



Ergenlerde Madde Kullanımı ve İlgili Risk Faktörleri 15

Sturge Weber Sendromlu Bir Kızda
Santral Puberte Prekoks 23

Dismenorenin Adölesanlardaki Sıklığı ve
İlişkili Risk Faktörleri? 27



Yayın Yönetmenleri

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

Yayın Kurulu

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

Bilimsel Danışma Kurulu

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

Okuyucu Danışma Kurulu

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

Sayı Sorumlusu

Doç. Dr. Özen Aşut

Yayın Yönetim Merkezi ve İletişim Adresleri

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

Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Prof. Dr. Gençay Gürsoy

Yayın Türü

Yerel Süreli Yayın (Aylık)

Hazırlık ve Tasarım

Yeter Canbulat

Basımcının İletişim Bilgileri ve Basım Yeri

Matus Basımevi Reklam ve Yayın Ticaret Ltd. Şti. Tel: (0.312) 395 95 96
 Adres: İvedik Organize Sanayi Matbaacılar Sitesi 558. Sok. No: 2 Yenimahalle - Ankara
 Vergi Dairesi: Yenimahalle - Vergi No: 613 046 2266 - Ticaret Sicil No: 64/1828
 Basım Tarihi: 16 Nisan 2008

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.

Bu Sayıda

Cilt 17
 Sayı 2
 Şubat 2008

Derleme - Tanınız Nedir?

Ergenlerde Madde Kullanımı ve İlgili Risk Faktörleri 15
 Dr. Gülnaz Karatay

Sturge Weber Sendromlu Bir Kızda Santral Puberte Prekoks 23
 Dr. Ediz Yeşilkaya, Dr. Hasibe Şahbaz,
 Dr. Mehmet Boyraz, Dr. Aysun Bideci,
 Dr. Altuğ Koç, Dr. Peyami Cinaz

Tanınız Nedir? 26
 Dr. Nihal Hatipoğlu,
 Dr. Mehmet Canpolat, Dr. Selim Kurtoğlu

Araştırma

Dismenorenin Adölesanlardaki Sıklığı ve İlişkili Risk Faktörleri? 27
 Dr. Naim Nur, Dr. Haldun Sümer



Kapak Fotoğrafı:

"Nice Yıllar Yaşadım mı?"

Sağ. Tek. Bilal Solak, Konya
 TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2007
 Başarı Ödülü



Merhaba,

Geç kalmışlık duygusunu en son ne zaman yaşadınız? Yazıyı okumayı sürdürmeden birkaç dakika olsun düşünür müsünüz?

Kim bilir ilk aklınıza ne geldi?

Bir işi yapmakta geç kalmışlık, bir dosta, ana babanıza, çocuğunuza, eşinize, sevgilinize sevginizi göstermekte gecikmişlik? "Olmaz bu kadar da" dediğiniz bir duruma, davranışa tepkinizi göstermişlikte geç kalmışlık...

*Uyusunda Büyüsün

Tüketme nefesini maviş kızım

Bildiğin Türkçe kıt gelir masallarına

Sözden sazdan anlamazsın

Kuştan yapraktan haberin yok

Nedeni ne olursa olsun zamanında yapılmayan, en azından başlanılmayan, başlamayı bir tarafa bırakın niyetimizi bile gösteremediğimiz geç kalmışlıklar en hafifinden bir üzüntüye, pişmanlığa neden olacaktır. "Keşke öyle yapmasaydım", "şöyle olmasaydı", "tam söylemeye hazırlanıyordum", "inan bugün arayacaktım" derken kendimizi en son ne zaman yakaladık?

Belki de "Yaptıklarımın hiçbir zaman pişmanlık duymadım" diyen birisiniz. İmrenilecek denli bu kendini bilmek, attığı her adımı, söylediği her sözü sahiplenmek,

doğrusu insana pek inandırıcı gelmiyor. Bu durum olsa olsa biraz kendini beğenmişlik, biraz dünyayı umursamamak ya da olup bitenin içinde bir düş dünyasında yaşamakla, farkında olmamakla açıklanabilir.

Üzüntü duymak yerine, eksikliği gidermek, yanlış olanı düzeltmek için çaba göstermek "keşke yapabilsek" diyeceğimiz bir çıkış yolu. Oysa elimizi kolumuzu bağlayan, boğazımızı düğümleyen, hıçkırıklarımızın bizi boğduğu, göz yaşlarımızın içimize aktığı, bir insanın yaşamakta öylesine zorlandığı anlar var. Pişman olsak da, üzülsük de geç kalmışlığın içimizi kemirdiği "o anlar!"...

Üzme beni yum gözlerini

Uyutacak ninnilerim yok

Türküler mi istersin benden

Yanık memleket türküleri

Ne arasın bende o ses

Islıkla söylenir marşlar mı istersin

Bunlar size gelmez

Uyusunu kaçırır çocukların

Yaşam akıp giderken, günlük koşuşturmada küçük küçük, bizi mutlu eden, umutlandıran, yalnız olmadığınızı bağırmasa da kulağınıza fısıldayan ayrıntılar gözümüzden kaçabiliyor. Eksildiğinde, seyredildiğinde belki farkına bile varmakta güçlük çektiğimiz küçük "şeyler". Siz ne olursunuz birkaç dakikanızı ayırın birkaçını anımsamaya, fark etmeye çaba gösterin.

Sana hazır ninniler söylesem

Bahçeye kurdum desem salıncak

İnanır mısın

Ne bahçe var ne beşik

Bir arabacık da mı istemezdi şu asvalta

Yorganın yatağın iğreti

Doğdun doğalı ne oyun gördün

Ne oyuncak

Ne olur acele etmeyin. Yazıyı okumaktan vazgeçebilirsiniz. İnanın üzülmez, isterseniz derginizin geri kalanına sonra bakabilirsiniz, ne olur şimdi kendinize zaman ayırın, bir kapı aralayın.

Uyu benim maviş kızım

Dem geçecek devran geçecek

Kel oğlan murada erecek

Sökülecek has bahçenin çitleri

Ağlayanlar gülecek.

Bilimsel ve dostça kalın...

* Rifat Ilgaz (Uzak Değil) Uyusunda Büyüsün 1945-1948



Not: Yukarıdaki yazı, "Okurlarımız neden bizi eleştirmiyorlar, bu dergi işlerine yarıyor mu?" "Bize neden yol göstermiyorlar?" Belki mektup çok zor ama ayda bir iki satırlık bir elektronik posta bile göndermek bu kadar zor mu? diye düşünürken sabahın erken saatlerinde yazıldı. E posta adres listenize sted@ttb.org.tr adresimizi eklerseniz çok sevineceğiz.



Dr. Gülnaz Karatay*

Başvuru Tarihi : 16 Eylül 2006

Kabul Tarihi : 29 Aralık 2006

Öz

10-19 yaş dönemini kapsayan ve henüz çocukluk döneminden kurtulamamış ergenler için madde bağımlılığı, bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu yaş grubu içinde bazı ergenler genetik, kişisel, ailesel ve toplumsal açılardan diğerlerine göre daha fazla risk altındadırlar. Bu risk faktörlerinin bilinmesi; madde kullanmaya yatkın olan ergenlerin tanınması ve koruyucu önlemlerin alınması açısından önem taşımaktadır. Bu doğrultuda ilgili ulusal ve uluslararası makaleler taranarak oluşturulan bu derleme makalenin, bireye- aileye koruyucu sağlık hizmeti sunan sağlık çalışanlarının madde kullanımını engelleyebilmesi /azaltılabilmesi için ergenleri bahsedilen risk faktörleri açısından değerlendirebilmeleri açısından yararlı olacağı düşünülmektedir.

Anahtar sözcükler: Madde bağımlılığı, ergenlik, risk faktörleri.

Abstract

Substance abuse in adolescents, who are in the 10-19 age group and have not yet left childhood behind, stands out as an important public health problem in our country, as in the rest of the world. In this age group, some adolescents are under higher risk due to genetic, personal, familial and social risk factors. Being aware of these risk factors is important to recognise adolescents who are under higher risk for substance abuse and to take preventive measures. We believe that this review article, which was prepared by scanning related national and international articles, will be beneficial for health professionals who provide preventive health services to the individual and to the family in evaluating adolescents for the said risk factors in order to prevent or reduce substance abuse.

Key words: Substance abuse, adolescence, risk factors.

Giriş

Madde kullanımı ve bağımlılığı, günümüzde ırk ve etnik farklılıkları da aşarak bütün toplumların yüzleşmek zorunda kaldığı en önemli halk sağlığı sorunları haline gelmiştir (1). Tarihsel olarak bakıldığında, 19. yy'da uyuşturucu maddeye yalnızca üretildiği yerde ulaşmak olanaklıyken ve üretim alanları çok sınırlıyken, 20. yy'da taşımacılık, turizm ve seyahatlerdeki artışa bağlı olarak maddeyi elde etme güçlükleri ortadan kalkmıştır. Küreselleşme süreci ile birlikte sosyal, ekonomik ve politik etmenler de alkol ve diğer maddelerin global olarak yayılımını etki etmiştir. Özellikle Avrupa ülkelerinde yaşam koşullarının değişmesine ve kültürel yabancılaşmaya bağlı olarak, madde kullanımı ergenler arasında toplumsal bir fenomene dönüşmüştür (2).

Özellikle psikolojik ve fizyolojik yönden bir geçiş dönemi yaşayan ergenler için, madde kullanımı arkadaşlar arasında kabul görmenin ve yetişkin olabilmenin bir yolu olarak görülmektedir. Bu yaş grubunda ergenlerin kendilerine kimlik arama çabaları, yeni deneyimlerle birlikte yeni sorunları da

getirmektedir. Ergenlerin, özellikle psikososyal düzeyde yaşadıkları iç gerilimler ve ailesel çatışmalar, tepkisel davranmayı ve tepkisel bağlanmayı da birlikte isteği getirmektedir. Dahası, farklı olanı deneme ve deneyimlerinden zevk elde etme çabası ergenlik dönemindeki riskli davranışlar için zemin hazırlamaktadır (3, 4).

Ergenler Arasında Sıklıkla Kullanılan Maddeler ve Ülkemizdeki Prevelansı

Ergenlerin kullandıkları maddeler arasında sigara ve alkol ilk sıralarda yer almaktadır. Hattâ sigara ve alkol o kadar yaygın kullanılmaktadır ki toplumsal olarak kabul görmektedirler. Aynı kavram kargaşası esrar için de oluşmaya başlamıştır. Sigara şirketlerinin sigaranın madde olmadığı yönündeki propagandasına karşın, sigaranın önlenemez ölüm nedenlerinin başında geldiği ve bağımlılık yaptığı 1970'lerden beri bilinmektedir.

Sigara ve esrar başlangıç maddesi niteliğindedir ve bu maddeleri kullanan ergenlerin diğer maddeleri kullanma olasılıkları, madde kullanmayan ergenlere göre daha fazladır. Bu yaş döneminde fiziksel görünüm önemli olduğu için özellikle erkek ergenler fiziksel olarak güçlenebilmek amacıyla

performans artırıcı ilaçları, kız ergenler ise zayıflayabilmek için amfetamin grubu ilaçları kullanabilmektedirler. Ayrıca gençler, klüplerde daha uzun süreli eğlenebilmek için 'ecstasy' grubu uyarıcı hapları sakıncalarını düşünmeden almaktadır (5). Bunlar dışında eroin, halüsinojen maddeler, özellikle sosyoekonomik düzeyi düşük kesimlerde uçucu maddeler ergenler arasında kullanılan maddelerdir (5,6,7,8,9). Bunun yanında, yine günümüzde gittikçe kullanımı yaygınlaşan vitamin ve mineral ürünlerine, kahve tüketimine kuşkuyla yaklaşmak gerekir. Çünkü gün geçtikçe kimyasal maddeye gereksinim duymadan yaşayan ergenlerin sayısının azaldığı görülmektedir.

Ülkemizde bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımı her geçen gün artmaktadır. Bu maddeler arasında sigara ve alkol ilk sıralarda yer almaktadır. Diğer maddelerin kullanımı da önemli ölçüde artmıştır. Aşağıda yer alan çalışmaların sonuçları, örneklem grupları farklı olsa da, yıllar içindeki bu artışın en belirgin göstergesidir. Samsun'da 1985 yılında yürütülen bir çalışmada öğrenciler arasında alkol kullanımı % 16.3, Gemlik'te 1993 yılında lise öğrencileri üzerinde gerçekleşen bir çalışmada alkollü içki kullanma oranı % 11.6, İstanbul'da 1995 yılında yürütülen başka bir çalışmada ise öğrenciler arasında alkol kullanma oranı % 23.5 olarak bulunmuştur (10, 11,12). Sağlık Bakanlığı'nın 1998 yılında 15-17 yaş grubu üzerinde, toplam 14 farklı ilde yürüttüğü SAMAY-98 çalışmasında, tüm illerde esrarın %0.1 ile 0.3 arasında, kokainin %0.2, Ecstasy'nin %0.5, LSD'nin %0.2 oranda kullanıldığı saptanmıştır (13). Türkiye'de 2001 yılında 9 ilde yapılan bir çalışmada ise, ortaöğretim öğrencilerinde yaşamı boyunca en az bir kez tütün kullanımı %55.9, alkol kullanımı %45.0, esrar kullanımı %4.0, uçucu madde kullanımı %5.1, eroin ve ecstasy kullanım yaygınlığı %2.5 olarak saptanmıştır (14). Son zamanlarda ise özellikle LSD, Ecstasy türü maddelerin piyasada dolanımının ve kullanımının arttığı tahmin edilmektedir.

Ergenlerde Madde Kullanımının Getirdiği Risk Faktörleri

Madde kullanma alışkanlığı genellikle erken ergenlik döneminde başlamakta ve ilerleyen yaşla birlikte bağımlılığa dönüşüp, bireyin yaşamını tehdit eder düzeylere ulaşabilmektedir. Bu yaş döneminde sigara

kullanmaya başlayan her dört kişiden üçünün sigarayı bağımlılık düzeyinde kullanmayı sürdürdüğü bilinmektedir (15). Madde kullanımı trafik kazaları, intiharlar, şiddet, istenmeyen gebelikler, güvensiz seks gibi diğer riskli davranışların alınması için de zemin oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre 15-24 yaş grubunda kazalar, intiharlar ve cinayete bağlı ölümlerin dörtte üçüne madde kullanımı neden olmaktadır. Hatta ergenler madde temin edebilmek için suça yönelik davranışlarda bulunabilmekte ya da fuhuş batağına düşebilmektedirler (2, 16,17). Bağımlılık yapan bu tür maddeler kısa ve uzun vadede ölüme kadar varan çok ciddi sağlık sorunlarını da birlikte getirmektedirler.

Ergenlerde Madde Kullanımına Neden Olan Risk Faktörleri

Ergenlik döneminde madde kullanma riski önemli ölçüde artmaktadır. Ancak bazı ergenler madde kullanma davranışı göstermesi açısından diğerlerine göre daha fazla risk altındadır. Ergenlerde madde kullanımında tek bir risk faktörü değil, çoklu risk faktörü rol oynamaktadır. Bunun için bu risk faktörlerinin bilinmesi, koruyucu önlemlerin alınması açısından önem taşımaktadır.

Genetik ve Biyokimyasal Faktörler

Madde bağımlılığı ile genetik faktörler arasındaki ilişki bilim adamlarınca değerlendirilmektedir. Madde kullanma davranışının, maddeye verilen yanıtın, toleransın, bağımlılığın, maddeyi istemenin ve yeniden istemenin genlerle bağlantısı anlaşılmalı çalışılmaktadır (18). Bu çalışmalar sonucunda bağımlılık yapan bazı maddeler ile genler arasında ilişki olduğu ortaya konmuştur.

