testis disfonksiyonunun önemli bir göstergesidir. Anormal GnRH stimülasyon testine sahip olup da çocuk sahibi olabilen bireyler gençken fertil iken zamanla varikoselin testisteki yıkımı belirginleşir. GnRH stimülasyonu sonrası aşırı LH salınımı Leydig hücre disfonksiyonunu, abartılı FSH yanıtı ise seminifer tubul anormalliğini gösterir. Bickel ve Dickstein cerrahi tedavi sonrası GnRH'a LH yanıtının spermogramdaki değişiklikten daha önce ortaya çıktığına dikkat çekmişlerdir (8).

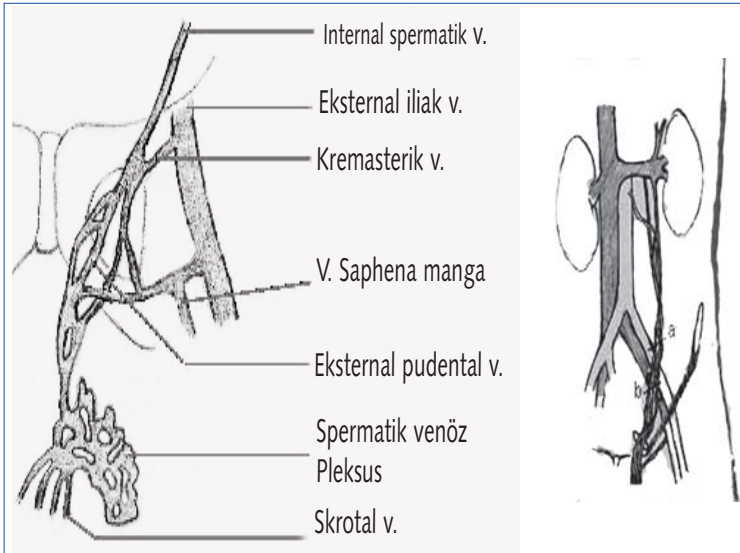
Anormal GnRH yanıtı, belirgin sol testis hacim kaybı ve bilateral varikosel varlığında bile kesin olarak varikoselli ergenin fertil ya da infertil olduğu kestirilemez ama bu hastaların birçoğunda fertilité sorunu olacağını araştırmalar göstermektedir. Bu nedenle olayın geri dönülmez hal almadan çözülmesi uygun olacaktır. Buna göre belirtileri olan (süregelen ağrı, rahatsızlık hissetme) ve testis atrofisine yol açan varikoseller tedavi edilmelidir (9).

İletişim: Dr. Süleyman Cüneyt Karakuş

E-posta: sckarakus@yahoo.com

Kaynaklar

- 1- Savalgi R, Ellis H. Clinical Anatomy for Laparoscopic and Thoracoscopic Surgery. Radcliffe Medical Press. Oxford and New York, 1996.
- 2- O'Donnell B, Koff S A. Pediatric Urology. Reed Educational and Professional Publishing Ltd. Oxford, 1997.
- 3- Tulloch W. S. Varicocele in subfertility: results of treatment. Urology 1984; 24: 647.
- 4- Oster J. Varicocele in children and adolescents. Scan. J. Urol. Nephrol. 1971; 5: 27.
- 5- Kass E. J. and Salisz J.A. The significance of scrotal temperature elevation in an adolescent with a varicocele. J. Urol. 1990; 143: 263A.
- 6- Hosli P. O. Varicocele – results after early treatment in children and adolescents. Z. Kinderchir. 1988; 43: 213.
- 7- Okuyama A., Nakamura M., Namiki M. et al. Surgical repair of varicocele at puberty: preventive treatment for fertility improvement. J. Urol. 1988; 139: 562.
- 8- Bickel a. And Dickstein G. Factors predicting the outcome of varicocele repair for subfertility: the value of the luteinizing hormone releasing hormone test. J. Urol. 1989; 142: 1230.
- 9- Ivanisovich O: Left varicocele Due to reflux: experience with 4470 operative cases in 42 years. J. Int. Coll. Surg. 1918; 34: 742.



Şekil 1 ve 2. Testiküler venöz dönüşün anatomisi

	STED'den	I		TTB-STE Kredi Puanı ve Kitap Kazananlar	VIII
	STED Yazarlarına Bilgi	II			
	Tütün Kullanımının Kontrolünde Dünya Sağlık Örgütü'nün Yeri Politikası: Güçlendirme-Mpower	IV		Farklı Bir Kongrenin Ardından "Birinci Kadın Sağlığı Kongresi"	IX
	<i>Dr. Nazmi Bilir, Dr. Dilek Aslan</i>			<i>Dr. Ful Uğurhan</i>	
	Türkiye'nin Sağlığını Okumak	VI		Mesleksel Beceri "İntravenöz Sıvı Tedavisi Uygulama Becerisi"	X
	<i>Dr. Onur Hamzaoğlu</i>			<i>Dr. Orhan Odabaşı, Dr. Melih Elçin</i>	
	İlaç "Gözlemsel Farmaepidemiolojik Çalışmalar"	VII		Okuduklarımızdan	XIV
	<i>Dr. Alper B. İskit</i>			TTB-STED Fotoğraf Yarışması	XV
	İletişim "İlaçların Beklenmeyen Etkileri"	VIII		Dergilerden Ödüllü Bulmaca	XVI
	<i>Dr. Leziz Onaran</i>				XVII

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 ön bilgiler, amaç, gerekçe belirtilmelidir. Bu bölümde ilgili kaynaklar dışında bilgi verilmemeli, çalışmanın veri ve sonuçları bulunmamalıdır.

Bu bölümün sonunda çalışmanın amacı ve gerekçesi açıklanmalıdır.

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

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

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

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

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

Tipik dergi makalesi

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

ya da

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

Kitap

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

Kitap bölümü

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

Web Sitesi

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

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

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 atlarına 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 aralıklı 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 özette 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'na yapılabilir. Yayımlanmayan yazılar geri gönderilmez. Klinik ve toplumsal araştırma çalışmalarında yerel etik kurul onayı alınmış olmalıdır. Etik kurulun bulunmadığı yerler için sted@ttb.org.tr e-posta adresinden bilgi istenebilir.

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

Tütün Kullanımının Kontrolünde Dünya Sağlık Örgütü'nün Yeni Politikası: Güçlendirme - Mpower