İkizler, evlat edinilenler ve birbirinden ayrı yetişen kardeşler arasında yapılan araştırmalarda, alkol bağımlılığının ve alkölü kötüye kullanımın genetik boyutu olduğuna ilişkin güçlü veriler bulunmuştur (19,20). Alkolik bir biyolojik babanın erkek çocuğunda alkolizm oranı normal nüfusa göre 4-5 kat daha fazladır (18). Goodwin ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da benzer sonuçlar bulunmuştur. Bu çalışmaya göre alkolik babaların erkek çocuklarında alkolizm sıklığının, alkolik olmayan babaların erkek çocuklarına göre dört kat daha fazla olduğu saptanmıştır. Alkolik babanın erkek çocuklarının kendi ailesinde ya da evlat edinilerek başka ailede yetişmeleri fark

göstermemektedir. Ayrıca bu kişilerin alkol aldıklarında ilk kullanımda bile daha az belirti gösterdikleri saptanmıştır (19). Bazı ırklarda ise alkole karşı doğuştan bir dayanaksızlık söz konusudur. Yetişkin Japonların az dozda alkol ile daha çabuk ve ağır düzeyde sarhoş oldukları bilinmektedir (21).

Günümüzde aynı genetik ilişki, sigara bağımlılığı için de aranmaktadır. Yapılan bazı çalışmalar sigara bağımlılığı ile genler arasında ilişkiyi doğrular niteliktedir ve sigara bağımlılığıyla ilişkili bulunan bazı genlerin varlığından bahsedilmektedir. İkiz kardeşler üzerinde yapılan çalışmalar da sigara içme davranışının yaklaşık %50'sini genetik boyutuyla açıklanmaktadır (22,23,24). Genetik yatkınlığı olan ergenlerin sigaraya karşı daha korunmasız oldukları, daha fazla ve hızlı tolerans geliştirdikleri bilinmektedir. Hatta sigarayla ilgili genetik yatkınlığın erkeklerde sigaraya başlamada, kadınlarda ise sigara içme davranışını sürdürmede daha etkili olduğu ifade edilmektedir. Niu ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada sigara içen kişilerin kardeşlerinin de 2.1-3.5 kat daha fazla sigara içtikleri saptanmıştır (25).

Madde kullanımı ile ilgili genetik yatkınlık olumsuz çevre koşulları ile birleştiği madde kullanma davranışının ortaya çıkma riski hızlanmaktadır (25). Örneğin babası alkol kullanan bir ergenin evde şiddete maruz kalması, tepkisel riskli davranışlara yönelme olasılığını artırmaktadır. Bu nedenle madde kullanma davranışını değerlendirirken, davranışın ortaya çıkmasını hazırlayan genetik ve çevresel koşulları bir arada değerlendirmek daha doğru bir yaklaşım olabilir.

Ailesel Risk Faktörleri

Aile yalnızca genetik materyalin değil, aynı zamanda ailesel ve kültürel değerlerin aktarımı ile de sosyalleşme sürecine katkı sunan bir kurumdur. Kaynaklar da, ergen kişiliği ve çevresi üzerine ailenin güçlü bir etkisi olduğunu vurgulamaktadır. Ergenlerde madde kullanımı, ergenlerin içinde büyüdükleri aile ortamının özellikleri ile ilişkilidir. Bu özellikler; aile içi çatışma ve şiddet, güven eksikliği, ailesel sosyal izolasyon, açık olmayan ve tutarsız ailesel kurallar, çocuk davranışına tutarsız tepkiler, yetersiz denetleme ya da aşırı disiplin, ailesel övgü ve onaylama yetersizliği, zıt değerlendirmeler ve bunlara ek olarak din, etnik yapı ve sosyoekonomik altyapı gibi

etmenleri içerir (26,27). Amerika' da yapılan bir çalışmada, ergenlerde sigara içiciliği, aile içi çatışmalar ve ailesel hoşgörü eksikliği ile ilişkili bulunmuştur (28). Ayrıca ailesinde madde kullanımı olan çocukların daha fazla madde kullandıkları da belirtilmektedir.

Ailede madde kullanımının doğrudan gözlenmesi, anne-babaların maddeden beklentileri ve maddeye yükledikleri anlam, maddeye karşı bağımlılık düzeyleri gibi davranış kalıpları, küçük yaşta başlayarak çocuklarda madde kullanımı yönünde tutum geliştirmektedir. Çocukken yetişkinleri sabahları uyanabilmek için kahve, gün içinde sürekli olarak sigara, akşamları ise rahatlamak için içki içerken gören çocuklar bu maddeleri erken yaşta tanımaya başlamaktadırlar. İleriki dönemlerde de çocukların bu maddeleri deneme olasılıkları artmaktadır. Hollanda'da 1989 yılında başlayan ve toplam beş yıl süren bir çalışmada, ailede alkol kullanımının özellikle çocukların alkol kullanma davranışları üzerinde belirleyici rol oynadığı saptanmıştır (29). Ülkemizde yapılan çalışmalarda da anne-babaları madde kullanan çocukların daha fazla madde kullandıkları ortaya konmuştur (30,31). Süleyman Demirel Üniversitesi'nde öğrenciler üzerinde yürütülen bir çalışmada, sigara içenlerin %83.3'ünde ailesinde de sigara içen birinin olduğu saptanmıştır. Bunların % 43.7'inde çocukluğunda annesinin, %76.1'inde ise çocukluğunda babasının sigara içtiği saptanmıştır (32). Ayrıca ailesinde madde bağımlılığı olan çocukların aile, toplum ve okuldaki uyumları daha bozuk, psikolojik sorunları daha fazla olduğu yapılan bir başka çalışmada ortaya konmuştur. Bu nedenle, bu çocuklar madde kullanım davranışı sergilemeye biraz daha yatkın olmaktadır (33).

Gebelik seyri sırasında annenin madde kullanma davranışı fetüsün fizyolojik gelişimini etkileyip, nörolojik değişikliklere neden olur. Madde kullanımının doğum sonrası dönemde de birçok açıdan etkileri sürmektedir.

Gebelik sırasında bağımlılık yapan maddeleri kullanan annelerin bebekleri, doğduklarında yoksunluk sendromu yaşayabilmektedirler. Bu bebeklerin gençlik ya da yetişkinlik dönemlerinde madde kullanma eğilimlerinin, anneleri gebelik sırasında bağımlılık yapıcı maddeleri kullanmayan bebeklere göre daha fazla olduğu saptanmıştır (34).

Bu açıdan bakıldığında ailesel etkilenim sürecinin doğum öncesi dönemde başladığı görülmektedir. Literatürde özellikle anne sevgisinin, ergenleri madde kullanımı da içinde olmak üzere birçok olumsuzluktan uzak tuttuğu vurgulanmaktadır. Anne ile yaşamın ilk dönemlerinden itibaren kurulan rahat, doğal ve çocuğun hoşlanabileceği bir ilişkinin madde kullanmaya başlama yaşını geciktirdiği belirtilmektedir. Özellikle de kız ergenler için bu destek son derece önemlidir (34). Bu doğrultuda sağlık personelinin, gebelik sürecinden başlayarak anne, baba ve bebek ilişkisini gözden geçirmesi ve yaş dönemlerine göre bunu sürdürmesi koruyuculuk açısından son derece önemlidir.

Arkadaş Risk Faktörü

Birçok çalışmada, ergenlerde madde kullanımı davranışının gelişmesi üzerine sosyal etkileşimin önemi vurgulanmaktadır. Çocukların eğitim ve öğretim süreçlerine katılımı ile sosyalleşme süreci ivme kazanmakta ve daha önce çocuk için rol-model olan anne-babanın yerini, önce öğretmenler sonra arkadaş çevresi almaktadır. Arkadaş çevresi içinde de ergenlerin davranışlarına yön veren, genellikle onların kendilerine en yakın gördükleri arkadaşlarıdır (27,35).

Ergenlik döneminde, grup kimliği içerisinde kendisine bir yer edinmeye çalışan ergen için arkadaş grubu çok önemlidir. Birçok sosyal ve psikolojik modelde gençlerin katıldıkları grupların, sigara ve alkol kullanımında en büyük etkiye sahip olduğu vurgulanmaktadır. Çünkü gençler, girdikleri grupta sosyal kabul görebilmek için gruptan biri gibi davranmak zorundadırlar. Gençlerin sigara ve alkol kullanımı ile arkadaşların sigara ve alkol kullanımı arasında pozitif bir ilişki olduğu bilinmektedir. Hollanda'da ergenlerin sigara ve alkol içme davranışlarının belirleyicileri üzerine yapılan bir çalışmada, ergenlerin sigara içme davranışının aileden çok, yakın arkadaşlardan etkilendiği saptanmıştır (29). Gülmez Karatay ve Kubilay tarafından Ankara'da yapılan bir çalışmada da benzer biçimde ergenlerin sigara ve alkol kullanma durumu ile arkadaşların sigara ve alkol kullanma durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (36). İngiltere'de yürütülen bir çalışmada ise, ailelerinin fikrini önemseyen öğrencilerin %15.3'ü madde kullanırken, arkadaşlarının fikrini önemseyenlerin %26.7'sinin madde

kullanmakta olduğu, ayrıca zamanını aileden çok arkadaş grubu ile geçiren ergenlerde madde kullanımının daha yüksek olduğu saptanmıştır (4). Ergenler girdikleri arkadaş ortamlarında, grup kurallarına bağlı olarak ortaya çıkan sosyal baskıdan kurtulabilmek için kendileri de arkadaşları gibi bu maddeleri kullanmaya başlayabilmektedirler (35).

Kişilik ve Ruhsal Değişkenler

Ergenlik dönemi aynı zamanda ruhsal değişikliklerin yaşandığı bir dönemdir. Bu dönemde ergenin yaşamına yön veren en önemli etmenlerden biri de ergenin kişiliğidir. Kişilik ergenin sorunlarla baş edebilme yeteneğini belirler ve dolayısıyla madde kullanma davranışı üzerinde de etkilidir. Ancak kişiliğin oluşumu, birçok etmenden etkilendiği için karmaşık bir süreçtir (37). Kişilik aile ortamında şekillenmeye başlar. Erken psikososyal gelişim dönemlerinde sevgi ve temel güven duygusu eksik bırakılan çocuklar, yetişkinlik döneminde ortaya çıkan kaygı ve mutsuzluk duygularını bastırabilmek için madde kullanmaya yönelebilmektedirler. Zayıf aile bağlarının sorunlarla baş etme yetersizliğine, tepkisel davranmaya, risk alma davranışında artışa, sosyal açıdan zorlanmalara ve depresyona neden olduğu bazı kaynaklarda da vurgulanmaktadır (6, 38).

Birçok araştırmada, sosyal stres değişkeni ile madde kullanımı arasında ilişki olduğu vurgulanmıştır. 1970'lerden önce genç insanlarda depresyon olmayacağı inancına karşın; son çalışmalar, ergenlik döneminin de depresyon açısından riskli bir dönem olduğunu göstermektedir (39, 40). Gençlerde erken yaşlardaki depresyon sosyal işlevlerde bozulmayı; düşük akademik başarıyı; kaygı, madde bağımlılığı, intihar gibi ruhsal sorunlarda artışı getirmektedir. Yeni Zelanda'da 1977 yılında başlatılan ve 21 yıl süren ileriye dönük bir çalışmada, ergenlerde 16-21 yaşları arasında depresyon riskinin arttığı ve buna bağlı olarak madde bağımlılığının da arttığı ortaya konmuştur. Bu çalışmada ergenlik döneminde ortaya çıkan depresyonun çocuklukta biyolojik anne-babalarla bir arada olamama ve seksüel bağımlılık ile ilişkisi olduğu ve depresyonla birlikte kişilik bozuklukları ve anksiyete bozukluğunun olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada da görülebileceği gibi ergenlerdeki kişilik etmeni madde kullanma riskini etkilemektedir (41).

Kaynaklarda, ergenlerde antisosyal kişilik bozuklukları, borderline kişilik bozukluğu, pasif agresif kişilik bozukluğu, yüksek düzeyde agresyon, şizofreni ve bipolar kişilik bozukluğu, hiperaktivite ve dikkat eksikliği sendromu gibi bozuklukların madde kullanma davranışı ile ilişkili olduğu vurgulanmaktadır. Ancak bu durum bütün madde bağımlılarının herhangi bir kişilik bozukluğu içinde olduğu anlamına gelmemektedir. Ayrıca ruhsal gelişimi haz ilkesine dayanan, haz elde edebilmek için kolaylıkla riskli davranışlara girebilen, sağlıklı ilgili risk algısı düşük olan, bağımsız ilişkiler kurmayı başaramayan, istemediği durumlar için "hayır" diyebilmekte zorlanan ergenlerde madde kullanma riski daha fazla olabilmektedir (34).

Ergenlere, çocuk döneminden başlayarak, gerektiğinde yapmayı istemediği davranışlar karşısında "hayır" diyebilme becerisi kazandırabilmek kendilerini koruyabilmeleri açısından önemli bir yaklaşımdır. Özellikle madde kullanımı davranışının ortaya çıkmasında arkadaş baskısının belirleyici etmenlerden biri olduğu göz önünde bulundurulduğunda, bu baskıyı kırabilmenin en etkin yöntemlerinden biri de çocuk ya da ergenlerin kendilerini koruyabilecek donanımına sahip olmalarına yardımcı olmaktır.

Ayrıca ergenlerin çocukluk döneminde sağlıklı bir ayrışma-bireyselleşme döneminden geçip geçmedikleri de önemlidir. Doyurucu bir anne-bebek ilişkisi, daha sonra gelen ayrışma-bireyselleşme döneminde anneden başarıyla ayrılabilmenin önkoşuludur. Anneye bağların çözülmesini içeren farklılaşma, anneden uzaklaşma ve mesafe koyma sağlıklı bir biçimde gerçekleştiği zaman, bireyselleşme de aynı oranda sağlıklı olacaktır. Eğer annede aşırı müdahalecilik gibi aşırı tutumlar varsa çocuklar yeterince farklılaşmazlar, bağımlı bir kişilik kazanırlar, reddetme becerileri ve öz denetimleri yeterince gelişemez. Sağlıklı bir gelişim sürecinden geçmeyen ergenler madde kullanımı açısından risk taşımaktadırlar (42).

Toplumsal Yapı

Madde kullanımı açısından en önemli risk etmeni, toplumsal yapı içinde barınmaktadır. Toplumun ekonomik, sosyal, hukuk ve eğitim sistemlerinin yapısı bireyin davranışlarının biçimlendiricileridir. Sanayileşme, hızlı ve plansız kentleşme, işsizlik, göç, politik belirsizlik gibi konular sosyal dokuyu hızla

değişime uğratmaktadır. Bu durum, toplumsal olaylardan en olumsuz biçimde etkilenen kesimlerde yaşam koşullarının iyice kötüleşmesine ve sağlıksız insan davranışların ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır (43).

Özellikle ülkemizde de son zamanlarda kentsel alanlarda madde kullanımında artışlar olmasının bir kısmı bu etmenlerle açıklanabilir. 2001 yılında 9 ilde, 24 bin ergenle yapılan bir çalışma, kentsel alanların madde kullanımı açısından büyük risk taşıdığını ortaya koymuştur (14).