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

Tütün kullanımının sağlık üzerindeki olumsuz etkilerinin ortaya konmasından bu yana 50 yılı aşkın zaman geçmiş olmasına ve 20 yıldan beri sigara dumanından pasif etkilenimin de zararlarının ortaya konmuş olmasına karşın Dünyada çok az sayıda ülke etkili ve başarılı tütün kontrolü politikasına sahiptir. Gelişmiş ülkelerde son yıllardaki çabaların sonucunda önemli gelişmeler ve sonuç olarak tütün kullanımında azalma sağlanmıştır. Buna karşılık gelişmekte olan ülkelerde durum halen ciddiyetini korumaktadır. Bu ülkelerin çoğunda halen sigara kullanımında artış olduğu gözlenmektedir. Tütün kullanımı yılda 5.4 milyon kişinin ölümüne neden olmaktadır. Bu konuda ciddi önlemler alınmadığı takdirde bu sayının artacağı ve 2030 yılında 8 milyon dolayına ulaşacağı hesaplanmaktadır (1). Bu durumu dikkate alan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tütün kullanımının azaltılması amacı ile önemli ve kararlı çalışmalar sürdürmektedir. Bu konudaki en önemli girişim, Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'nin (TKCS; Framework Convention on Tobacco Control, FCTC) kabul edilmiş olmasıdır (2). TKCS'nin bütün ülkelerde geniş kabul görmesinin ardından DSÖ bu defa uygulayıcılar açısından yol gösterici olması bakımından yeni bir girişim başlatmıştır. MPOWER programı olarak ifade edilen bu yeni girişim Temmuz ayında DSÖ Genel Direktörü

tarafından açıklanmıştır. Türkçe karşılık olarak "güçlendirme" ifadesinin kullanılabileceği MPOWER programı, tütün kullanımının kontrolü bakımından etkili olduğu bilinen beş yonteme, ayrıca bu çalışmaların sürekli olarak izlenmesi gereğine işaret etmektedir. Program, tütün kontrolü ile ilgili altı uygulamayı ifade eden sözcülerin ilk harflerinden oluşmaktadır (3-5):

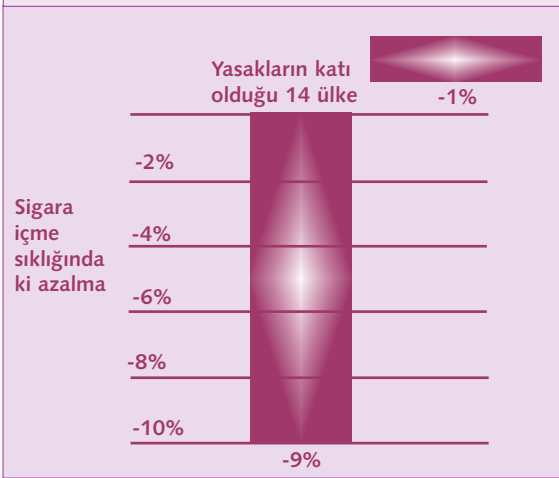
M - (Monitor, tobacco use and prevention policies) Tütün kullanımını ve önleme politikalarını izle: Dünya ülkelerinin yarısında, gelişmekte olan ülkelerin ise üçte ikisinde tütün kullanımı ile ilgili sınırlı düzeyde dahi bilgi mevcut değildir. Bu ülkelerde tütün kullanımına bağlı hastalık ve ölümlere ilişkin sayılar da bilinmemektedir. Tütün kontrolünde küresel düzeyde başarıya ulaşabilmek için her ülkenin bu bilgilere sahip olması gereklidir. Bu amaçla aralıklarla tütün kullanım sıklığı ve tütüne bağlı meydana gelen hastalıklar ve ölümler konusunda çalışmalar yapılması gereklidir.

P - (Protect people from tobacco smoke) Bireylerin sigara dumanından pasif etkilenimlerini önle: Temiz bir hava solumak herkes için çok temel bir hak. Sigara dumanından pasif etkilenimin önüne geçilmesi bakımından kapalı ortamlarda sigara içilmesinin yasaklanması çok önemlidir. Halen Dünya nüfusunun ancak %5'i bu konuda kapsamlı uygulamaların yapıldığı ülkelerde yaşamaktadır. Çoğu ülkede bu konuda yasal düzenleme mevcut olmakla birlikte uygulamada aksamalar olduğu gözlenmektedir. Bu konuda başarıya ulaşabilmek için tam sigarasız ortamların yaratılması gerekmektedir.

O - (Offer help to quit tobacco use) Sigarayı bırakmak isteyenlere yardım et:

Dünyada halen 1.3 milyar kişi sigara içmektedir. Bu kişilerin çoğu nikotin bağımlısıdır. Sigara içenlerin büyük bölümü ise sigarayı bırakmak istemekte, ancak bu konuda yeterli desteği bulamamaktadır. Günümüzde yalnızca dokuz ülkede (Dünya nüfusunun %5'i bu ülkelerde yaşamaktadır) bu konuda kapsamlı bir hizmet sunulmaktadır. Sigara içenlerin bağımlılıktan kurtulmalarını sağlamak için bu konuda etkili olduğu kanıtlanmış olan

Grafik 1. Sigara reklamları ile ilgili yasakların uygulanmasına göre sigara içme sıklığındaki azalma (6)



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

**Doç.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Ankara, Sigara ve Sağlık sted • 2008 • cilt 17 • sayı 3 • IV Ulusal Komitesi (SSUK) Üyesi

yöntemlerin yaygın ve ucuz bir biçimde sunulması gereklidir.

W- (Warn about dangers of tobacco)

Bireyleri sigaranın zararları ile ilgili uyar: Sigaranın zararları konusunda çok sayıda kanıt olmasına karşın sigara içenlerin çoğunluğu bu konuda yeteri kadar duyarlı davranmamaktadır. Sigaranın zararları konusundaki etkili uyarılar, özellikle gençler arasında sigaranın imajını olumsuz duruma getirmektedir. Grafik biçimindeki uyarılar daha etkili olmakla birlikte halen ancak Dünya nüfusunun %6'sının yaşadığı 15 ülkede uygulanmaktadır. Paketin ana yüzünün en az %30'unu kaplayan resimli uyarı ise yalnızca 5 ülkede vardır (Dünya nüfusunun %4'u). Dünya nüfusunun %40'ının yaşamakta olduğu ülkelerde ise sigara paketleri üzerinde "hafif" (light) ya da "düşük katranlı" (low-tar) şeklinde yanıltıcı ifadeler yer almaktadır.

E- (Enforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship) Tütün reklamı, tanıtımı ve sponsorluğu ile ilgili yasakları

Uygula: Tütün endüstrisi her yıl reklam, tanıtım ve sponsorluk amacı ile milyarlarca dolar harcamaktadır. Bu konudaki "kısmi" yasaklamalar yarar sağlamamaktadır, tütün ürünleri ve sigara firmaları ile ilgili her türlü reklam ve tanıtımın yasaklanması gerekmektedir. Bunun dışında sigara firmalarının çeşitli etkinliklerde sponsorluk yapmalarının da yasaklanması gerekmektedir. Günümüzde Dünya nüfusunun ancak %5'inin yaşamakta olduğu ülkelerde kapsamlı bir reklam, tanıtım ve sponsorluk yasağı uygulanmaktadır. Buna karşılık Dünyadaki çocukların yarısı, tütün ürünlerinin ücretsiz olarak serbestçe dağıtılabildiği ülkelerde yaşamaktadır. Oysa yasakların uygulandığı ülkelerde sigara içme sıklığında önemli ölçüde azalmalar saptanmaktadır.

R- (Raise taxes on tobacco) Tütüne uygulanan vergi miktarını artır: Sigara fiyatlarının artırılmasının (özellikle gençler arasında) sigara kullanımını azaltma bakımından en etkili girişim olduğu bilinmektedir. Sigara fiyatının artırılmasının vergi artışı yolu ile yapılması durumunda ülkenin sigara satışından sağladığı gelir de azalmayacağı için bu yöntem tercih edilmelidir. Halen Dünyada yalnızca dört ülkede sigaradaki vergi yükü, sigaranın perakende satış fiyatının %75'inden fazladır. Bu ülkelerde Dünya nüfusunun %2'si yaşamaktadır. Yüksek gelirli olan ülkelerin %80'inde sigara satış fiyatı içinde vergi oranı %51-75 arasındadır. Sigara fiyatındaki %10'luk artış sigara kullanımında gelişmiş ülkelerde %4'lük, gelişmekte olan

ülkelerde ise %8'lik azalmaya yol açmaktadır. Artan vergilerden sağlanan gelirle de tütün kontrolü konusunda daha etkili çalışmalar yapılabilir.