Madde kullanımı bakımından, toplumun baskın sosyal değerlerine yabancılaşan ve yetişkin otoritesine şiddetle karşı çıkan ergenler güçlü aile bağları olan çocuklara göre daha fazla risk altındadır. Özellikle kentsel alanlarda madde kullanma davranışlarının daha çok gözlenmesi, bu yapılanmaların bir sonucu olabilir. Göç faktörü de bu sosyal yapılanma içinde sayılabilir (4, 43). Bütün bu değişiklikler, kişiler arası ilişkilerde bir zorlanmayı da getirmektedir.

Sosyal kontrol kuramına göre, toplumdaki ilişki ağı çok önemlidir. Aile, okul ve toplum bağlarının zayıflığı, ergenlerde madde kullanımı için risk oluşturmaktadır. Ailesi tarafından yeterince desteklenmeyen, okula devamsızlığı olan, derslere girmeye isteksiz, akademik derecesi düşük öğrencilerde madde kullanma davranışının daha yüksek olduğu yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur (27,34,44). Ergenler, kendine gerçekleştirebilmeleri için gerekli koşullar yaratılmadığı zaman, enerjilerini farklı biçimde kullanabilmektedirler. İngiltere'de adolesanlarda madde kullanımının sosyal boyutu üzerine yürütülen bir çalışmada, okula devamsızlık yapmayan öğrencilerin; % 16.6'sının sigara, % 59.7'sinin alkol, % 12.4'ünün yasa dışı uyuşturucu madde kullandıkları saptanırken, okula devamsızlık olan öğrencilerde bu miktarların sırasıyla % 38.9, % 76.6, % 38.7 olduğu saptanmıştır (45).

Toplumsal yapıyla ilgili bir başka risk faktörü de medyadır. Medya aracılığıyla gerçekleşen öğrenmelerimiz, toplam öğrenmeler içinde önemli bir yer tutmaktadır. Televizyon, dergi, magazin ve film dünyasında çekici duruma getirilen madde kullanımı, bireysel imajın ön planda olduğu ergenlerde olumsuz yönde öğrenmelere neden



Fotoğraf: "Yersiz" Dr. Sema Demirsoy, İzmir
STED Fotoğraf Yarışması 2007 Sergi Ödülü

olmaktadır. Reklamlar, sponsor edilen filmler, magazinler kişilere, olumsuz bir şey yapıp incindiğinde, stres altında kaldığında, dinlenmek, gevşemek ve rahatlamak için alkol ya da sigara kullanmayı önermektedir (34). Özellikle de sigara şirketleri, reklamlarla, sponsorluklarla, yaptıkları lobi etkinlikleriyle genç kuşakların sigarayla ilgili risk algılamalarını etkilemeye ve sigara içme davranışını normalleştirmeye çalışmaktadırlar. Sigara içen ergenler ve gençler, daha sağlıklı, çekici ve daha sportif gösterilmeye çalışılmaktadır.

Bunun yanında iyi bir tüketim toplumu yaratmak için her geçen gün sayıları artırılan kontrolsüz eğlence merkezleri madde pazarlanabilecek en uygun yerler olabilmektedir (6). Kapitalist küreselleşme sürecinde hızla tüketimi artan internet gibi iletişim kanalları, yeni fırsatlarla birlikte yeni riskleri de getirmektedir. Bu kanallar aracılığıyla pazar ilişkileri geliştirilebilmekte ve yasa dışı uyuşturucu maddeler alıcılara kolaylıkla ulaştırılabilmektedir (46). Yine madde üreten ve pazarlayan sektörlerin baskı altına alabildikleri ülkelerin politikalarına yön verme çabaları

maddelerin ulaşılabilirliğini artırmaktadır.

Ergenlerin Madde Kullanımı Risk Faktörlerinden Korunmasında Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Yeri

Ergenlerin, madde kullanımına neden olan risk faktörlerinden korunabilmesi, aile, okul, yerel yönetimler, politika yapıcılar gibi bütün toplum kesimlerini ilgilendiren bir sorun olması yanında, koruyucu sağlık hizmetleri sunan sağlık personelinin de sorumluluğundadır. Gerek birey ve aile odaklı hizmet vermesi, gerekse okul sağlığı hizmetleri kapsamında çocuk ve ergenlerle bir arada olma şansı açısından birinci basamak sağlık hizmetleri son derece kritik bir önem gösterir. Birinci basamakta görev yapan ebe, hemşire başta olmak üzere, tüm sağlık çalışanlarının ergenlerde madde kullanımının engellenebilmesi için doğum öncesi dönemde başlamak üzere tüm gelişim evreleri boyunca bireyleri izleyebilmeleri, korunma ve erken tanı açısından önemli bir fırsattır. Madde kullanımının engellenebilmesi için bu süreç boyunca çocukların kendini ifade edebilecekleri üretime yönelik alanlara yönlendirilmesi, sanatsal ve sorsal çalışmaların desteklenmesi, aile ilişkilerinin güçlendirilmesi ve yaşam becerilerini artırılması bireysel gelişimin sağlıklı bir biçimde tamamlanması bakımından önemlidir.

Sonuç ve Öneriler

Ülkemizde, ergenler arasında madde kullanımı, her geçen gün artmaya devam etmektedir. Bu artış sosyoekonomik ve sosyokültürel yapı farklılıklarını da aşarak bütün kesimleri etkilemeye başlamıştır. Madde kullanımını ortaya çıkaran risk faktörleri çok boyutludur ve etkileşerek madde kullanma potansiyelini artırmaktadır. Ergenlerde madde bağımlılığı ile ilgili risk faktörlerine bakıldığında, en küçük sistem olan aileden başlayarak en büyük sistem olan topluma kadar uzanan bir sarmalda ergenlerin kuşatıldığı görülmektedir. Bazı ergenler bu sarmal içinde daha fazla risk altında kalabilmektedirler. Birinci basamakta çalışan sağlık personelinin bireyle ve aileyle daha yakın çalışmasından dolayı, sözüedilen risk faktörlerini değerlendirmesi sorunun ortaya çıkmadan önlenmesi açısından önemlidir. Ergenlerde madde kullanımının önlenmesi /azaltılabilmesi için aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

Gebelik sırasında madde kullanımının önlenmesi;

Sağlıklı bir anne-baba ve çocuk ilişkisi konusunda ailelere danışmanlık verilmesi; Risk grubunda olan ergenlerin sağlık personeli tarafından daha yakından izlenmesi; Piyasada bulunan her türlü maddenin satış ve reklamının önlenmesi ve denetlenmesi için sektörler arası diyalogun artırılması; Ergenleri maddeden uzak tutabilmek için sosyal yaşantının sosyal etkinliklerle zenginleştirilmesi için ailelere ve okullara danışmanlık verilmesi;

Madde kullanımı için potansiyel mekanların ciddi bir biçimde denetim altında tutulması;

Sağlıklı halk sağlığı politikalarının oluşturulabilmesi için ilgili komisyonlarda görev alınması.

Yerel yönetimlerle işbirliğinin güçlendirilmesi.

İletişim: Dr. Gülnaz Karatay

E-posta: gkaratay@gmail.com

Kaynaklar

- 1- Dumas L G, Hennessey M B. The Varied Roles of Community Health Nursing. İn: Janice E H, Phyllis E S, Sue A T,ed. Community Health Nursing Caring in Action. Fourt Edition New York:Delmar Publishers; 1999. p.613-7.
- 2- Dünya Sağlık Örgütü, Dünya Sağlık Raporu, Geneva, 1998.
- 3- Balseven A, Özdemir Ç, Tuğ A, Hancı H, Doğan Y.B. Madde Bağımlılığı Bağımlılıktan Korunma ve Medya. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi 2002, Mart,11(3): 91-3.
- 4- Winter K.C. Assesing Adolescent Substance Use sorun and Other Areas of Functioning. İn: Monti S, Colby M, Leary M O and Tracy A, ed Adolescents, Alcohol And Substance Abuse. London: The Guilford Press, 2001.p. 87.
- 5- Surlu B, Özcebe H. Adolesan Ve Çevre. Sağlık ve Toplum, Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Yayını,2002;12(2), Ocak- Mart, sayfa:16.
- 6- Ögel K. Uyuşturucu Maddeler ve Bağımlılık, Cep Üniversitesi, İstanbul: İletişim Yayınları;1997.
- 7- Öztürk O. Psikoaktif Madde Kullanımına Bağlı Bozukluklar. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. VIII. Baskı Ankara: Nobel Tıp Yayınları. 2001. s. 393-419.
- 8- U.S. Departman of Justice Drug Enforcement Administration, Drugs of Abuse, 1988 Edition.
- 9- Milli Eğitim Bakanlığı Sağlık İşleri Dairesi Başkanlığı, Uyuşturucu Bağımlılığı. Ankara: Milli Eğitim Basımevi, 1995.
- 10- Baysal,K., Peşken,Y., Küçüköyük,Ş., Akbulut,T. Samsun İl Merkezindeki Lise Çağı Öğrencilerde Bazı Alışkanlıklar Üzerine Bir Araştırma". Adolesanın Sağlık Sorunları" (Ed. S.B,Tünay, A.Cenani, E.Yalçın)'da Özdem Kardeşle Matbaası, İstanbul, S.163-169, 1986.
- 11- Okan,N., Şivka,M.S., Resmi,Ş. Lise Öğrencilerinde İçki ve Sigara Kullanımı. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 1993;:3: 285-289.
- 12-Yazman,Ü. Lise Gençliğinin Psikoaktif Maddelere Bakışı ve Kullanım Oranlarının Türkiye-İstanbul Örneği ile İncelenmesi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 1995.
- 13- Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Ruh Sağlığı Daire Başkanlığı, Gençler Arasında Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Yaygınlığı ile Özelliklerinin Değerlendirilmesi Projesi, 1998.
- 14- Ögel K., Eke C., Taner S., Erol B., İstanbul'da öğrencilerde riskli davranışlar araştırması., Yeniden yayın no: 6. İstanbul, 2004
- 15- Bilir N, Doğan B G, Yıldız A N. Sigara İçme Konusundaki Davranışlar ve Tutumlar, Ankara:Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, 1997.
- 16- World Health Organization. Child and Adolescent Health on Development. Adolescence and Substance Use.http://www.who.int/child_adolescent_health/prevention/adolescent_Substance.htm.Erişim Tarihi:23.07.2003
- 17- Czechowiez D. Adolescent Alcohol, Drug Abuse and It's Consequences- an Overview. American Journal of Drug Alcohol Abuse 1988; 14(2): 53-8
- 18- Westen D. Psychological Disorder. Psychology. III.Edition Boston; Boston Üniversitesi Press ; 2002; p.532-3.
- 19- Goodwin D W. Alcoholism and Genetics. Arch. Gen. Psychiatry.1985; 42:171- 174.
- 20- Coşkunel H. Alkol Kullanım Bozuklukları. Alkol Bağımlılığı Tanı ve Tedavisi. İzmir: Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları; 1996. s.37-40.
- 21- Liepman M R, Calles J L, Kizilbash L, Nazeer A, Sheikh S. Genetic and Nongenetic Factors İnfluencing Substance Use by Adolescents. Adolescent Medicine, 2002;Jun, 13(2), p.375.
- 22- Lerman C, Berrettini W. Elucidating the role of genetic factors in smoking behavior and nicotine dependence. Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet. 2003; 118: 48-54.
- 23- Hall WD (2005) Will Nicotine Genetics and a Nicotine Vaccine Prevent Cigarette Smoking and Smoking-Related Diseases? PLoS Med. 2005; 2(9) 266.
- 24- True WR, Heath AC, Scherrer JF, Waterman B, Goldberg J, et al. Genetic and environmental contributions to smoking. Addiction.1997; 92: 1277-1287.
- 25- Niu T, Chen C, Ni J, et al. Nicotine dependence and its familial aggregation in Chinese. Int J Epidemiol. 2000; 29:248-52.
- 26- Vakalahi H F. Adolescent Substance Use and Family Based Risk and Protective Factor:A Literatür Review. J.Drug Education. 2001;31(1):29-46.

- 27- American Council for Drug Education's (1999). Risk Factor for Substance Use and Dependence. <http://www.acde.org/health/riskfact.htm>. Erişim Tarihi: 23.07.2003
- 28- White H R, Johnson V, Buyske S. Parental Modeling and Parenting Behavior Effect on Offspring Alcohol and Cigarette Use. *Journal of Substance Abuse* 2000;12: 278-310.
- 29- Engels R C M E, Knibbe R A, Vries H D, Drop M J, Breukelen G J P V. Influences of Parental and Best Friends' Smoking and Drinking on Adolescent Use. *Journal of Applied Social Psychology*, 1999; 29(2):337-361.
- 30- Herken, H., Özkan, İ. Gençlerdeki Sigara Kullanma Davranışında Anne- Baba Tutumunun ve Sosyokültürel Düzeylerin Etkisi, 6. Anadolu Günleri Kongre Bilimsel Çalışmalar Kitabı, Mutludoğan Ofset, İstanbul, 1997
- 31- Erci, B. Lise Öğrencilerinde Madde Bağımlılığı ve Etkileyen Ailesel Faktörler, VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Erzurum, 22-24 Haziran, 288-293, 1999
- 32- Kışoğlu A.N, Öztürk M, Doğan, M. Süleyman Demirel Üniversitesi İlk ve Son Sınıf Öğrencilerinin Sigaraya Yönelik Bilgi, Tutum, Davranışları ve Sigaraya Başlama ve Aşırma Durumları, 8. Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, Diyarbakır; 2002: 831-833.
- 33- Öztürk M, Tüzün İ, Solmaz, M. Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozukluğu Olan Çocukların Ailelerinde Alkol ve Madde Kullanım Öyküsünün İncelenmesi. 34. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bilimsel Çalışmalar Kitabı, İzmir; Güneş Ofset Matbaacılık San. ve Tic. Ltd. Şti. 1998.s.272.
- 34- Haspeslagh J, Barton J A. Substance Abuse as a Community Health sorun. In: Karen L, Sharyn J.ed. *Community Health Nursing: Caring for The Public Health*. New York; Janes and Bortlett Publishers; 2001 p.464- 488.
- 35- İngersoll G M. Psychological and Social Development. In: Mcanarney E R, Kreipe R E, Orr, D.P, Comerci G.D. ed. *Textbook of Adolescent Medicine*. Mexico: W.B. Saunders Company, 1992. p.96.
- 36- Karatay, G., Kubilay, G. Sosyoekonomik Durumu Farklı İki Lisede Madde Kullanma Durumu ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2004;6 (1,2):57-70.
- 37- Townsend M C. Substance-Related Disorders. *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing*, II. Edition. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2002; p.224.
- 38- Yörükoğlu A. *Gençlik Çağı*. İstanbul: Özgün Yayınevi, 1996. s.3-12.
- 39- Demir T, Demir D E, Kayaalp M L, Büyükkal B. Ergenlerde Depresif Bozuklukların Yaygınlığı ve Depresif Bozukluğu Olan Ergenlerin Özellikleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 1999; 6(1):3- 10.
- 40- Rao U, Daley S E, Hammen C. Relationship Between Depression and Substance Use. *J. Am. Acad. Child Adolescent Psychiatry*. 2000; 39:2.
- 41- Fergusson D M, Woodward L J. Mental Health, Educational and Social Role Outcomes of Adolescent With Depression. *Arch. Gen. Psychiatry* 2002; 59: 225-231,
- 42- Ayrırma Bireyselleşme Kuramı www.gata.edu.tr/dahilibilimler/cocukruh/mahler.htm. Erişim Tarihi: 27.09.2003
- 43- Pekcan H. Adolesan Sağlığı. In: M. Bertan, M ve Güler, Ç, ed. *Halk Sağlığı Temel Bilgiler II*. Baskı. Ankara: Grafiker Ofset, 1997.s.187-209.
- 44- WHO, UNESCO, UNICEF, The World Bank and Education International (2000), *Focusing Research Effective School Health*, <http://www.who.int/hpr/gshi/fresh.pdf>, Erişim Tarihi: 20.08.2003.
- 45- Sutherland, I., Shepherd, J.P., *Social Dimensions of Substance Use. Addiction*, 2001; 96: 445-458.
- 46- United Nations Information Service, *International Narcotics Control Board Annual Report*, February, 2001.

sted
okur

STED Okurları Haberleşme Grubu

STED okurların birbirleriyle ve STED'i hazırlayanlarla iletişimini geliştirmek ve canlandırmak amacıyla oluşturduğumuz haberleşme grubuna İnternet'te; <http://groups.yahoo.com/group/stedokur> adresinden ulaşabilirsiniz.