STED dergisi kapsamında bu sayfadan daha önce de okuyucu ile paylaşılmış olan MPOWER olarak formüle edilmiş olan bu yaklaşımlar uygulayıcılar için yardımcı bir rehber niteliğindedir (3). Ancak bu konudaki uygulamalarda başarıya ulaşabilmek için doğruları bilmenin yanı sıra uygulama konusunda istek ve politik kararlılığın olması çok temel bir koşuldur. Bu yönde konulan kurallara toplumsal uyum -sigara içenler arasında da- çok yüksektir. Örneğin bar ve restoranlarda sigara içme yasağı uygulamasının yapıldığı ülkelerde önceleri beliren tepkiler kısa zamanda azalmış ve sigara içenler de yasak uygulamasını desteklemeye başlamışlardır. Toplumsal desteğin yüksek olduğu bir konuda politik kararlılık da eklenince başarıya ulaşmak kolaylaşacaktır. Bu konuda MPOWER yaklaşımının toplumda yerleşmesi için uluslararası örneklerin paylaşılması, izlenmesi ve değerlendirilmesi gerekir.

Ülkemizde TKÇS'nin imzalanmasından sonra tütün mücadelesi ivme kazanmıştır. Tütün konusunda ulusal eylem planının yapılması, ardından 5727 sayılı yeni tütün ile mücadele yasasının resmi gazetede yayımlanması bu konudaki son derece önemli gelişmelerdir. DSÖ tarafından önerilen yeni yaklaşımın ülkemizdeki bu mücadeleyi olumlu etkileyeceği düşünülebilir. Ancak bu konuda yukarıda da ifade edilen politik kararlılık ve izleme stratejilerinin güçlülüğü de önem taşımaktadır.

İletişim: Dr. Dilek Aslan

E-posta: diaslan@hacettepe.edu.tr

Kaynaklar

- 1- Tobacco key facts. <http://www.who.int/topics/tobacco/facts/en/index.html>. Erişim tarihi: 2 Nisan 2008.
- 2- WHO Framework on Tobacco Control. <http://www.who.int/tobacco/framework/en/index.html>. Erişim tarihi: 2 Nisan 2008.
- 3- Aslan D, Bilir N. Tütün Epidemisi ve Küresel Tütün Kontrolü ile ilgili 10 Önemli Konu. STED 2008 (1): IV-V.
- 4- http://www.who.int/features/factfiles/tobacco_epidemic/tobacco_epidemic_facts/en/index9.htmlFebruary 2008.
- 5- MPOWER. Six policies to reverse the tobacco epidemic. http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_six_policies_2008.pdf. Erişim tarihi: 2 Nisan 2008.
- 6- Saffer H. Tobacco advertising and promotion. In: Jha P, Chaloupka FJ, eds. Tobacco control in developing countries. Oxford, Oxford University Press, 2000.

Türkiye'nin Sağlığını Okumak

Dr. Onur Hamzaoğlu*



Tablo. Doğum sırasına ve yıllara göre bebek ölüm hızı (binde)

	1993	2003
Doğum sırası		
1	64.0	27
2-3	50.6	36
4-6	80.3	47
7+	125.1	80
Hız Oranı (7+/1)	1.95	2.96
Toplam	52.6	29

Türkiye'de, Temmuz 2007 genel seçimlerinden günümüze, pek çok alanda geriye-tersine-dönüşümlerin yaşandığına tanık oluyoruz. Bunlardan birisi, geçtiğimiz günlerde Başbakan Recep Erdoğan tarafından açıklandı: "Doğura bildiğiniz kadar doğurun... Çocuğu veren rızkını da verir" Bu sözler, farklı zaman ve mekanlarda birkaç kez ısrarla yineleni. Kabinenin Sağlık Bakanı, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı, Prof. Dr. Recep Akdağ tarafından da bu açıklamalar, sessiz kalınarak onaylandı. Bu ifadeler, Türkiye'de 2008 yılı itibarıyla antinatalist nüfus politikalarının terk edilip, yerine pronatalist politikaların uygulanmak istendiğini gösteriyor. Neyin pahasına? Sorumuzun yanıtını, doğrudan sağlık başlığında ve bebek ölümlülüğü alt başlığı kapsamında değerlendireceğiz.

Pek çok araştırmada annenin doğurganlık örüntüsü ile bebek ve çocuklarının hayatta kalma olasılıkları arasında ilişki olduğu ortaya konmuştur. Bu bulgulardan bir tanesi, anneleri daha önce çok sayıda doğum yapmış olan bebek ve çocukların daha yüksek ölüm riskine maruz kaldıklarıdır. Yüksek doğum sırası, üç ya da daha fazla doğum yapıldıktan sonra doğan bebekler için kullanılmaktadır. Araştırmalar sonucunda elde edilen bir diğer bulgu da, ilk doğumlar arasında ölüm hızlarının daha sonraki doğumlara oranla daha yüksek olabileceğidir. Bununla birlikte bu doğumların kaçınılabilecek doğumlar olmadığı da bilinmektedir. Bunun içindir ki, konuyla ilgili çalışmalar kaçınılabilecek doğumları konu almakta ve bu alanda yaşananları ortaya koyup, bunlar engellenebildiğinde toplumun kazanacakları üzerinde yoğunlaşmaktadır.

Tablomuzda da görüldüğü gibi, bu kapsamda ülkemizde yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmalarında da çok doğumun bebek ölümleriyle ilişkisi sorgulanmış ve önemli sonuçlara ulaşılmıştır. Bin dokuz yüz doksan üç yılında Türkiye genelinde canlı doğan bin bebekten, yaklaşık 53'ü birinci doğum gününü

göremeden kaybedilmiştir. Buna karşın, bebek, annenin yedinci ve daha sonrasındaki doğumunda doğurduğu bebek ise bin tanesinden 125'i birinci doğum gününü görememiştir. Aynı yıl annenin birinci doğumunda doğurduğu bin bebekten 64'ü, iki ya da üçüncü sırada doğurduğu bin bebekten de 51'i birinci doğum gününü göremeden kaybedilmiştir. Bu çalışmadan 10 yıl sonra yapılan araştırmada, ülke genelinde bin canlı doğumdan 29'unun birinci doğum gününden önce kaybedildiği, bebek, annenin yedinci ve daha sonraki doğumunda doğurduğu bebek ise 80'inin birinci doğum gününü göremediği saptanmıştır. Aynı yıl doğan bebeklerden, annenin birinci doğumunda doğurduğu bin bebekten 27'si, iki ya da üçüncü sırada doğurduğu bin bebekten 36'sı bir yaşından önce kaybedilmiştir.

Aynı yıllar için, annenin 2.-3. doğumu ile 4. ve 7. ve sonrası doğumları arasında da bebeklerin ölme riski yönünden farklılık olduğu ve doğum sırası artıkça bebeğin bir yaşından önce ölme riskinin de yükseldiği hesaplanmıştır.