Henüz Grub'a üye değilseniz, sayfadaki ([Join This Group](#)) linkine tıklayarak üye olabilir, Grup'ta yürütülen tartışmalara katılarak siz de Dergimiz'in oluşumuna katkıda bulunabilirsiniz.

STED Yayın Kurulu

Sturge Weber Sendromlu Bir Kızda Santral Puberte Prekoks

Central Precocious Puberty in a Girl with Sturge Weber Syndrome



*Dr. Ediz Yeşilkaya**, *Dr. Hasibe Şahbaz***, *Dr. Mehmet Boyraz**,
*Dr. Aysun Bideci****, *Dr. Altuğ Koç***, *Dr. Peyami Cinaz****

Öz

Sturge Weber sendromu, merkezi sinir sistemi ve deri lezyonlarının birlikte görüldüğü nörokutanöz sendromlardan biridir. Bu sendromda endokrin anormallikler ender olarak bildirilmektedir. Bu çalışmamızda santral erken puberte saptanan Sturge Weber sendromlu bir olgu sunulmuştur.

Anahtar sözcükler: Sturge Weber sendromu, santral erken puberte.

Giriş

Sturge Weber sendromu (SWS), ensefalotrigeminal anjiomatozis olarak da bilinen bir nörokutanöz hastalıktır. SWS sendromlu olgularda genellikle trigeminal sinirin birinci dalına ait mor renkli nevüs (porto



Resim 1. Yüzde porto şarabı lekesi

Başvuru Tarihi : 08 Kasım 2007

Kabul Tarihi : 17 Aralık 2007

Abstract

Sturge Weber syndrome is a type of neurocutaneous syndrome in which central nervous system and skin lesions are seen together. In this syndrome, endocrine abnormalities are rarely reported. In this report, we present a case with Sturge Weber syndrome who had central precocious puberty.

Key words: Sturge Weber syndrome, central precocious puberty.

şarabı lekesi), mental retardasyon, epilepsi, hemiparezi ve hemianopsi görülmektedir (1).

Literatürde SWS'li hastalarda endokrin anormallikler ender olarak bildirilmektedir (2).

Burada erken meme gelişimi nedeniyle başvuran ve santral erken puberte tanısı alan SWS'li bir hasta sunulmuştur.

Olgu

7 yaş 10 aylık SWS'li kız hasta, altı ay önce başlayan her iki memede büyüme yakınması ile kliniğimize başvurdu. Nörolojik gelişimi yaşitlarına göre geri olan hastanın destekli oturmasının bir yaşında, yürümesinin 2.5 yaşında ve konuşmasının da beş yaşında olduğu öğrenildi. Hastanın vücut ağırlığı 25.5 kg (50-75p), boyu 123.3 cm (50-75p), boy yaşı yedi yaş dokuz ay ve kemik yaşı sekiz yaş olarak değerlendirildi. Hastanın anne-baba boyuna göre hesaplanan hedef boyu 153.1 cm olup kemik yaşına göre öngörülen boyu 157 cm olarak hesaplandı.

Hastanın fizik incelemesinde yüzünün sol tarafında porto şarabı lekesinin olduğu ve sol gözünde de glokom olduğu saptandı. Olgunun hafif-orta derecede mental retardasyonu olup, meme gelişiminin Tanner evre üç ile, pubik kıllanmasının da Tanner evre bir ile uyumlu olduğu belirlendi; olgunun aksiller kıllanması yoktu.

Laboratuvar incelemesinde FSH 6.77 mIU/ml, LH 5.25 mIU/ml, E2 14 pg/ml olarak

*Uzm.; Gazi Ü. Tıp Fak. Çocuk Endokrinoloji BD., Ankara
**Asistan; Gazi Ü. Tıp Fak. Çocuk Endokrinoloji BD., Ankara
***Prof.; Gazi Ü. Tıp Fak. Çocuk Endokrinoloji BD., Ankara

Tablo 1. Sunulan olgunun klinik özellikleri ile Sturge-Weber sendromu'nda sık karşılaşılan bulguların karşılaştırılması (11)

Sturge-Weber Sendromu (OMIM# 185300)	Olgu
Makrosefali	-
Hemanjiyom	
Yüz	+
Koroidal	+
Trigeminal sinirin dalları	?
Araknoid	+
Glokom, Buftalmos	+
Serebral kortikal atrofi	+
Mental retardasyon	+
Nöbet	+
Ventriküllerde genişleme	+
Beyin BT'de çift konturlu kalsifikasyon (Double contour convolucional calcification)	?

BT: Bilgisayarlı tomografi

değerlendirildi. LHRH testinde pubertal yanıt alındı (pik FSH 15 mIU/ml, pik LH 21 mIU/ml). Pelvik ultrasonografik incelemede uterus çapları 14x22 x27 mm, endometrium çift duvar kalınlığı 3 mm, sol over boyutları 28 x14 mm, sağ over boyutları 16 x17 mm olarak saptandı. Hipofiz magnetik rezonans görüntülenmesi (MRG) normal olarak değerlendirildi.

Hastanın doğumdan başlayan nöbet öyküsü olması nedeniyle çekilen beyin MRG'sinde sol serebral hemisferde atrofi, glial angiomlar ile uyumlu leptomeningial patolojik kontrast tutulumu ve sol lateral ventrikül oksipital uzantısında ve gövde kesiminde genişleme ve koroid pleksusda angiomatöz genişleme vardı. Hastanın nöbetleri antiepileptik tedaviyle kontrol altında tutulmaktaydı.

Hastaya santral erken puberte açısından GnRH analogu başlandı. Olgunun tedaviye yanıt verdiği ve pubertenin baskılandığı gözlemlendi.

Tartışma

Sturge Weber sendromu; yüz, boyun, muköz membranlar, meninks ve koroid pleksusda tek taraflı doğumsal hemanjiyomların bulunduğu, klinik olarak; konvülsiyon, mental retardasyon, hemiparezi, hemianopsi ile de seyredabilen, genetik geçişli olmayan, bir sendromdur (1,3). Ailesel SWS olguları bildirilmekle birlikte, bu sendrom

sıklıkla izole olgularda bildirilmektedir (4). Ipsilateral menenjin ve serebral korteksin vasküler malformasyonu ile ilişkili olarak trigeminal sinirin ilk dalının dağılımında bir nevus flammeus varlığı ile birlikte olan sendromdur. Hemianopi ve glokom da dahil olmak üzere oküler tutulum da ortaya çıkabilir; ancak bu hastaların tanı alması için bu bulguların saptanması zorunlu değildir. Bu sendromda en belirgin klinik özellik yüzün bir tarafını tutan ve alın ile üst göz kapaklarına kadar uzanan bir şarap lekesinin olması ve çeşitli iç organlarda anjiomların bulunmasıdır. SWS'e hastalarda porto şarabı lekesi, yüze ek olarak ekstremitelere ya da gövdede de bulunabilir. Afebril nöbet, hemiparezi, intrakranial kalsifikasyon ve/ya da mental retardasyonun bir arada görülmesi ile tanı konur (5). Somatik mozaisizmin SWS'i lezyonların gelişiminden sorumlu olabileceği bildirilmiş ve bazı hastaların şarap lekesi lezyonlarından elde edilen fibroblastlarda, kan ve sağlıklı cilt dokusunda görülmeyen kromozom bozuklukları saptanmıştır (6,7). Ayrıca Comi ve ark. (8) SWS'li hastaların şarap lekesi lezyonlarından elde edilen hücrelerde fibronektin geninin ifadenemesinin arttığını göstermişler ve bunun da hastalığa neden olabilecek bir somatik mutasyonla ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Leptomeningiyal tutulumun sıklıkla hemiparezi, mental retardasyon ve epilepsiye neden olduğunu bildirilmiştir (9). Hastamız porto şarabı lekesi, glokom, hafif-orta mental retardasyon ve intrakranial tutulumu olması nedeniyle SWS tanısı konarak izleme alınmıştır (Tablo 1).

Kızların çoğunda santral erken puberte idyopatikken, erkeklerin %70'in organik patolojiye bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Organik nedenli santral erken puberte, başlıca merkezi sinir sistemi tümörleri (hamartom, gliom, ependimom), radyoterapi, hidrosefali, travma ve nörofibromatosis gibi durumlarda görülebilmektedir (10).

Literatürde SWS'i hastalarda endokrin anormallikler yalnızca olgu sunumları biçiminde ender olarak bildirilmekte olup, başlıca tiroid fonksiyon bozukluğu ve büyüme hormonu eksikliği olan olgular daha önce bildirilmiştir (2). Santral erken puberteli SWS olgusu daha önce literatürde bildirilmemiş olup hastamız GnRH analogu ile başarılı bir biçimde tedavi edilmiştir.



Resim 2. Meme gelişimi Tanner evre III

Sonuç olarak SWS'lu hastalar izlenirken bu hastalarda endokrin bozuklukların da olabileceği ve santral erken pubertenin akılda tutulması gerekliliği vurgulanmıştır. Bu olguda erken puberte gelişiminin kranial tutulumla bağlantılı olduğu düşünülmüştür.

İletişim: Dr. Ediz Yeşilkaya

E-posta: eyesilkaya@yahoo.co.uk

Kaynaklar

- 1- Yıldız S. Sturge weber sendromunda arteriovenöz malformasyonu taklit eden dilate venüller (olgu sunumu). Tanısal ve Girişimsel Radyoloji 2003; 9: 109-10.
- 2- Miller RS, Ball KL, Comi AM, Germain-lee EL. Sturge weber sendromunda growth hormon eksikliği. Arch Dis Child 2006; 91: 340-41.
- 3- Işık B, Köksal F. Sturge-weber Sendromlu Olguda Anestezik Yaklaşım (olgu Sunumu). Türkiye Klinikleri Anestezi ve Reanimasyon 2004; 2: 46-50
- 4- Debicka A, Adamczak P. A case of hereditary Sturge-Weber syndrome. Klin Oczna. 1979; 81: 541-2.
- 5- Halsem R. The Nervous System. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB eds. Nelson textbook of pediatrics. 16nd ed. Philadelphia: Pennsylvania; 2004. p:1793-865.
- 6- Happle R. Lethal genes surviving by mosaicism: a possible explanation for sporadic birth defects involving the skin. J Am Acad Dermatol. 1987; 16: 899-906.
- 7- Huq AH, Chugani DC, Hukku B, Serajee FJ. Evidence of somatic mosaicism in Sturge-Weber syndrome. Neurology. 2002; 59: 780-2.
- 8- Comi AM, Hunt P, Vawter MP, Pardo CA, Becker KG, Pevsner J. Increased fibronectin expression in sturge-weber syndrome fibroblasts and brain tissue. Pediatr Res. 2003; 53: 762-9.
- 9- Quigg M, Rust RS, Miller JQ. Clinical findings of the phakomatoses: Sturge-Weber syndrome. Neurology. 2006; 66: E17-8.
- 10- Brauner R. Central precocious puberty in girls: prediction of the aetiology. Pediatr Endocrinol Metab. 2005; 18: 845-7.
- 11- OMIM: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/dispmim.cgi?id=185300>

STED Okuyucu Danışma Kurulu'nda yer almak ister misiniz?

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



Dr. Nihal Hatipoğlu, Dr. Mehmet Canpolat**, Dr. Selim Kurtoğlu****

Olgu 1: 7 günlük kız bebekte sarılık nedeniyle tiroid fonksiyon testleri alınmış ve pediatrik endokrinoloji birimine sevk edilmişti.

Öyküsünden, 40 yaşındaki annenin beşinci gebeliği, dördüncü canlı bebeği olarak preeklampsi nedeniyle 35 haftalık iken sezaryen operasyonu sonucu doğduğu, doğum ağırlığının 2310 gr, boyunun 45 cm, baş çevresinin 31 cm olduğu ve iki günlükten itibaren sarılığının gözlemlendiği, anne sütü aldığı öğrenildi. Annenin gebelik döneminde vitamin ve demir tabletleri aldığı, kan basıncının 200/120 mm/Hg olması nedeniyle tuz kullanmadığı belirlendi.

Yedinci gün alınan tiroid testleri ile serbest T3 2,88 pg/ml, serbest T4 15,28 pg/ml, TSH 23,27 mU/L ve tiroglobulin 360,96 ng/ml olarak ölçüldü. İdrarda iyot düzeyi 4,8 mikrogram/dl, tiroid ultrasonografi ile volüm 0,64 ml olarak saptandı. Diz grafisinde epifiz çekirdekleri çıkmamıştı.

Başvuru Tarihi: 16 Mayıs 2007

Kabul Tarihi: 19 Kasım 2007

Olgu 2: 6 saatlik erkek bebek solunum sıkıntısı ve boyunda şişlik şikayetleriyle getirildi. Öyküsünden 34 yaşındaki annenin 3. gebeliği ile zamanında normal yolla doğduğu annenin Yahyalı dağ köyünde yaşadığı ve yemeklerde kaya tuzu kullandığı öğrenildi.

Fizik incelemede; boy 50 cm, ağırlık 3400gr, baş çevresi 35 cm, boyunda yaygın şişlik olduğu gözlemlendi (Resim 1). Diz grafisinde 36 haftalık kemik maturasyonu saptandı. Boyun ultrasonografisi ile tiroid volümü 8,7 ml ölçüldü. Endokrin testlerde FT3 3,67pg/ml, FT4 4,22 pg/ml, TSH 29 mU/L, tiroglobulin 752ng/ml, idrarda iyot düzeyi 1,15 mikrogram/dl bulunan bebeğe 37,5 mikrogram/gün L-T4 ve 100 mikrogram iyot başlandı. Tedavinin 10. gününde şişlik belirgin geriledi ve tiroid fonksiyon testleri normal sınırlarda ölçüldü.

Tanınız Nedir? Sayfa 31'de



Resim 1. Yenidoğan bebekte dev guatr

*Uzm.; Erciyes Ü. Tıp Fak. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD Kayseri

**Arş. Gör.; Erciyes Ü. Tıp Fak. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD Kayseri

***Prof.; Erciyes Ü. Tıp Fak. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD Kayseri



Dr. Naim Nur*, Dr. Haldun Sümer**

Başvuru Tarihi : 20 Ekim 2007

Kabul Tarihi : 17 Mart 2008

Öz

Amaç: Çoğu adölesan, adet dönemi ağrılardan yakınmakta ve bu ağrılar günlük aktivitelerini olumsuz etkilemektedir. Bu çalışmada amaç, dismenore sıklığını ve olası risk faktörlerini değerlendirmektir.

Yöntem: 1 Mart 2007 ve 30 Nisan 2007 tarihleri arasında Cumhuriyet Üniversitesi birinci sınıfta okuyan 452 adölesan kız öğrenci çalışma kapsamına alındı.