Doğum sırası ile ölme riski arasında saptanan bu ilişkinin yanında, ülkemizde yıllar içinde bu riskin giderek arttığını da görmekteyiz. Bin dokuz yüz doksan üç yılında annenin birinci doğumunda doğurduğu bebeklerden birine karşılık, annenin yedi ve daha sonrasındaki doğumunda doğurduğu bebeklerden yaklaşık 2'si (Hız Oranı= 1.95) birinci doğum gününü göremezken, 2003 yılında annenin birinci doğumunda doğurduğu bebeklerden birine karşılık, annenin yedinci ve daha sonrasındaki doğumunda doğurduğu bebeklerden yaklaşık 3'ü (Hız Oranı = 2.96) birinci doğum gününden önce kaybedilmiştir.

Sağlık Bakanlığı'nın resmi katkılarıyla yapılmış bu araştırmalar ve bilgiler ortadayken Başbakan'ın açıklamaları ve Sağlık Bakanı'nın sessizliğini nasıl açıklayacağız? Ülkemizde kır-kent ve bölgeler arası farklar artmasına karşın, bebek ölüm hızımızdaki yıllar içerisindeki azalma rahatsızlık mı yaratıyor? Yoksa daha fazla acılı, yaşlı anne ya da aileye mi gereksinim duyuluyor?

İletişim: Dr. Onur Hamzaoğlu

E-posta: ohamzaoglu@kou.edu.tr

Kaynaklar

Hacettepe University Institute of Population Studies, Demographic and Health Surveys Macro Int. Inc (1994), Turkish Population and Health Survey 1993, Ankara.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, (2004), Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003, Ankara.

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



Gözlemsel Farmakoepidemiolojik Çalışmalar

Ruhsatlı olan tıbbi ürünlerin pazarlama sonrası güvenlilik/tolere edilebilirlik, klinik etkililik, hasta uyuncu, ilaç etkileşimleri, farmakoekonomi gibi özellik ve yönlerine ilişkin veri elde etmeyi amacıyla gözlemsel farmakoepidemiolojik çalışmalar düzenlenir. Bu çalışmalar prensip olarak klinik ilaç araştırmalarından ve ilaçlarla ilgili veri toplanmayan, genel epidemiyolojik çalışmalardan farklıdır. Veri toplama işlemi diğer klinik ilaç araştırmalarından farklı olarak sağlık hizmeti verilen her türlü sağlık kurum ve kuruluşunda ve ayrıca gerekli izinlerin alınması koşuluyla saha taraması şeklinde doğrudan gönüllülere ulaşılarak da yapılmaktadır.

Bu çalışmalar ilaçların ruhsatlarında belirtilen kurallara uygun reçetelenmesi ile yürütülen, çalışmaya gönüllü alımının terapötik stratejisi önceden belirlenmiş bir çalışma protokolüne göre olmayan, ancak ürünün mevcut reçetelendirilmesi, gönüllünün çalışmada yer alması kararından açık bir biçimde ayrı olan, gönüllüye ek tanı prosedürlerinin uygulanmadığı ve toplanan verilerin analizi için epidemiyolojik yöntemlerin kullanıldığı çalışmaları içerir. Gözlemsel farmakoepidemiolojik çalışmalarda, hekimin tedavi planına herhangi bir girişim söz konusu olmamalıdır (spontan reçeteleme).

Başlıca gözlemsel farmakoepidemiolojik çalışma tipleri aşağıdaki biçimde özetlenebilir:

1. Gözlemsel etkililik (effectiveness) çalışmaları,
2. Tedaviye uyuncu izlem çalışmaları,
3. Yaşam kalitesi izlem çalışmaları,
4. Gözlemsel farmakoekonomi çalışmaları,
5. Tedavi uygulama paterni (practice pattern) izleme çalışmaları (ilaçların gerçek endikasyonlarına uygun biçimde kullanılıp kullanılmadığının araştırıldığı gözlemsel çalışmalardır),

6. Pazarlama sonrası gözetim çalışması (Yeni ilacın geniş hasta popülasyonlarında, güvenliliğinin yanı sıra etkililiğinin, hasta uyuncunun, ve diğer konuların da izlendiği çalışmalardır),

7. Pazarlama sonrası ilaç güvenliliği gözetim çalışması (Yeni ilacın geniş hasta popülasyonlarında istenmeyen etkilerinin izlendiği çalışmalardır),

8. Sağlık kurumu kullanım çalışmaları
Klinik ilaç araştırmalarında olduğu gibi bu çalışmalarda da gönüllünün/hastanın haklarına ve etik kurallara saygı gösterilir. Her gönüllünün, yeterince ve anlayabileceği biçimde bilgilendirildikten sonra serbest iradesi ile çalışmaya dahil edilmesine dair sözlü oluru ya da gerekli durumlarda yazılı olur alınmalıdır. Ayrıca etik kurul onayı almak gereklidir.

Bu çalışmalarda katılımcı hekimler çalışma konusu etkin maddeyi, kendilerine başvuran hastalara araştırma amacıyla değil, hastanın rutin tedavisinin gereği olarak; hasta ve özellikle belirli bir müstahzar seçmeksizin, tıp bilimi ve hekimlik kuralları dışında hiçbir kısıtlama ve baskı altında kalmaksızın reçetelemelidirler (spontan reçeteleme).

İletişim: Dr. Alper B. İskit

E-posta: alperi@hacettepe.edu.tr

Teşekkür:

Prof. Dr. Alper B. İskit, Türkiye Bilimler Akademisi Genç Bilim İnsanlarını Ödüllendirme Programı (TUBA-GEBİP) tarafından desteklenmektedir. (EA-TUBA-GEBİP/2001-2-11)



Dr. Leziz Onaran*

İlaçların Beklenmeyen Etkileri

Unutmayalım ki, istatistikler hekimler içindir, hastalar için değil. Binde bir bile olsa, bir rastlantı, hasta için yüzde yüzdür!

Kendimde denenmiştir!..

Emekliliğe birkaç yıl kala, atriyal fibrilasyonum için bir beta bloker vermeye başlamıştı kardiyologlar. Tek doz olarak sabahları alıyordum. Bir süre sonra, göğsümde, bir çemberle sıkıştırılmış gibi baskı duymaya başladım. Sabahları hastaneye giderken, yakın kapıdaki altı, yedi basamak merdiveni çıkma gücüm olmuyordu. Birkaç saat sonra durumum düzeliyor; sıkıntımı unutuyordum.

Bir süre sonra, bu durum her gün, aynı biçimde yinelenmesi üzerine aldığım ilacı düşündüm. Birgün, geniş bir yelpazede incelenmesi için kan verdim. Karaciğer fonksiyon testlerinin bir bölümünün ileri derecede bozuk olduğunu gördüm. Bilirubin ile transaminaz değerlerinin bütünüyle doğal sınırlar içinde kalmasına karşın, LDH ile alkalen fosfataz değerleri çok yüksekti. Sıkıntımın, ilacın alınmasıyla başlaması, bir süre sonra kaybolması, karaciğerimin eliminasyon görevindeki gecikmesinden ileri geliyor olacaktı.

Yeni bir kutu ilaç almadan kardiyolog arkadaşlara durumunu anlattım. İlacımı bir kalsiyum antagonist ile değiştirdiler. Yakınmam hemen geçti. İki hafta sonra da sonuçlar doğal sınırlarına döndü.

Hastanemizin patoloji uzmanı Dr. Vedia Müftüoğlu arkadaşımız da başka türlü bir olay atlatmıştı. O ise bana verilen kalsiyum antagonistini alırken sarılığa yakalanmıştı. İncelemeler, viral hepatit cinsilerinden hiçbirini göstermedi. Toksik hepatit üzerinde duruldu.

Literatür taranmasında, benzer durumla karşılaşıldığı anlaşıldı. İlaç kesilince Vedia Hanım da iyileşti.

Her iki ilaç da, kalp ritmi üzerine etkileri yüzünden kullanılan ilaçlar olduğu halde, etki mekanizmalarının ayrı yollardan olması yüzünden, karaciğerin iki ayrı fonksiyon çizgisinde toksik etki göstermişlerdi. Bunların araştırılması, farmakologların da katkılarıyla yararlı olur diye düşünmüştüm.

Kardiyologlardan, bir protokolle uygulanacak ortak çalışma için destek istedim. Bu iki ilacı kullanmaya başlamadan önce karaciğer işlevlerini saptayıp, sonra aralıklı muayenelerde izlemeyi çok isterdim. Ne yazık ki, herhalde onların da işlerinin ağırlığından öyle bir çalışmayı planlayamadık. Kısa zamandan sonra yaş sınırından emekli oldum.

Bu ilaçların karaciğer üzerinde toksik etki gösterdikleri biliniyor. Ama çok seyrek olarak ortaya çıkıyor. Şimdi hala bu konuda yapılacak ileriye dönük ortak araştırmaların yararlı olacağını, zararlı etkilerin meydana gelmelerine dönük önlemlerin alınabileceğini düşünüyorum. Üstelik, son zamanlarda artan olanaklarla durumun daha iyi anlaşılabilir olacağı gerçeğini biliyorum.

Bir de, alt dalların ortaya çıkmasıyla iyice bölünmüş gibi görünen tıp alanlarındaki bakış açıların birleştirilmesi, günümüze uygun düşen ekip çalışmaları kavramını pekiştirecektir. Emekli bir tıp yolcusu olarak, güvenli geleceğe elbirliği ile ulaşılacağına inanıyorum.

Ayrıca, unutmayalım ki, istatistikler hekimler içindir, hastalar için değil. Binde bir bile olsa, bir rastlantı, hasta için yüzde yüzdür!

TTB- STE Kredi Puanı ve Kitap Kazananlar



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

Aralık 2007 sayımızdaki Ödüllü Bulmaca'dan kredi puanı kazananlar

1- Yüksel Tur, 2- Arda Gafur (Ankara), 3- Şermin Altunel Uzun (Eskişehir), 4- Metin Değirmenci, 5- **Cevat Aşkar** (Hatay), 6- **Kemal Demirkıran***, 7- Seçil Kaya (İstanbul), 8- **Gülay Sal*** (Kırşehir), 9- Seher Yeşilyurt, 10- İbrahim Yakutbay (Kütahya), 11- **Fatma Yücel Beyaztaş*** (Sivas), 12- Aynur Şahin, 13- Nur Figen Akdağ, 14- Fatma Canki, 15- **Mustafa Atasoy*** (Tekirdağ).

*Emekli



Birinci Kadın Sağlığı Kongresi 20-22 Mart 2008, Ankara

Henüz kayıt masasının başında iken farklı bir kongrenin olacağı belliydi. Güler yüzlü genç kızlar, büyük bir içtenlikle kongre kitabını, yine kadın elinden çıkmış mor şeritli kumaş çantalara özenle yerleştiriyorlardı. Kongre kitabının içeriği ve estetik tasarımı kongrenin de içeriğinin ve ruhunun habercisiydi adeta.

Kadına yönelik şiddet olgusunun, en yaygın insan hakları ihlali olmasının yanı sıra, aynı zamanda önlenebilir bir sağlık sorunu olduğuna dikkat çeken bu kongrenin kanımca en dikkat çekici yanı sosyal bilimciler ile fen bilimcilerin bir araya gelerek, sağlığın tanımındaki "aynı zamanda sosyal bir iyilik hali olduğu" vurgusunu ön plana çıkarmasıydı.

Konuşmacıların hemen tamamı kadındı ve alanlarında çok yetkin insanlardı. Otuz yedi konuşmacının otuz beşinin kadın olduğu başka bir kongre var mıdır bilmiyorum. Kürsülerde çoğunlukla erkekleri gördüğümüz bir dünyada bu görüntü doğrusu çok hoştu.

Salon hemen bütün oturumlarda tamamen doluydu ve ek salon açılmak durumunda kalındı. Özellikle öğrencilerin yoğun ilgi göstermesi çok sevindirici ve umut vericiydi. Keşke benim de öğrenciyken böyle bir kongreye katılma olanağım olsaydı diye düşündüm. Belki o zaman meslek yaşamım boyunca karşılaştığım pek çok "şiddete uğramış kadın" olgusunu atlamazdım.

İlk günün son oturumunda, Füsun Ablamızı gözyaşları içinde andıktan sonra, Türkan Saylan, Ayşe Akın ve Leziz Onaran hocalarımızın anılarını kendi ağzlarından dinledik. Öyle ki bu konuşmalar lezzetli bir yemeğin üstüne yenen tatlı gibiydi. Onsaat de 19 oluvermişti. Hem kendi adıma, hem de bu toplumda yeşerttikleri tohumlar adına, kendilerine duyduğum minneti ifade edemediğim için biraz üzgün, biraz yorgun ama en çok da verimli bir gün geçirmenin hoşnutluğu ile salondan ayrıldım. Atölye çalışmaları ertesi güne kalmıştı.

İkinci gün, kadına yönelik şiddetin ülkemizdeki durumunu ortaya koyan çok geniş kapsamlı bir alan çalışmasının sunumuyla

başladı. Sonraki oturumda konuyla ilgili kamu kuruluşlarının temsilcileri tarafından, yaptıkları ve planladıkları çalışmalar sunuldu. Böylece Türkiye'deki durum açısından bir tablo ortaya çıkmış oldu.

"Kadına yönelik şiddetin neden bir sağlık sorunu" olduğuna ilişkin oturum, özellikle kısa video filmlerin gösterimi ile tam olarak hedefine ulaştı. Bunda en büyük etken video filmlerin konusunun alanda çalışan insanların başından geçen olaylar olması ve yine alanda çalışan insanlar tarafından canlandırılması olsa gerek. Kısacası bu filmler gerçekle yüzleşmemizi sağladı.

Kongrede, Türkiye'de kadınların yararına pek çok yasanın çıkmasına öncülük etmiş, halen çok verimli çalışmalar yapan kadın hareketinin deneyimlerini paylaşmak da çok anlamlıydı ve izleyenlerin bakış açılarını genişletti.

İkinci günün sonuna kalan atölye çalışmaları geç saatlere kadar sürdü. İnsanların yeme içme düşünmeden, büyük bir azimle fikir üretmeye çalışmaları ayrıca çok heyecan vericiydi.