Bulgular: Çalışmamızda ortalama menarş yaşı 13.3 ± 1.4 yıl bulundu. Kız öğrencilerin %58.2'sinin dismenore yakınması vardı. Sigara kullanımı önemli bir risk faktörü olarak belirlendi.

Sonuç: Dismenore adölesanlar için önemli bir sağlık sorunu olmayı sürdürmektedir.

Anahtar sözcükler: Dismenore, adölesan, risk faktörleri.

Abstract

Objective: Many female adolescents suffer from menstrual pain and their daily activities are often adversely affected. The aim of the present study is to evaluate the prevalence and the risk factors for dysmenorrhea in adolescents.

Method: Between 1 March 2007 and 30 April 2007, a total of 452 adolescents studying in Grade 1 of Cumhuriyet University were enrolled into the study.

Results: In our study, the mean age for menarch was found to be 13.3 ± 1.4 years. 58.2% of adolescent students had complaints of dysmenorrhea. Smoking was found to be an important risk factor.

Conclusion: For adolescents, dysmenorrhea continues to be an important health problem.

Key words: Dysmenorrhea, adolescent, risk factors.

Giriş

Adölesan dönemde fizyolojik, metabolik ve psikolojik değişimler yoğun ve hızlı bir biçimde yaşanmaktadır. Bu dönemde kızların yaşadıkları sorunlar incelendiğinde, menstruasyona ilişkin sorunların ön planda olduğu ve bu menstrual sorunların içinde de en fazla oranda birincil olarak dismenoreye bağlı yakınmaların yer aldığı bildirilmiştir (1-3). Primer dismenore, genellikle menarştan altı ya da iki yıl sonra, ovulasyonlu siklusların başlaması ile ortaya çıkmaktadır. Primer dismenorede ağrı, uterustan kaynaklanan intrinsek etmenlere ve prostaglandinlere bağlı olup, herhangi bir pelvik lezyonla ilişkili değildir. Ağrı, menstruasyondan birkaç saat önce görülmekte ve 48-72 saat içerisinde kaybolmaktadır (2, 4).

Önceki çalışmalarda, kadınların menstruasyonla birlikte ağrı duydukları ve bu ağrıyı bazen analjeziye gereksinim duyacak kadar çok şiddetli yaşadıkları, iş ve okuldan geri kaldıkları, ve bu nedenle çalışma veriminin düştüğü ve iş kazası riskinin arttığı saptanmıştır (4-7). Bu durum dismenoreyi ciddi bir sorun olarak karşımıza çıkarmaktadır.

Bu çalışma, dismenorenin sıklığını ve olası risk faktörlerini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Çalışma 1.03.2007 / 30.04.2007 tarihlerinde Cumhuriyet Üniversitesi Kredi ve Yurtlar Kurumu birinci sınıf kız öğrencileri üzerinde gerçekleştirilmiş kesitsel bir araştırmadır. Araştırma evrenini 550 öğrenci oluşturmaktadır. Bu öğrencilerin tamamı örneklem kapsamına alındı. Öğrencilerin 452'sine (%82.2) ulaşılmıştır. Araştırmanın verileri anket yöntemiyle intern öğrenciler tarafından yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Anket formunda sosyodemografik özelliklerin yanı sıra menarş yaşı, son adet tarihi, adet düzeni, adet süresi ve adet döneminde ağrı olup olmadığına yönelik sorular yer aldı.

Araştırmada, vajinal kanamadan 12 saat önce ağrının başladığını ve bu ağrının menstruasyon süresince devam ettikten sonra 24-72 saat içinde sonlandığını belirtenler, dismenore pozitif öğrenciler olarak kabul edilmişlerdir (2,4).

Tablo 1. Araştırma grubunun bazı demografik ve menstruasyon özellikleri		
Özellikler	Sayı	%
Menarş yaşı, yıl (n=396)		
<11	5	1.3
11-15	373	94.2
>15	18	4.5
Menarşa tepki (n=452)		
Olumlu	214	47.3
Olumsuz	238	52.7
Menstruasyon düzeni (n=444)		
Düzensiz	96	21.6
<20 gün	70	15.8
20-40 gün	278	62.6
Menstruasyon süresi (n=449)		
<2 gün	11	2.4
2-7 gün	407	90.6
>7 gün	31	6.9
Dismenore		
Var	263	58.2
Yok	189	41.8
Menstruasyon bilgisinin alındığı dönem (n=449)		
Menarş Öncesi	352	78.4
Menarş Sonrası	97	21.6
Menstruasyon bilgisinin alındığı kişi-yer (n=440)		
Akraba	207	47.0
Arkadaş	123	28.0
Kitap-dergi	66	15.0
Televizyon	20	4.5
Sağlık Ocağı	13	3.0
Hastane	11	2.5
Beden Kitle İndeksi		
Düşük	85	18.8
Normal	345	76.3
Yüksek	22	4.9
Aile yapısı (n=452)		
Çekirdek	363	80.3
Geniş	63	13.9
Parçalanmış	26	5.8
Maddi durum (n=450)		
İyi	117	25.9
Orta	325	71.9
Kötü	8	1.8
Sigara kullanımı (n=452)		
Evet	72	15.9
Hayır	380	84.1

Çalışmaya katılanların boy ve ağırlık ölçümü yapılarak anket formuna kaydedildi. Beden kitle indeksi (BKİ): Vücut ağırlığı

(kg)/Boy kare (m) formülünden hesaplandı. Sonuçlar düşük ağırlıklı (<18.5), normal (18.5-24.9) ve obez (≥25.0) olarak değerlendirildi.

Verilerin analizi SPSS 14.0 paket programında yapılmıştır. Karşılaştırmalarda ki kare testi kullanılmıştır.

Bulgular

Çalışmaya alınan kız öğrencilerin yaş ortalaması 19.5±1.7 ve menarş yaş ortalaması 13.3±1.4 yıl idi. Çalışmanın bazı demografik ve menstruasyona yönelik özellikleri Tablo 1'de sunulmuştur. Öğrencilerin çoğunun, normal sınırlar olarak kabul edilen 11-15 yaşları (%94.2) arasında menarş yaşadıkları, menstruasyonların 2-7 gün (%90.6) sürdüğü ve menstruasyon sıklıklarının 21-40 gün (%62.6) arasında olduğu belirlenmiştir. Araştırmamızda kız öğrencilerin çoğunluğunun menarş hakkında bilgi sahibi oldukları ve bu bilgiyi çoğunlukla menarştan önce (%78.4) akraba ve arkadaşlarından (%75.0) edindikleri belirlenmiştir. Çalışmamızda öğrencilerin %71.9'u maddi durumlarının iyi olduğunu söylerken, sigara kullanım oranı %15.9 olarak saptanmıştır. BKİ değerlendirmesinde, öğrencilerin %75.4'ünün normal sınırlar içinde olduğu belirlenmiştir.

Araştırmamızda dismenore sıklığı %58.2 oranında bulunmuştur. Dismenoreli öğrencilerin risk faktörlerine göre dağılımı incelendiğinde, anlamlı olarak, yalnızca sigara kullananlarda dismenore geçirme olasılığı, kullananlara göre 5.5 (OR 95% CI: 2.6-11.8) kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Tablo 2).

Tartışma

Menarş, adolesan dönemde kızların yaşadığı en önemli değişikliklerden birisidir. Menarş yaş ortalaması 13.2 yıl olduğu bildirilmektedir (6, 8). Nitekim çalışmamızda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Menarş sürecinde ağrı duyulması kızların günlük aktivitelerini olumsuz etkilemektedir. Çalışmamızın sonuçları dismenorenin adolesanlar arasında oldukça yaygın olduğunu göstermektedir. Farklı toplumlarda yapılan çalışmalarda dismenore sıklığının %30 ila %90 arasında değiştiği saptanmıştır (2, 5, 9, 10, 11).

Menarştan önce menstruasyon hakkında doğru ve yeterli bilgilendirme, bireylerin menstruasyona ilişkin yanlış bilgi edinip buna

bağlı korku ve kaygı yaşamalarına engel olabileceği gibi, menstruasyona uyuma da yardımcı olabilecektir. Çıtak ve arkadaşlarının çalışmasında kız öğrencilerin, menarş hakkında bilgi sahibi oldukları ve %62.2'sinin menarşa yönelik tepkilerinin olumlu olduğu belirlenmiştir (3). Çalışmamızda öğrencilerin çoğunun (%78.4) menstruasyon hakkında bilgi sahibi olmalarına karşın, menarşla birlikte ağrı duymaya başlamış olma olasılığı, olumlu tepki oranının %47.3 gibi daha düşük kalmasına neden olmuş olabilir.

Harlow ve arkadaşlarının çalışmasında,

obez kadınların dismenore yakınmalarının obez olmayanlara göre iki kat daha fazla artmış olduğu saptanmıştır (5). Diğer bir çalışmada Montero ve ark. dismenore sıklığındaki artışın kilo kaybı ile ilişkili olduğunu göstermişlerdir (12). Kamacı ve ark.larının çalışmasında ise BKİ ve dismenore arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır (10). Araştırmamızda istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte özellikle düşük ağırlıklı öğrencilerin, normal ağırlıklı öğrencilere göre dismenore açısından 1.69 kat (Tablo 2) daha fazla risk taşıdıkları gözlenmiştir.

Tablo 2. Araştırma grubunda dismenore görülme sıklığının risk faktörlerine göre dağılımı			
Risk faktörleri	Dismenore (n= 452)		P*
	Var	OR (95%CI)	
Beden Kitle İndeksi			>0.05
Normal (n= 345)	193	Ref.	
Düşük (n= 85)	58	1.69 (0.99-2.89)	
Yüksek (n= 22)	11	1.27 (0.50-3.25)	
Aile yapısı			>0.05
Çekirdek (n= 363)	210	Ref.	
Geniş (n= 63)	33	0.80 (0.45-1.42)	
Parçalanmış (n= 26)	20	2.43 (0.90-6.93)	
Maddi durum			>0.05
İyi (n= 117)	59	Ref.	
Orta (n= 325)	194	0.69 (0.44-1.07)	
Kötü (n= 8)	6	2.03 (0.36-14.74)	
Sigara kullanımı			0.001
Var (n =72)	62	5.52(2.64-11.84)	
Yok (n =380)	201		
Menarş yaşı (yıl)			>0.05
11-15 (n= 373)	228	Ref.	
<11 (n= 5)	4	2.54 (0.27-60.35)	
>15 (n= 18)	7	0.40 (0.14-1.16)	
Menstruasyon düzeni			0.007
20-40 gün (n= 278)	175	Ref.	
Düzensiz (n= 96)	43	0.48 (0.29-0.78)	
<20 gün (n= 70)	43	0.94 (0.53-1.67)	
Menstruasyon süresi			>0.05
2-7 gün (n= 407)	236	Ref.	
<2 gün (n= 11)	8	1.93 (0.46-9.33)	
>7 gün (n= 31)	16	0.77 (0.35-1.70)	

*Kikare testi



Chen ve ark.'larının (13) çalışmasında sigara kullanım miktarı ve dismenore arasında anlamlı bir ilişki saptamıştır. Dismenore riski, düşük miktarlarda sigara kullananlarda kullanmayanlara göre 1.1 kat artmış iken, yüksek miktarlarda 3.1 kat artmaktadır. Çalışmamızda benzer biçimde sigara kullananlarda dismenore sıklığının kullanmayanlara göre 5.5 kat daha fazla tespit edilmiş olması önemli bir risk faktörü olduğunu göstermektedir.

Sonuç olarak çalışmamız, dismenorenin adolesanlar arasında oldukça yaygın olduğunu göstermektedir. Dismenore açısından önemli bir risk faktörü olarak belirlenen sigaranın, kullanım oranının çok yüksek olmaması, oldukça sevindiricidir. Adolesanlara yönelik üreme organlarının anatomisi, menstruasyon fizyolojisi ve dismenore risk faktörlerini içine alan sağlık eğitimlerinin planlanması ve uygulanması dismenore ile baş etmede yardımcı olacaktır.

İletişim: Dr. Naim Nur

E-posta: nnur@cumhuriyet.edu.tr

Kaynaklar

- 1- Neinstein, LS. Menstrual problems in adolescent. *Medical Clinics of North America*. 1990;74:1181-1187.
- 2- Braverman PK, Sondheimer SJ. Menstrual disorders. *Pediatr in Rev*. 1997;18:17-25
- 3- Çıtak N, Terzioğlu F. Abant İzzet Baysal Üniversitesinde öğrenim gören kız öğrencilerin primer dismenoreye ilişkin bilgi ve uygulamaları. *Sağlık ve Toplum*. 2002;12 (3):69-80.
- 4- Mercan R. Dismenore ve tedavisi. *Romatizma ve Ağrı Bülteni*. 1994;1:22-24, 37-39.
- 5- Harlow SD, Park M. Longitudinal study of risk factors for the occurrence, duration and severity of menstrual cramps in a cohort of college women. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1996;103: 1134-1142.
- 6- Atası T Şahmay S: Dismenore ve Premenstruel Sendrom. *Jinekoloji 1. Baskı, Ünlversal Dil Hizmetleri ve Yayıncılık A.Ş., İstanbul, 1996, s.506-510.*
- 7- Y. Osuga, K. Hayashi, Y. Kobayashi, S. Toyokawa, M. Momoeda and K. Koga et al., Dysmenorrhea in Japanese women, *Int J Gynecol Obstet*, 2005;88:82-83.
- 8- Arıdoğan N, vardar MA. Kronik Pelvik Ağrı. *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, Editörler: Kişnişçi H, Gökşin E, Durukan T, Üstay K, Ayhan A, Gürkan T, Önderoğlu L. *Melisa Matbaacılık, İstanbul, 1996, s.706.*
- 9- Halbert DR: Dysmenorrhea. In *Sciarras Gynecology and Obstetrics*. Editors: Speroff L.Simpson JL, Sciarras JJ. Harper & Row Publishers, Philadelphia, 1987, pp.1-4.
- 10- Kamacı M, Önder Y, Akman N. Adolesanlardaki primer dismenorenin vücut kütle indeksi ile ilişkisi. *Van Tıp Dergisi*. 1997;4(3):154-157.
- 11- M.A. Burnett, V. Antao, A. Black, K. Feldman, A. Grenville and R. Lea et al., Prevalence of primary dysmenorrhea in Canada, *J Obstet Gynaecol Can*, 2005;27:765-770.
- 12- P. Montero, C. Bernis, V. Fernandez and S. Castro, Influence of body mass index and slimming habits on menstrual pain and cycle irregularity, *J Biosoc Sci* 1996; 28: 315-323.
- 13- C Chen, S I Cho, A I Damokosh, D Chen, G Li, X Wang, X Xu. Prospective study of exposure to environmental tobacco smoke and dysmenorrhea. *Environ Health Perspect*. 2000; 108(11): 1019-1022.



Fetal-Neonatal İyot Eksikliği

Birinci olguda anne preeklampsi tablosu nedeniyle gebelikte tuz kullanmadığı ve ek olarak iyot almadığı için anne ve fetusta iyot eksikliği oluşmuştur. Doğumdan sonra anne sütü almasına karşın annede iyot eksikliği sürdüğü için anne sütü iyot düzeyi ile yenidoğan bebeğin gereksinimini karşıyamamaktadır. İkinci olguda ise iyot eksikliğin yaygın olduğu Yahyalı bölgesi dağ köylerinde sık görülen iyot eksikliği ve guatr vardı.