Üçüncü günün sabahı salon yine doluydu. İlk günkü enerji hiç tükenmemiş, hatta artmıştı. Sağlık sektörünün sorunun çözümündeki önemi, klinik açıdan şiddet konusuna yaklaşım, ebe ve hemşirelerin bu konudaki yerinin tartışılması ile sağlık açısından şiddet konusu eksiksiz tartışılmış oldu.

Artık sona gelinmişti. Kongreyi düzenleyen Türk Tabipler Birliği Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kolu ile Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi yetkilileri çok zor bir görevi başarıyla tamamlamanın verdiği gururla "kongre sonuç bildirgesini" okudular. Büyük bir bilgi birikiminin, alanda edinilen deneyimlerin, kadın üretkenliğinin ve dayanışmasının sonucu bildirinin her satırında okunuyordu.

Her şeyin açgözlülükle tüketedildiği bir dünyada, hala bilgiyle, sevgiyle, emekle ve dayanışmayla bir şeylerin üretilebileceğini bize kanıtladıkları için emeği geçenlere ayrıca teşekkür ederim.

Dr. Orhan Odabaşı*, Dr. Melih Elçin**

İntravenöz Sıvı Tedavisi Uygulama Becerisi

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

Araç: Antiseptik madde, tampon, eldiven, tedavi muşambası, serum askısı, turnike, intravenöz solüsyon, plastik askı, sıvı seti, intraket, flaster, kalem

Basamak 1. Elleri yıkama (Resim 1)



Basamak 2. Hastaya işlem hakkında bilgi verme

Basamak 3. Sıvı setinin paketini açma* (Resim 2)



Basamak 4. Solüsyon şişesine plastik askı takma (Resim 3)



Basamak 5. Solüsyon şişesinin plastik disk kapağını çıkarma (Resim 4)



Basamak 6. Sıvı setinin uç kısmını şişenin lastik tıpasının tam ortasından hızlıca şişenin içine doğru itme (Resim 5)



Basamak 7. Sıvının akış ayarlayıcı makara ya da metal kısılcacını kapatma (Resim 6)



Basamak 8. Solüsyon şişesini ters çevirerek sıvı askısına asma (Resim 7)



Basamak 9. Sıvı setinin havalandırma kapağını açma (Resim 8)



Basamak 10. Sıvı setinin damlalığını başparmak ve işaret parmağı arasında sıkıp gevşeterek yarısına kadar solüsyon ile doldurma (Resim 9)



Resim 9

Basamak 11. Sıvı setinin sıvı ayarlayıcısını açıp içinden serum geçirerek havayı çıkarma ve daha sonra ayarlayıcıyı kapatma (Resim 10)



Resim 10

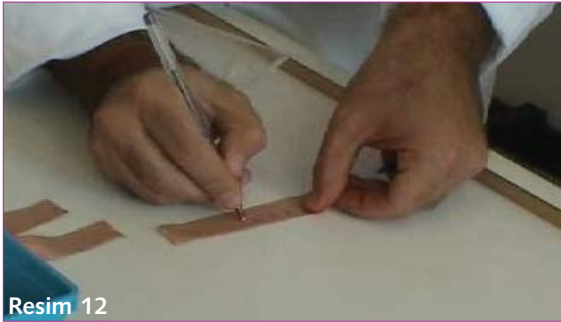
Basamak 12. Sıvı setinin uç kısmını hastaya takıncaya kadar sıvı askısına asma

Basamak 13. İntraketi tespit için kullanılacak flasterleri hazırlama** (Resim 11)



Resim 11

Basamak 14. Flasterlerden birinin üzerine tarih, saat ve uygulamayı yapan kişinin adını yazma (Resim 12)



Resim 12

Basamak 15. Eldivenleri giyme

Basamak 16. Hastaya uygun pozisyon verme

Basamak 17. Belirlenen bölgenin altına tedavi muşambasını koyma (Resim 13)



Resim 13

Basamak 18. Kullanılacak veni belirleme*** (Resim 14)



Resim 14

Basamak 19. Uygun intraketi seçme (Resim 15)



Resim 15

Basamak 20. İntraket paketini açma (Resim 16)



Resim 16

Basamak 21. Tournikeyi arteriyel kan akımını engellemeyecek şekilde girişim yapılacak venin 10-15 cm yukarisından bağlama (Resim 17)



Resim 17

Basamak 22. Antiseptik maddeli tampon ile girişim yapılacak bölgeyi yukarıdan aşağıya doğru silme (Resim 18)



Resim 18

Basamak 23. İntraketin koruyucu kapağını açma (Resim 19)



Resim 19

Basamak 24. Pasif el ile kolu destekleyip, başparmakla girişim yapılacak bölgenin altından cildi aşağı doğru çekerek gerdirme (Resim 20)



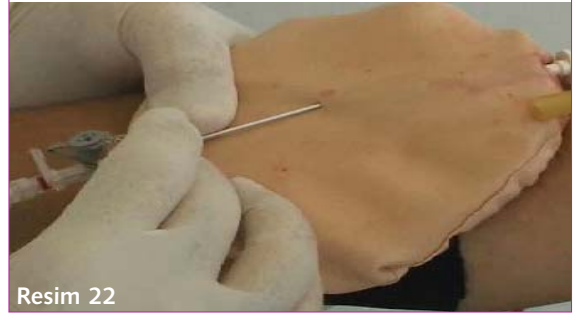
Resim 20

Basamak 25. İntraketin ucu yukarıya bakacak şekilde, vene girilecek bölgenin 1 cm altından, 150 lik açılı ile vene girme (Resim 21)



Resim 21

Basamak 26. İntraketi ucunda kan görünene dek ven boyunca ilerletme (Resim 22)



Resim 22

Basamak 27. Pasif elin başparmağı ile venin üst kısmından bastırarak aktif el ile intraketin içindeki iğne kısmını 1 cm geriye çekme (Resim 23)



Resim 23

Basamak 28. Plastik olan dıştaki kısmı ven boyunca sonuna kadar itme (Resim 24)



Resim 24

Basamak 29. Turnikeyi çözme (Resim 25)



Resim 25

Basamak 30. İntraket içindeki metal iğneyi tamamen çıkarma (Resim 26)



Resim 26

Basamak 31. Vene baskı yapan eli oynatmadan setin koruyucu kısmını çıkarma (Resim 27)



Resim 27

Basamak 32. İntraketin bağlantı ucuna setin ucunu yerleştirme (Resim 28)



Resim 28

Basamak 33. Sıvı setininin akış ayarlayıcı makara ya da metal kısıkcını açarak solüsyonu kısa bir süre hızla gönderme (Resim 29)



Resim 29

Basamak 34. İntraketi flaster ile tespit etme (Resim 30)



Resim 30

Basamak 35. Akış hızını ayarlama (Resim 31)



Resim 31

Basamak 36. Verilen solüsyonun alerjik reaksiyon yapıp yapmadığını kontrol etme
Basamak 37. Kullanılan materyali kırmızı atık torbasına atma (Resim 32)



Resim 32

Basamak 38. Eldivenleri çıkartma (Resim 33)



Resim 33

Basamak 39. Elleri yıkama (Resim 34).