Gebelik ve laktasyon döneminde günlük iyot alımının 200-250 mikrogram civarında olması önerilmektedir (1). Eğer anne yetersiz iyot alırsa ölü doğum, düşükler, prematür doğumlar, gebelikte oluşan hipertansiyon, düşük doğum ağırlığı, mikrosefali, malformasyonlar (meningosel başta olmak üzere), guatr, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, kretinizm, nükleer radyasyona fetal duyarlılık gibi sonuçlara yol açar (1-5). Yenidoğan döneminde ise guatr, hipotiroidi, hipertirotiropinemi gözlenir (3). Bebekte FT3, FT4 normal iken TSH'nin yüksek olması hipertirotiropinemi göstermektedir. İyot eksikliğin önemli bir göstergesi tiroglobulin yüksekliğidir (3). Nitekim bebekte tiroglobulin düzeyi yüksek düzeylerde ölçülmüştür. İdrarda iyot düzeyinin ideal olarak 10 mikrogram/dl üzerinde bulunması beklenir. İdrar iyot düzeyi 5-10 mikrogram/dl ise hafif, 2-5 mikrogram/dl ise orta, 2 mikrogram/dl oldukça ağır iyot eksikliğini gösterir (2). Aynı rakamlar anne sütü iyot düzeyi içinde geçerlidir. Term yenidoğan bebeklerde ortanca tiroid volümü 0,79 ml bulunmuştur (2). Eğer bu rakam 1,5 ml'yi aşarsa guatr tanısı konur (3). Ayrıca intrauterin dönem için hazırlanmış tiroid volümü değerleri dikkate alınabilir (3).

Birinci bebeğe iyot eksikliği için günlük 100 mikrogram iyot başlanmıştır. Tedavinin 21.

gününde FT3 3,96 pg/ml, FT4 9,98 pg/ml, TSH 4,77 mU/L, 3. ayda FT3 3,62pg/ml, FT4 13,36 pg/ml, TSH 2,03 mU/L, ve tiroglobulin 30,12ng/ml ölçüldü. İdrarda iyot düzeyi 77 mikrogram/dl 'ye yükseldiği için iyot tedavisi kesildi. Bebeğin boyu 55 cm, ağırlığı 4500gr, baş çevresi 37 cm idi. İkinci olguda guatr ve hipotiroidi nedeniyle L-T4 ile birlikte iyot verilmesiyle guatr hızla düzelmiştir.

Sonuç olarak gebelik ve laktasyonda annelerin 200-250 mikrogram/gün iyot alması, yenidoğan döneminde 90 mikrogram/gün iyot ihtiyacı olduğu akılda tutulmalıdır. Eğer yenidoğanda iyot eksikliği saptanırsa 1 ml Lugol solusyonu 59 ml distile su karışımında günlük 1 damla verilmesi (100 mikrogram) tedavi için yeterli olmaktadır (1). Ayrıca prenatal izlemlerde boyunda şişlik ve polihidroamniyoz saptanırsa guatr akla gelmeli ve fetal tiroid fonksiyonları bakılarak intraamniyotik yoldan ya da kordondan tiroid hormon enjeksiyonları yapılmalıdır.

İletişim: Dr. Selim Kurtoğlu

E-posta: selimk@erciyes.edu.tr

Kaynaklar

- 1- Kurtoğlu S. İyot eksikliği hastalıkları ve çözüm yolları, Türk Pediatri Arşivi 1997; 32: 4-13.
- 2- Kurtoğlu S, Akcaşu M, Kocaoğlu C, Güneş T et al. Iodine st.tm remains critical in mather and infant in central Anotulia (Kayseri) Eur Clin Nutr 2004; 43: 297-303
- 3- Hatipoğlu N, Büyükkayhan D, Kurtoğlu S. Yenidoğan dönemi tiroid hastalıkları. Türkiye Klinikleri Pediatrik Bilimler Pediatrik Endokrinoloji Özel Sayısı 2006; 2: 63-82.
- 4- Salerno M, Di Maio S, Pisaturo L, Mariano A, Macchia V, Fetal goiter in a iodine deficient area J Endocrinol Invest 1998; 21: 721-722
- 5- Agrawa P, Ogilvy- Stuart A, Less C. İntrauterine diagnosis ann monogament of congenital goitrous Hypothyroidism Ultrasoun Obstet Gynecol 2002; 19:501-505.

	STED'den	I		Kadın ve Sağlık "Dünya Tabipler Birliği "Şiddet Bir Halk Sağlığı Sorunudur!" <i>Dr. Dilek Aslan</i>	IX
	STED Yazarlarına Bilgi	II			
	Tütün Ürünlerinin Sağlığa Zararları Üzerine Bildirgesi <i>Dr. Meltem Şengelen, Dr. Dilek Aslan, Dr. Nazmi Bilir</i>	IV		Klavyem, Stetoskopum ve Ben "Excel'de Özet Tablo Kullanımı" <i>Arif Onan</i>	XI
	TTB-STE Kredi Puanı ve Kitap Kazananlar	VI		Mesleksel Beceri "İntravenöz Enjeksiyon Yapma Becerisi" <i>Dr. Orhan Odabaşı, Dr. Melih Elçin</i>	XIII
	Türkiye'nin Sağlığını Okumak <i>Dr. Onur Hamzaoğlu</i>	VII		Dergilerden <i>Stj. Dr. Yılmaz Yıldız, Dr. Özen Aşut</i>	XVI
				Ödüllü Bulmaca	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 tanımları ve hekim günlükleri yayımlanır.

Dergide yayımlanacak makalelerin aşağıda belirtilen özellikleri taşıması gerekmektedir:

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

1. Başlık Sayfası: Bu sayfada bulunması gerekenler:

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

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

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

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

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

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

Bu bölümün sonunda çalışmanın amacı ve gerekçesi açıklanmalıdır.

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

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

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

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

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

Tipik dergi makalesi

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

ya da

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

Kitap

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

Kitap bölümü

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

Web Sitesi

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

Kaynak göstermede diğer özellikler ve özel durumlar için Bkz,

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

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

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

10. Şekiller ve Fotoğraflar

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

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

Yazılarda Uygulanacak Biçimsel Özellikler Kılavuzu

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Metinlerin Gönderilmesi

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

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

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

Dünya Tabipler Birliği'nin Tütün Ürünlerinin Sağlığa Zararları Üzerine Bildirgesi



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

Tütün mücadelesi Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tütünü küresel bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edip 2003 yılında Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'ni taraflarının imzasına açmasından sonra bütün dünyada hız kazanmıştır. Bu durum son derece olumlu bir gelişmedir. Tütün mücadelesinde toplumdaki her bireyin sorumluluğu olduğu gibi sağlık çalışanlarının da önemli görevleri bulunmaktadır. Bu görev ve sorumluluklar DSÖ tarafından defalarca gündeme getirilmiştir.

Tütün mücadelesinde hekim sorumluluğu Dünya Tabipler Birliği (DTB) tarafından DSÖ sürecinden daha önceki yıllarda konuşulmaya başlamış olan bir kavramdır. Bu konuda DTB ulusal tabip birliklerinin dikkatine sunulmuş olan bir bildirge de yayınlanmıştır. Aşağıda "Dünya Tabipler Birliği-Tütün Ürünlerinin Sağlığa Zararları Üzerine Bildirgesi" yer almaktadır.

Bu bildirge Avusturya'nın Viyana kentinde Eylül 1988'de 40. Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda kabul edilmiş, Kasım 1997'de Almanya'nın Hamburg kentinde 49. Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda ve Ekim 2007'de Danimarka'nın Kopenhag kentinde Dünya Tabipler Birliği'nin Genel Kurulu'nda değiştirilmiştir.

Önsöz

Dünyada her üç erişkinden biri ve bir milyardan fazla sigara içmekte, bunların % 80'i düşük ve orta-gelirli ülkelerde yaşamaktadır. Sigara ve diğer tütün ürünlerinin kullanımı vücutta her organ sistemini etkilemektedir ve kanser, kalp hastalıkları, inme, kronik obstrüktif akciğer hastalıkları, fetal hasarlar ve pek çok diğer hastalığın başlıca nedenidir. Dünyada her yıl tütün kullanımına bağlı olarak beş milyon ölüm vakası meydana gelmektedir. Bugünkü sigara içme eğilimleri devam ettiği takdirde, 2020 yılında yıllık 10 milyon ölüm olgusu görülecek, bunun % 70'i gelişmekte olan ülkelerde olacaktır. Tütün kullanımı 20.

yüzyılda 100 milyon kişinin ölümünden sorumludur ve etkili müdahalelerde bulunulmazsa 21. yüzyılda bir milyar kişinin ölümüne yol açacaktır. Ayrıca, 50'den fazla karsinogen ve pek çok diğer toksinler de içinde, 4000'den fazla kimyasal madde içeren sigara dumanından pasif etkilenim sigara içmeyenlerde akciğer kanseri, kalp hastalığı ve diğer hastalıklara neden olmaktadır.

Küresel halk sağlığı camiası DSÖ aracılığıyla tütün kullanımı ve tütüne atfedilen hastalıkların alarm verici boyutları hakkında artan kaygılarını ifade etmişlerdir. 20 Eylül 2007 itibarıyla 150 ülke, tütünün vergisini artırmak, tütün reklam ve promosyonunu yasaklamak, kamusal alanlarda ve iş yerlerinde tütün kullanımını yasaklamak, tütün paketlerinin üzerine etkili sağlık uyarıları yerleştirmek, sigara bıraktırma hizmet ve tedavilerine erişimin geliştirilmesi, tütün ürünlerinin içerik ve emisyonunu düzenlemek, tütün ürünlerinin yasa dışı ticaretinin engellenmesi yoluyla tütün kullanımına karşı sert önlemler alınmasını gerektiren Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'ni imzalamıştır.

Sigara içmeye izin verilen her yerde, evlerde, iş yerlerinde ve diğer kamusal alanlarda, sigara dumanından pasif etkilenim meydana gelmektedir. DSÖ'ye göre her yıl 200 bin işçi, işyerlerindeki sigara dumanından pasif olarak etkilenmelerinden dolayı ölmekte; 700 milyon civarı çocuk, yaklaşık dünya toplamının yarısı, özellikle evlerinde tütün dumanı ile kirlenmiş hava solumaktadır. DSÖ, 29 Mayıs 2007'de üç yeni, kapsamlı rapora dayanarak işyerleri ve kapalı kamusal alanlarda küresel sigara yasağı çağrısı yapmıştır.

Tütün endüstrisi sigaranın sağlık üzerine etkileri ile ilgili bilimsel gerçeği, hem internal araştırmalar yürüterek, hem de ortak desteklenen endüstri programlarıyla eksternal araştırmaları destekleyerek ortaya koymaya kararlı olduklarını iddia etmektedirler. Fakat buna karşın, sigara endüstrisi sigara içmenin

*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Preventif Onkoloji AD., Ankara

**Doç.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Ankara, Sigara ve Sağlık

Ulusal Komitesi (SSUK) Üyesi

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

zararlı etkileri ile ilgili bilgileri inkar etmiş, geri çekmiş ve bastırmıştır. Uzun yıllar boyunca endüstri, sigara içmenin kanser ve kalp hastalığı gibi hastalıklara neden olduğuna ilişkin sonuca ulaşmış kanıt olmadığını ileri sürmüştür. Ayrıca nikotinin bağımlılık yapmadığını da ileri sürmüştür. Bu iddialar global tıp dünyası tarafından sürekli çürütülmüş, nedenle endüstri tarafından yürütülen yoğun reklam kampanyalarına karşı çıkmış ve tıp birliklerinin kendilerinin tütüne karşı kampanyada lider rolü üstlenmesi gerektiği vurgulanmıştır.

Tütün endüstrisi ve yandaşları yıllardır tütün ve sağlık ile ilgili araştırma ve raporların hazırlanmasını desteklemiştir. Bu tür etkinliklere katılan bireysel araştırmacılar ve/ya da kurumları, tütün endüstrisine, endüstrinin sonuçları doğrudan pazarlamada kullanamayacağı durumlarda bile, güvenilirlik sağlamıştır. Bu durumlar, sağlığın geliştirilmesi hedefleri ile belirgin biçimde çalışmaktadır.

DTB, ulusal tıp birlikleri ve tüm hekimlerin tütün kullanımına ilişkin sağlık risklerinin azaltılması için aşağıdaki adımları atmasında ısrar eder:

Öneriler

DTB, ulusal tabip birlikleri ve tüm hekimlerin tütün kullanımına ilişkin sağlık risklerinin azaltılması için aşağıdaki adımları atmasında ısrar eder:

1. Sigara ve diğer tütün ürünlerinin kullanımını engelleyen kamusal bir politika belirle.

2. DTB'nin tüm toplantılarında uygulamaya karar verdiği yasak ile aynı doğrultuda olacak şekilde Ulusal Tabip Birliklerinin tüm iş, sosyal, bilimsel toplantıları ve törenlerinde sigara içilmesini yasakla.

3. Hekimleri ve halkı tütün kullanımının sağlık üzerine zararları (bağımlılık dahil) ve sigara dumanından pasif etkilenim hakkında eğitmek için programlar geliştir, destekle ve katıl. Hem sigara içenleri ve dumansız tütün kullananları tütün ürünleri kullanımını bırakmaya ikna etmeyi ve yardım etmeyi hedefleyen programlar, hem de sigara içmeyen ve dumansız tütün kullanmayanların başlamalarını engellemeye yönelik programlar önemlidir.

4. Bireysel olarak hekimleri, rol modeli olmaları (tütün ürünleri kullanmayarak) ve

halkı tütün kullanımının sağlığa zararlı etkileri ve tütün kullanımını bırakmanın yararları hakkında eğitecek kampanyanın sözcüsü olmaları hususunda özendir. Tüm tıp fakülteleri, biyomedikal araştırma enstitüleri, hastaneler ve diğer sağlık kurumlarından sınırları içinde sigara içilmesini yasaklamalarını iste.

5. Tıp öğrencileri ve hekimler için hastalarında tütün bağımlılığını tanımlayıp tedavi etmelerine hazırlamak için eğitim programları hazırla ya da var olanları zenginleştir.

6. Bireysel hasta görüşmesi, sigara bıraktırma grupları, telefon hatları, web tabanlı bıraktırma hizmetleri ve diğer uygun yöntemlerle tütün bağımlılığının kanıta dayalı tedavisi -danışmanlık ve farmakoterapiyi de içeren- için geniş erişimi destekle.

7. Tütün kullanımı ve bağımlılığının tedavisi için bir klinik uygulama rehberi geliştir ya da onayla.

8. DTB'nin DSÖ'yü sigarayı bıraktırmada kullanılan etkinliği gösterilmiş ilaçları DSÖ'nün Temel İlaçlar Model Listesine alması için zorlamasına destek ver.

9. Tütün endüstrisine güvenilirlik kazandırmamak için bu endüstriden herhangi bir finansal destek ya da eğitim materyali kabul etmekten kaçın, ve tıp fakülteleri, araştırma enstitüleri ve bireysel araştırmacıların da aynı şekilde davranmalarında ısrarcı ol.

10. Ulusal hükümetlerin halk sağlığını korumak için Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'ni imzalamaları ve bütünüyle uygulamaları konusunda ısrarcı ol.

11. Tütün pazarlamasının gelişmiş ülkelerden daha az gelişmiş ülkelere doğru kaymasına karşı ol ve ulusal hükümetleri de aynı şekilde davranmalarında ısrarcı ol.

12. Aşağıdakileri destekleyen kanunların çıkartılmasını ve uygulanmasını destekle:

a. Tütün ürünlerinin üretim, satış, dağıtım ve promosyonunu hakkında aşağıda listelenen spesifik provizyonları da içerecek şekilde kapsamlı şekilde düzenlenmeli.

b. Tütün ürünlerinin satıldığı ambalajlara ve tütün ürünlerinin tüm reklam ve promosyon materyalleri üzerine sağlığa zararlı etkileri hakkında yazılı ve resimli uyarılar basılması. Bu uyarılar belirgin olarak görülmeli ve sigarayı bırakmak isteyenleri geçerli telefonla

bıraktırma hatlarına, web sayfalarına ya da diğer kaynaklara yönlendirmelidir.

c. Tüm kapalı kamusal alanlarda (sağlık kurumlarında, okullarda ve eğitim kurumlarında), iş yerlerinde (restoran, bar ve gece klüpleri dahil) ve toplu taşıma araçlarında sigara içilmesi yasaklanmalıdır. Akıl hastalıkları ve kimyasal bağımlılık tedavi merkezleri de sigarasız alanlar olmalı. Hapishanelerde de sigara içilmesine izin verilmemeli.

d. Tütün ürünlerinin tüm reklam ve promosyonu yasaklanmalıdır.

e. Sigara ve diğer tütün ürünlerinin çocuk ve adölesanlara satış, dağıtım ve ulaşılabilirliğini yasaklanmak.

f. Ulusal sınırlar içinde tüm ticari havayollarının uçuşlarında ve tüm uluslararası ticari havayollarının uçuşlarında sigara içilmesi, havaalanları ve diğer yerlerde tütün ürünlerinin vergisiz satışı yasaklanmalı.

g. Tütün ve tütün ürünleri için tüm sübvansiyonu yasakla.

h. Tütün kullanımının prevalansı ve tütün ürünlerinin nüfusun sağlık durumu üzerine etkilerini ortaya koyacak araştırmalar yapılmalıdır.

i. Şu anda olmayan herhangi bir yeni tütün ürününün promosyon, dağıtım ve satışını yasakla.

j. Tütün ürünlerinin vergilerini artırır ve elde edilen vergi geliri korunma programları, kanıta dayalı bıraktırma programları ve diğer sağlık hizmetleri için kullanılmalı.

k. Tütün ürünlerinin yasa dışı ticareti ve kaçak tütün ürünlerinin satışı engellenmeli.

l. Tütün eken çiftçilerin alternatif ekinlere dönmesine yardımcı olunmalı.

m. Hükümetleri tütün ürünlerinin uluslararası ticaret anlaşmalarının dışında bırakılması için zorlanmalı.

İletişim: Dr. Dilek Aslan

E-posta: diaslan@hacettepe.edu.tr

Kaynaklar

- 1- Aslan D, Bilir N. Tütün Kontrolünde Doktorların Rolü. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2006; 15 (5), VIII-IX.
- 2- World Medical Association Statement on Health Hazards of Tobacco Products. <http://www.wma.net/e/policy/h4.htm>. Erişim tarihi: 23 Mart 2008.

D ü z e l t m e

Ocak 2008 sayımızın Sürekli sayfalarından tütün ile ilgili bölümünde başlık teknik bir sorundan yanlış basılmıştır. "Tütün Epidemisi ve Küresel Tütün Kontrolü İle İlgili 10 Önemli Konu" başlığı olarak düzeltir özür dileriz.

TTB- STE Kredi Puanı ve Kitap Kazananlar



Kasım 2007 sayımızdaki Ödüllü Bulmaca'dan kredi puanı kazananlar

- 1- **Arda Gafur*** (Ankara), 2- Yüksel Tür (Ankara), 3- İsyas Korkmaz (Antalya), 4- Zeliha Tahmazoğlu (Balıkesir), 5- Mualla Onrat, 6- Şermin Uzun Altunel (Eskişehir), 7- **Osman Çelikoğlu*** (G. Antep), 8- **Cevat Aşkar***, 9- Metin Değirmenci (Hatay), 10- Kemal Demirkan (İstanbul), 11- Ümit Zafer Karakuş (Kayseri), 12- İbrahim Yakutbay (Kütahya), 13- **Seher Yeşilyurt*** (Kütahya), 14- **Mustafa Atasoy*** (Tekirdağ).

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



Dr. Onur Hamzaoğlu*

Tablo 1. Türkiye'de yıllara göre toplam sağlık harcaması ve bazı bileşenleri

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
TSH (milyonYTL)	4985	8248	13337	20524	27259	33237	37013	43197
KSH (milyonYTL)	3037	5190	9097	14445	19510	24019	26426	31284
KCSH (milyonYTL)	2871	4865	8584	13448	18322	22682	24395	29150
KSH/TSH (%)	60.92	62.92	68.21	70.38	71.57	72.27	71.40	72.42
KYSH/KSH (%)	5.8	6.3	5.6	6.9	6.1	5.6	7.7	6.8
KİH/KCSH (%)	33.10	35.54	35.73	38.91	37.12	34.21	35.99	34.38

"Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007" verilerinden hesaplanmıştır.

TSH: Toplam Sağlık Harcaması, KSH: Kamu Sağlık Harcaması, KCSH: Kamu Cari Sağlık Harcaması, KYSH: Kamu Yatırım Sağlık Harcaması, KİH: Kamu İlaç Harcaması

Tablo 2. Türkiye'de 1999-2002 ve 2003-2006 dönemlerinde toplam sağlık harcaması ve bazı bileşenleri

	1999-2002	2003-2006	Dönem oranı
TSH (milyonYTL)	47094	140706	2.99
KSH (milyonYTL)	31769	101239	3.19
KCSH (milyonYTL)	29768	94549	3.18
KSH/TSH (%)	67.46	71.95	1.07
KYSH/KSH (%)	6.33	6.61	1.04
KİH/KCSH (%)	33.10	35.54	1.07

"Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007" verilerinden hesaplanmıştır.

Pek çok kaynakta sözü edildiği gibi, "Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007" başlıklı kaynakta sunulan verilerde de Türkiye'de sağlık harcamalarının 2000'li yılların başından itibaren büyük bir hızla arttığı görülüyor (Tablo 1). Buna göre, toplam sağlık harcaması 1999 yılında, 4 milyon 985 bin YTL iken, 2006 yılında 8.7 kat artarak 43 milyon 197 bin YTL'ye, kamu sağlık harcamaları da aynı yıllar için 3 milyon 37 bin YTL'den, 10.3 kat artarak 31 milyon 284 bin YTL'ye ve kamu cari sağlık harcamaları yine aynı yıllar için, 2 milyon 871 bin YTL'den, 10.2 kat artarak 29 milyon 150 bin YTL'ye yükselmiştir. Ülke genelinde sağlığa yapılan harcamaların 1999 yılında %61'i kamu tarafından yapılırken, 2006 yılında kamunun payının %72'ye çıktığı görülmektedir. Bu başlıklar altındaki harcamalarda artışlar yıllar itibariyle süreklilik göstermektedir. Bununla birlikte, kamu sağlık harcamaları içinde kamu sağlık yatırım harcamalarının payı ile kamu cari sağlık harcamalarında kamu ilaç

harcamalarının payının genel olarak yıllar arasında büyük farklılık göstermeden küçük değişimlerle sürdüğü izlenmektedir (Tablo 1).

Tablo 1'deki verileri 1999-2002 ve 2003-2006 yıllarına göre gruplayarak incelediğimizde, bir başka yönüyle AKP hükümetleri ile öncesine göre gruplanmış olacağımızdan "Nereden Nereye Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Kasım 2002-Haziran 2007" başlıklı yayınında baş editör R. Akdağ'ın saptamalarına da yanıt vermiş olacağız.

Türkiye'de, AKP hükümetleri döneminde bir önceki döneme göre, toplam sağlık harcamalarında %299, kamu sağlık harcamalarında %319 ve kamu cari sağlık harcamalarında %318 artış olmuştur. Bununla birlikte, önceki döneme göre, toplam sağlık harcamalarında kamu sağlık harcamalarının payı %7, kamu cari sağlık harcamalarında kamu ilaç harcamalarının payı %7 ve kamu sağlık harcamalarında kamu yatırım sağlık

harcamalarının payı %4 artmıştır (Tablo 2). Bu verilere göre, ülkemizde sağlık sektörünün bilançosunda, Bakan Akdağ döneminde çok büyük artışlar yaşanmıştır. Buna karşın, daha önceki çalışmalarımızda görüldüğü gibi bu harcamaların toplumsal sağlık göstergelerimize bir gelişme olarak yansımadığını; aksine, eşitsizliklerde artışların derinleştiği başlıklar olduğunu ortaya koymuştuk.

Önümüzde iki önemli soru bulunmaktadır. İlki, harcamaların kaynağı nedir? Yine söz konusu kaynaktan ulaştığımız verilere göre, Sağlık Bakanlığı bütçesi kamu sağlık harcamalarının 1999-2002 döneminde %24'ünü oluştururken, Bakan Akdağ'ın döneminde %23'ünü oluşturmaktadır. Özetle, kamu sağlık harcamalarında Bakanlığın bütçesinin payı gerilemiştir. Bakanlığın payındaki gerilemenin bir kanıtı da kamunun sağlık yatırımlarındaki artışın yalnızca %4 olmasıyla da görülebilmektedir.

Önceki çalışmalarımızda da verilediğimiz gibi, Bakan Akdağ'ın döneminde Bakanlık sağlık yatırımlarından ve koruyucu sağlık hizmetlerine yapılması gereken harcamalardan uzak dururken, bütçesinin çok büyük bölümünü, giderek artan oranlarda tedavi hizmetleri ile cari giderlere ayırmayı tercih etmektedir. Kısaca Türkiye'de kamu sağlık harcamalarının kaynağı olarak Sağlık Bakanlığı'nın bütçesini gösterememekteyiz.

Kaynağı aramak için Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Aylık İstatistik Bülteni, Aralık 2007 sayısını incelediğimizde, sosyal güvenlik kurumlarının sağlık giderlerinin 2002 yılında 7 milyon 629 bin YTL'den, 2006 yılında, %232 artışla 17 milyon 667 bin YTL'ye yükseldiği, aynı dönemler için kurumun açığının 7 milyon 964 bin YTL'den %227 artışla 18 milyon 37 bin YTL'ye ulaştığı izlenmektedir.

İkinci sorumuz ise artan bu harcamaların nereye yapıldığıdır. Hem yukarıdaki verilerden hem de önceki çalışmalarımızdan görünen kadarıyla kamu sağlık harcamalarındaki artış, kamu sağlık yatırımlarına ve kamu sağlık sigortalarının (Sosyal Güvenlik Kurumu-SGK-) kamu sağlık kurumlarından hizmet satın almasında artış için kullanılmamaktadır. SGK'nin üniversite ve devlet hastanelerinden hizmet satın almak için yaptığı harcamaların payı yıllar içinde azalırken, özel hastanelerden

hizmet satın almak için yaptığı harcamaların payı dramatik olarak artmaktadır. SGK'nin 2007 yılında özel hastanelerden hizmet satın almak için yaptığı harcamanın payı 2003 yılına göre %82 artmıştır. Bununla birlikte, kamuoyu tarafından da açık olarak bilindiği gibi SGK'nin devlet hastanelerine olan borçları daha önce silinmişti. Yani SGK'nin bilançosu 2007 Bütçe Kanunu'na yerleştirilen ek bir madde ile denkleştirilmeye çalışılmıştı. Ancak yanıtını aramamız gereken ya da Hükümete sormamız gereken soru, silinse de silinmese de bu harcamalar için hükümet kaynağı nereden sağlamaktadır?

Bu sorularla bağlantılı olarak ilaçta tasarruf sağlandığı masalının sorgulanması gerekir. Tablo 2'de de görüldüğü gibi, kamu cari sağlık harcamalarında ilaç harcamalarının payı AKP hükümetleri döneminde önceki döneme göre azalmamış hatta %7 oranında artmıştır. Ancak baş editör kitabın 71. sayfasında sağladıkları "tasarrufu" anlatmaktadır. Hesaplar ortadadır. İlaç harcamalarında KDV'nin %18'den %8'e çekilmesine karşın tasarruf söz konusu değildir. Aksine artış vardır. KDV eskisi gibi kalmış olsaydı "tasarruf"larının büyüklüğünün daha da anlaşılır olacağını da paylaşmak isteriz.

İletişim: Dr. Onur Hamzaoğlu

E-posta: ohamzaoglu@kou.edu.tr

Kaynaklar

Akdağ R.(2007). Nereden Nereye Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Kasım 2002-Haziran 2007, Sağlık Bakanlığı, Ankara.

Hamzaoğlu O.(Mayıs 2007).Türkiye'nin Sağlıkını Okumak(2001-2005 Mali yıllarına göre Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bütçe oranları ve gider gruplarından bazılarına göre dağılımı(%)). STED, 16(5).

Hamzaoğlu O.(Ekim 2007). Türkiye'nin Sağlıkını Okumak(Sıfır yaş grubunda DBT1-Kızamık devamsızlık hızlarının coğrafi bölgelere ve yıllara göre dağılımı(%)). STED, 16(10).

Hamzaoğlu O.(Aralık 2007). Türkiye'nin Sağlıkını Okumak(Sosyal Güvenlik Kurumu tedavi harcamalarının yıllara ve hastanelere göre dağılımı(%)). STED, 16(12).

Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Aylık İstatistik Bülteni (Aralık 2007) <http://www.sgk.gov.tr>. (Ulaşım tarihi: 30 Ocak 2008).

Sağlık Bakanlığı RSHMB Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü (2007). Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007. Ankara.



*Dr. Dilek Aslan**

Dünya Tabipler Birliği “Şiddet Bir Halk Sağlığı Sorunudur!”

Günümüzde önceliklerin daha iyi belirlenebilmesi ve çözümlerin üretilebilmesi için şiddetle ilgili alt başlıklar oluşturulmaktadır: çocuğa yönelik şiddet, kadına yönelik şiddet, yaşlı ihmali ve istismarı, vb. Bu yaklaşımlar halk sağlığı bakış açısıyla bütüncül yaklaşımı engeller gibi görünse de her yaş grubunun kendi içinde “özel” durumlar oluşturması bakımından doğru bir yaklaşımdır. Aynı zamanda bu yaklaşım halk sağlığı kavramı içinde tanımlanan “risk yaklaşımı” kapsamında da yapılması gerekli olan bir bölümlenmedir.

Ülkemizde şiddetin kapsamı, uygulanma biçimleri, uygulayanlar, uygulanan gruplarla ilgili çeşitli çalışmalar yapılmaktadır. Kadına yönelik şiddet; bir alt şiddet kategorisi olarak tanımlanmakta olup son zamanlarda ulusal ve uluslararası ortamlarda önemli bir mücadele alanı olarak belirlenmiştir. Bu konuda ulusal düzeyde sağlık alanında yapılmış en son etkinliklerden birisi kadına yönelik şiddetin nedenlerinin, sonuçlarının ve önleme mekanizmalarının tartışıldığı ve 20-22 Mart 2008 tarihleri arasında düzenlenmiş olan “1. Kadın Sağlığı Kongresi” olmuştur. Bu kongre; HÜKSAM ve TTB Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kolu'nun ortak etkinliği olarak düzenlenmiştir.

İster kadına yönelik; ister çocuğa yönelik, isterse de diğer gruplara yönelik olsun şiddet karşısında hekimlerin standart yaklaşımlar geliştirebilmeleri çok önemlidir. Bu noktada Dünya Tabipler Birliği - Şiddet ve Sağlık İlişkisine Dair Bildirgesi'nin Türkçe'ye çevrilmiş biçiminin bilinmesinde yarar vardır. Bu yazıda ilgili bildirme okuyucunun dikkatine sunulmuştur.