- * Son kullanma, sterilite tarihinin kontrol edilmesi
- ** Üç adet 1-2 cm genişliğinde 10-12 cm uzunluğunda flaster hazırlama
- *** Uygun veni periferden santrale doğru seçme



Bulaşıcı Hastalıklarla Savaşım

Kitabın ilk baskısı Nusret Fişek'in verdiği görevle 1982-83'te yazıldı. Yazar o dönemde Etimesgut ve Çubuk Bölgeleri'nin Sağlık Ocakları'nda, hastanelerinde, evlerinin içinde, ahırlarında ve helalarında insanlar ve hayvanlarla ilgileniyor, bulaşıcı insan hastalıkları ve zoonozlarla boğuşuyordu. Ülkenin daha uygar koşullara yöneldiği yanılgısıyla güncelleştirilen ikinci yazım Hülya Ellidokuz'la, 1996'da hazırlandı ve sunuldu.

Son yıllarda 'Sağlıkta Dönüşüm' sonucu bulaşıcı hastalıktan korunma kaygısının yitilmesi, 'hasta olsun da sağaltayım' anlayışının yanında yazgıcı kültürün yaygınlaşması ve etkinleşmesi, hayvan sağlığı hizmetlerinin göz ardı edilmesi ve veterinerlik hizmetlerinin engellenmesi biyolojik ve toplumsal alanda yeni ve önemli sorunlara ortam yarattı. Türkiye'nin toplumsal ve kültürel yapılanmasının inişe geçmesiyle gelir dağılımında ve fırsatlardaki eşitsizliğin artması, kırsal tutuculuğun kente yaygınlaştırılması, kentte altyapının

alinyazısı/nasip/kısmet kavramlarıyla bulaşıcı hastalığa elverişli konuma dönüştürülmesi yeni yazımı zorunlu kıldı. Toplumun sağlığı yönünden bulaşıcı hastalığa sağlık çalışanlarına verilmesi gereken önem arttı, kitabın üçüncü kez ve başka bir yaklaşımla yazılması gereği doğdu. Yeni yazımın özelliği, yazarın alanda yaşadığı yoğun bulaşıcı hastalık deneyimini bilimsel kaynakça akışı ile varsıllaştırılmaya çalışması.

Yeni yazım ile kitabın içerdiği kavramlar genişletildi, güncel sorunlardaki uyarı ve önlemler - bir kısmı farklı yazarlarca- eklendi. İlk yazımdaki kırsal alan altyapısına yönelik çizimler yeniden yapıldı ve kondu. Örneklere ağırlık verildi, akılda daha çok kalacağı düşüncesiyle yazarın yaşadığı gerçek olgular çerçevelenerek sunuldu. İnternet ortamı dikkate alınarak okurun temel kaynaklara erişmesi olanakları oluşturuldu. Yazım genişletildi, iki katına yaklaştı; sözcük sayısı kırk üç binlerden seksen beş binlere yükseldi.

Ülkenin içine düşürdüğü bilim dışı ve karşıtı yaklaşım kitabın bilimsel içeriğinin güçlendirilmesi gereğini doğurdu. Toplumun sağlığına ve sağlık çalışanlarına yönelik yoğun saldırıya karşın sağlık örgütlenme modelindeki vazgeçilemez bütüncül yaklaşım ile, Sağlık Ocağı tabanında örgütlenmeye dayalı 'Sosyalleştirme bakışı' özenle korundu. Her önlem ve eylem Sağlık Ocağı tarafından ve Sağlık Ocağı çalışanlarınca yürütüleceği varsayılarak tanımlandı. Yazımda toplumdan yana, bilimi araç kılan, eşitlikçi ve paylaşımcı amaçlara yönelmesine özen gösterildi.

Bilgi ve istek için: aksakoglu@deu.edu.tr

Tel: 0 232 278 68 64



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 değerlendirilmeye 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	.....	.....	.....



Çocuk ve Gençler İçin Yeni Aşılama Önerileri

Amerikan Pediatri Akademisi'nin 0-18 yaş arası çocuk ve ergenlerin aşılama ve aşılamaya geç başlayan ya da en az bir ay geriden takip eden 4 ay-18 yaş arası çocuk ve ergenlerin aşılama takvimini yakalamaları ile ilgili yeni önerileri, Pediatrics Dergisi'nin Ocak 2008 sayısında yayımlandı. Buna göre, önerilen yaşta yapılmamış bir aşı, bir kontrendikasyon ya da başka bir engel bulunmadığı sürece bir sonraki görüşmede yapılmalı. Lisans almış kombine aşılar da bileşenlerin herhangi biri endike ise ve diğer bileşenler için bir kontrendikasyon yoksa uygulanabilir. Akademinin 0-6 yaş arası çocuklarda şu an lisansı olan aşılar için rutin olarak önerdiği uygulama takvimi aşağıdaki gibidir:

Hepatit B aşısı: Taburculuktan önce her yenidoğana monovalan hepatit B aşısı yapılmalıdır. İkinci doz 1-2 aylıkken, üçüncü doz ise en erken 24. haftada yine monovalan hepatit B aşısı olarak ya da hepatit B aşısı barındıran bir kombine aşı şeklinde uygulanmalıdır. Eğer annede hepatit B yüzey antijeni pozitif (HBsAg+) ise doğumu takiben 12 saat içinde aşıyla birlikte 0.5 ml hepatit B immün globulin verilmelidir. Bu çocuklarda aşının üç dozu tamamlandıktan sonra, 9-18. aylar arasında HBsAg ve anti-HBs düzeyleri bakılmalıdır.

Rotavirus aşısı: İlk doz 6-12. hafta arasında, son doz da 32. haftadan önce uygulanmalıdır.

Difteri ve tetanoz toksoid aşıları ve asellüler boğmaca aşısı (DaBT): En erken 6. haftada yapılmalıdır. Dördüncü doz 12 aylıkken verilebilir; ancak üçüncü dozdan en az 6 ay sonra olmalıdır. Son doz 4-6 yaş arasında verilmelidir.

Haemophilus influenzae tip b konjuge aşısı: En erken uygulama yaşı 6 haftadır. Eğer 2 ve 4 aylıkken Haemophilus influenzae tip b / Neisseria meningitidis dış zar kompleksi protein konjugatı kombine aşısı uygulanmışsa, 6 aylıkken yeniden H. influenzae tip b aşısı uygulanması gereksizdir. 12 aydan büyük çocuklarda H. influenzae tip b konjuge aşı/ DaBT kombinasyonu birincil immünizasyon için kullanılmamalıdır; ancak daha önce yapılmış H. influenzae konjuge aşıların rapeli olarak uygulanabilir.

Pnömonokok aşısı: En erken uygulama yaşı pnömonokok polisakkarit aşı için 2 yıl, pnömonokok konjuge aşı için ise 6 haftadır. Aşı takviminde eksiği olan, 24-59 ay arası tüm sağlıklı çocuklar, bir doz pnömonokok konjuge aşı ile aşılanmalıdır.

Altta yatan tıbbi bir rahatsızlıkları olan 2 yaşından büyük çocuklara ise pnömonokok polisakkarit aşı yapılmalıdır.

Influenza aşısı: En erken uygulama yaşı trivalan inaktive influenza aşısı için 6 ay, zayıflatılmış canlı aşı için ise 2 yıldır. 6-59 aylık çocuklar, 5 yaşından küçük çocuklarla temas eden tüm kişiler, 5 yaş ve üzerinde, bazı risk faktörlerine sahip çocuklar, risk grubundaki insanlarla temas halindeki insanlar her yıl aşılanmalıdır. Ebeveynlerinin aşı yapılmasını talep ettiği her çocuk da yılda bir aşılanır. Gebeliği ya da influenza komplikasyonlarına predispozisyon yaratan bir hastalığı olmayan, 2-49 yaş arasındaki herkese trivalan inaktive aşı ya da zayıflatılmış canlı aşı uygulanabilir. Trivalan inaktive influenza aşısı yapılacak çocuklarda doz, 6-35 ay arasında 0.25 ml, 3 yaş ve sonrasında 0.5 ml'dir. 9 yaşından küçük, ilk kez influenza aşısı yapılacak ya da ilk influenza aşısını önceki yıl tek doz şeklinde almış çocuklara arada en az 4 hafta olacak biçimde 2 doz aşı yapılmalıdır.

Kızamık, kızamıkçık, kabakulak aşısı: En erken 12 aylıkken yapılır. İkinci dozun 4-6 yaş arasında uygulanması önerilmektedir, ancak ilk dozun üstünden en az 4 hafta geçmiş olması şartıyla daha erken de uygulanabilir.

Su çiçeği aşısı: 12 aydan önce su çiçeği aşısı yapılmamalıdır. İkinci dozun 4-6 yaş arasında uygulanması önerilmektedir, ancak ilk dozun üstünden en az 3 ay geçmiş olması koşuluyla daha erken de uygulanabilir. İkinci doz, ilk dozu takiben 28 gün içinde yapılmışsa tekrarlanmamalıdır.

Hepatit A aşısı: En erken uygulama yaşı 12 ay olan bu aşı, 12-23 aylık tüm çocuklara önerilmektedir. İki doz arasında en az 6 ay olmalıdır. 2 yaşına kadar hepatit A aşıları tamamlanmayan çocuklar, sonraki görüşmelerde aşılanabilirler.

Meningokok aşısı: 4-valan konjuge aşı ve 4-valan polisakkarit aşı en erken 2 yaşında uygulanır. Terminal kompleman eksikliği olan 2-10 yaş arası çocuklar ve anatomik ya da işlevsel aspleni olan çocuklar gibi yüksek riskli gruplarda 4-valan meningokokal konjuge aşı önerilse de, polisakkarit aşı da kullanılabilir. Üç yıl ya da daha önce 4-valan polisakkarit aşı olup meningokokal hastalık için halen yüksek risk taşıyan bireylere konjuge aşı uygulanmalıdır.

Pediatrics. 2008;121:219-220.

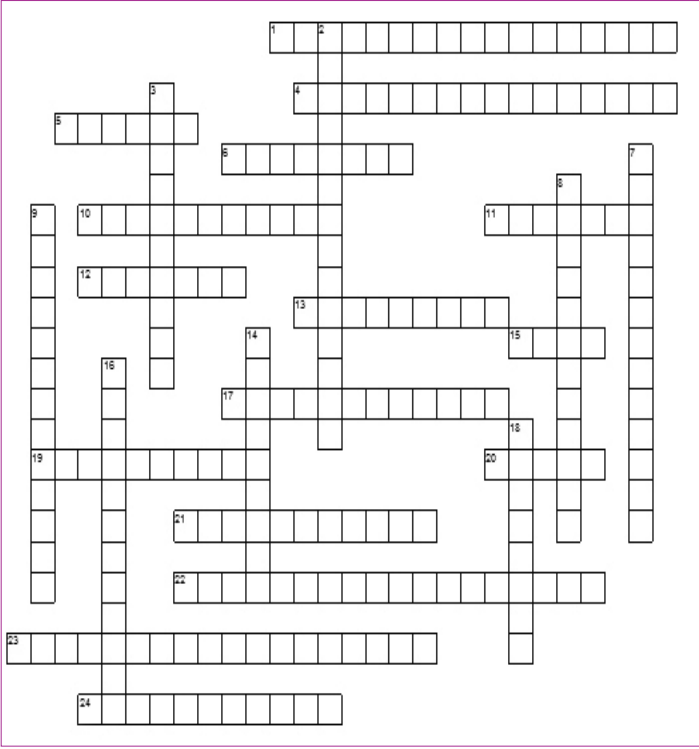
Hazırlayanlar:

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

*Doç.; STED Yayın Kurulu Üyesi, TTB-GPE YK Üyesi, Ankara
**Hacettepe Ü. Tıp Fak., Ankara



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 **Haziran 2008** sayımızda yayımlayacağız.



1- Üç ya da daha fazla doğumdan sonra doğan bebekler için kullanılan terminoloji,
2- Testiküler venöz dolaşımı sağlayan venlerden biri, 3- Terminal kompleman eksikliği olan çocuklarda uygulanması gereken bir aşı, 4- Varikoselin testis işlevinde bozduğu varsayılan sistem, 5- Tütün kontrolünde yeni bir program, 6- İntravenöz sıvı tedavisi için kullanılan bir gereç, 7- Sigara paketleri

üzerindeki yanıtıcı ifadelerden biri, 8- Cinsel gerilimi azaltmaya yönelik yaygın bir uygulama, 9- Sağlıklı bir cinsellikte istenmeyen gebelikleri önlemek için kullanılan yöntem, 10- Türkiye'de 2008 itibarıyla uygulanma sinyalleri veren nüfus politikası, 11- Geçlerin cinsellikle ilgili bilgileri en sık edindikleri kaynak, 12- Depresyonun sık görüldüğü kadın yaşamında bir süreç, 13- İnsanın mutluluk, başarı ve ilişkilerini derinden inceleyen hayat gerçeği, 14- Testiküler venlerin genişlemesi, 15- Testis disfonksiyonunda kullanılan bir uyarı testi, 16- Varikosel varlığında yapılabilecek ilk test, 17- Üreme sağlığı insanların doyurucu ve güvenli bir cinsel yaşama ve üreme yeteneğine bu yeteneği kullanıp kullanmamaya, kullanma zamanı ile sıklığına karar verebilme özgürlüğüne sahip olması, 18- Taburcu olmadan önce her yeni doğana uygulanması gereken aşı, 19- Cinsel eğitimin hedeflerinden biri, 20- Günümüzde iyi kullanılmayan bir cinsel eğitim aracı, 21- Sağlıklı cinsellik eğitimi almanın bireyde engellenmesini sağladığı bir davranış, 22- Bir gözlemsel farmakoepidemiolojik çalışma tipi, 23- Testis dolaşımını boşaltan venlerin oluşturduğu yapı, 24- Küçük çocuklarda oluşan varikoselde akla getirilmesi gereken bir patoloji.

STED Aralık 2007 Ödüllü Bulmaca Doğru Yanıtları:

1- Özel Hastane, 2- Submukozal Fibrozis, 2- Sağlık Bakanlığı (YA), 3- Otoriter Güç, 4- Dört, 5- Relaps, 6- Trafik Kazaları, 7- Anne Sütü, 8- Üreme Sağlığı, 9- Öksürük Şurubu, 10- SGK, 11- Sonlandırma, 12- Foley Kateteri, 13- Yüksekten Düşme, 13- Yürüteç (YA), 14- Skolyoz, 15- Sürünme, 16- Nargile, 17- Eylem, 18- Dokuz Kat, 19- Aile Planlaması, 20- Snuf, 21- Puro, 22- Baş, 23- Wolffchaikoff.