Bu konuda çalışmalar Mayıs 2003 tarihinde başlamış; 2005 yılında Finlandiya'nın Helsinki kentinde Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda uyarlanmıştır:

A. Giriş

1. 2000 yılında dünyada 1.6 milyondan

daha fazla kişi şiddete bağlı olarak yaşamını kaybetmiştir; bu da ölümlerin her gün dört binden fazla olduğu anlamına gelmektedir. Ölümlerin yaklaşık yarısı intihara, üçte biri cinayete, geri kalanları ise diğer şiddet nedenlerine bağlıdır. Bu veriler çoğunlukla gelir düzeyi yüksek olan ülkelere ait olup aslında buzdüğünün üzerinde olan sayıları yansıtmaktadır. Gerçekte şiddet az gelişmiş ülkelerde daha önemli bir sorundur, ancak bu tür ülkelerin kayıt sistemlerindeki yetersizlik Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ)'ne veri akışını engellemektedir. Ek olarak; çocuk ihmali ve istismarı, eş şiddeti ve yaşlılara yönelik şiddet gibi şiddetin farklı biçimleri de korku, utanma, kültürel özellikler gibi nedenlere bağlı olarak olduğundan daha az düzeyde saptanmaktadır.

2. Cinayete kurban giden her genç bireye karşı aynı yaş grubundan en az 20-40 kişi şiddete bağlı bir nedenden dolayı hastanede tedavi görmektedir. Her beş kadından birisi ve erkeklerin de %5-10'u çocukluk döneminde cinsel istismara uğramaktadırlar. Uluslararası yapılmış olan toplum tabanlı çalışmalara göre eşi tarafından şiddet gören kadınların yüzdesi 10-69 arasında değişmektedir. Şiddete bağlı yaralanmaların doğrudan etkilerinin yanı sıra, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, ruhsal sorunlar, üreme sağlığı ile ilgili sorunlar gibi yelpazesi geniş olan durumlar öne çıkmaktadır. Şiddet kaynaklı sağlık etkilerinin geçmesi yıllarca sürebilir ve bazen de bu sorunlar kalıcı ruhsal ve fiziksel engellilik ile sonuçlanabilir. Toplumsal bir bakış açısıyla şiddetin yarattığı maliyet de önemli bir konudur. Bazı ülkelerde şiddete bağlı sağlık hizmetleri giderleri yurt içi gayri safi milli hasılanın %5'ini oluşturmaktadır.

3. Şiddet tek bir kaynağa bağlı oluşmaz. Bu konuda bireyin, toplumun, toplumsal ilişkilerin, sosyal ve politik süreçlerin etkisi vardır.

4. 1996 yılında Dünya Sağlık Asamblesi şiddetin bir halk sağlığı sorunu olduğuna dair vurgu yapılan WHA49.25 sayılı kararı

oluşturmuştur. Bir yıl sonra bu karar, şiddetin önlenmesi için DSÖ'nün bilimsel temellere dayalı toplum sağlığı yaklaşımlarını içeren bütünsel programını da içerecek biçimde uyarlanmıştır.

B. Uluslararası Tıpla İlgili Paydaşların Sürece Katılması

5. Şiddete neden olan etmenlerden bağımsız olarak şiddetin sağlık sonuçları tıpla ilgili bütün paydaşları ilgilendiren bir konudur. Hekimler, şiddetin bizzat kurbanı da olabilirler ya da her hekim gündelik profesyonel yaşamında şiddete maruz kalan bir kurbanla karşılaşabilir. Örneğin; pediatri olarak bir çocuğun istismar edilip edilmediğini araştırarak; acilde çalışan bir hekim ya da cerrah vurulmuş bir kurbanı müdahale ederek, psikiyatrist olarak eşinden şiddet gören bir kadının psikososyal sorunlarını çözerek bu sürecin içinde olunabilir. Bu tür örnekler, tıp alanındaki profesyonellerin şiddet yaşayan bireylerin sorunlarına çözüm aşamasında, diğer profesyonel meslek gruplarından daha yakın olduklarını göstermektedir.

6. Tıp alanında çalışanların şiddet karşısındaki yanıtları gerçek deneyimler üzerinden kurgulanmalıdır. Bazen veri toplanması yapılması gerekli en iyi şey olarak karşımıza çıkar. Hekimler şiddete bağlı yaralanmalarla ilgili sistematik veri toplanması aşamasını, sağlık sistemi içinde "uygun" bir şekilde entegre etme konusunda en yetkin kişilerdir. Bazı daha profesyonel yaklaşım gerektiren durumlarda ise klinisyenler ve halk sağlığı çalışanları şiddet ve şiddetin önlenmesi konusunda belirleyici bir role sahiptirler. Toplanmış olan verilerin politika yapıcılara zamanında ve usulüne uygun bir biçimde ulaştırılması, şiddetin azaltılması için kanıta dayalı politikaların geliştirilmesine katkı sağlar.

C. Öneriler

Ulusal tabip birlikleri şiddetle mücadele edebilmek için aşağıdaki sistematik yaklaşımlar konusunda güçlendirilmelidirler:

7. Savunuculuk: Şiddet küresel bir sağlık sorunudur ve kurbanlar çoğunlukla toplumdaki en yoksul, en güçsüz ve en örselenebilir gruplardır. Tıp alanındaki profesyoneller şiddetin ve yarattığı sağlık sorunlarının önlenmesi konusunda etkili stratejiler oluşturulması için yerel, ulusal ve uluslararası düzeylerde savunuculuk yapmalıdırlar. Dahası, bu grup kişisel, toplumsal ve siyasal sorunların çözümünü için şiddet içeren davranışları açığa çıkarmalıdırlar.

8. Veri toplama: Sağlık profesyonelleri şiddetle ilgili rutin veri toplanmasında ve bu verilerin halk sağlığı politikalarına yönlendirmesinde belirleyici bir role sahip olmalıdırlar. Araştırmalar şiddet kurbanlarının büyük bir çoğunluğunun cinayet olmadığı için (aile içi şiddet gibi kayıtlara girmeyen olgular olduğu için) ya da bu verilerin kayıtlara geçmemiş olmasından dolayı polis istatistiklerinde yer almadığını ortaya koymaktadır.

9. Tıp eğitimi: Tıp disiplini mezuniyet öncesi müfredatına şiddet ve yaralanma konularını entegre etmelidir.

10. Önleme: Kurbanlara ve ailelerine daha güvenli ve şiddetten uzak bir çevrenin yaratılmasını önceleyen ortamlarda danışmanlık yapabilmek için tıp disiplini klinikte karşılaşılan fırsatları kullanmalıdır.

11. Kurbanlara yönelik danışmanlık: Hekimler, şiddet mağduru olan, ancak hekime ulaşma yolunu bilemeyen kişilerin tespiti konusunda ya da yaralanmaya bağlı olarak yaşanan fiziksel, psikososyal etkiler, gelişen engellilik durumları ile baş edebilme yolları ile ilgili olarak kurbanlara sunulacak danışmanlık hizmetlerinin etkili ve nitelikli olması konusunda önemli bir role sahiptirler.

12. Araştırma: Şiddet olgularını bulma sorunu vardır. Şiddetin önlenmesi konusunda nedenlerinin ve farklı önleme stratejilerinin etkilerinin daha iyi anlaşılması için iyi bir dokümantasyona gereksinim vardır.

13. Topluma örnek olma: Tıp disiplini diğer şiddet türü olan işkence ya da hapisanelerdeki kişilere şiddet uygulama sürecine katılmayarak ya da bu durumları tolere etmeyerek, toplumda oluşacak sosyal normlara katkıda bulunmalıdır.

14. Politika oluşturma. Birçok ülke şiddetin önlenmesi konusunda kapsamlı plan ve politikaya sahip değildir. Tıp disiplini bu tür politikaların geliştirilmesini desteklemeli ve bazı durumlarda da bu konuda önderlik etmelidir.

İletişim: Dr. Dilek Aslan

E-posta: diaslan@hacettepe.edu.tr

Kaynaklar

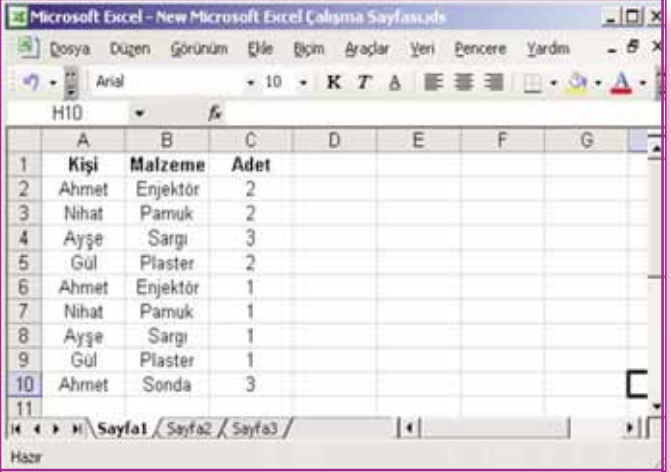
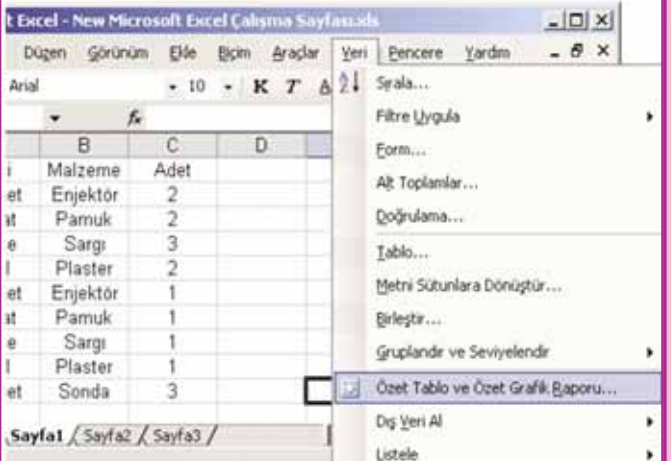

- 1- <http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/Default.php>. Erişim tarihi 23 Mart 2008.
- 2- The World Medical Association Statement on Violence and Health. WMA. Policy. www.wma.net/e/policy/v1.htm. Erişim Tarihi: 17.3.2008.

Klavyem, Stetoskopum ve Ben

Arif Onan*

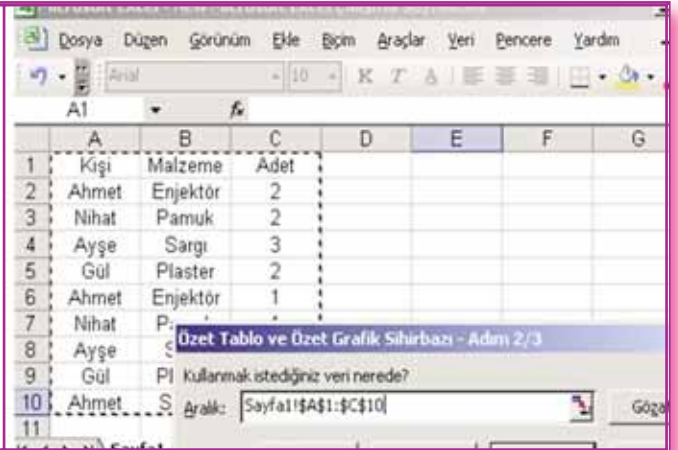


Excel'de Özet Tablo Kullanımı

<p>Excel'de tutulan kayıtları anlamlı ve yorumlanabilir veriler haline getirmeyi amaçlamaktayız. Örneğimizde kişilere verilen farklı malzemeler, toplamları ile birlikte bir tabloda gösterilecektir.</p>	 <table border="1"><thead><tr><th>Kişi</th><th>Malzeme</th><th>Adet</th></tr></thead><tbody><tr><td>Ahmet</td><td>Enjektör</td><td>2</td></tr><tr><td>Nihat</td><td>Pamuk</td><td>2</td></tr><tr><td>Ayşe</td><td>Sargı</td><td>3</td></tr><tr><td>Gül</td><td>Plaster</td><td>2</td></tr><tr><td>Ahmet</td><td>Enjektör</td><td>1</td></tr><tr><td>Nihat</td><td>Pamuk</td><td>1</td></tr><tr><td>Ayşe</td><td>Sargı</td><td>1</td></tr><tr><td>Gül</td><td>Plaster</td><td>1</td></tr><tr><td>Ahmet</td><td>Sonda</td><td>3</td></tr></tbody></table>	Kişi	Malzeme	Adet	Ahmet	Enjektör	2	Nihat	Pamuk	2	Ayşe	Sargı	3	Gül	Plaster	2	Ahmet	Enjektör	1	Nihat	Pamuk	1	Ayşe	Sargı	1	Gül	Plaster	1	Ahmet	Sonda	3
Kişi	Malzeme	Adet																													
Ahmet	Enjektör	2																													
Nihat	Pamuk	2																													
Ayşe	Sargı	3																													
Gül	Plaster	2																													
Ahmet	Enjektör	1																													
Nihat	Pamuk	1																													
Ayşe	Sargı	1																													
Gül	Plaster	1																													
Ahmet	Sonda	3																													
<p>Örmeğe uygun olarak Kişi, Malzeme ve Adet değerlerini Excel çalışma sayfasına giriniz. Tablo hazırlığı yapıldıktan sonra, Veri Menüsü'nden Özet Tablo ve Özet Grafik Raporu seçeneğini tıklayınız.</p>																															
<p>Özet Tablo ve Özet Grafik Sihirbazı ekranda belirecektir. Adım 1/3 için değişiklik yapmadan ileri tuşunu tıklayınız.</p>																															

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

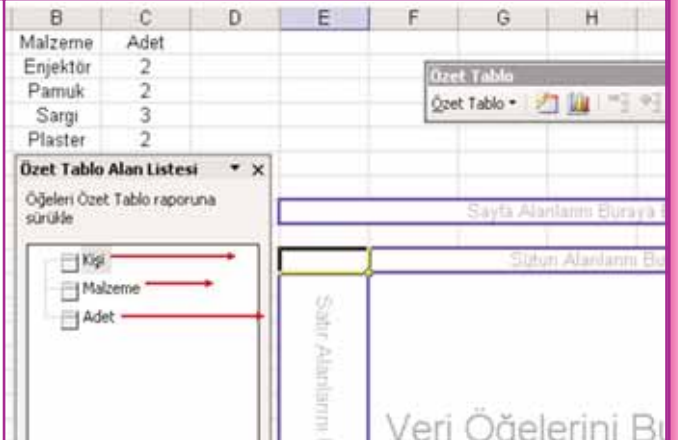
Adım 2/3 işleminde kullanmak istediğiniz alanı yandaki resimde olduğu gibi seçmelisiniz. Seçme işleminden sonra ileri tuşunu tıklayınız.



Adım 3/3 işleminde Özet Tablonun oluşacağı yer sorulmaktadır. Son tuşunu tıklamanız yeterli olacaktır.



Özet Tablo Alan Listesi üzerindeki alanları okla gösterilen yerlere fare yardımı ile sürükleyerek bırakınız. Kişi Satır, Malzeme Sütun, Adet Veri Ögesi olarak kullanılmıştır.,



İşlem basamakları doğru gerçekleştirildiğinde yandaki tabloyu elde edebileceksiniz. Kolaylıklar dilerim...

Toplam Adet	Malzeme	Pamuk	Plaster	Sargı	Sonda	Genel
Kişi	Enjektör					
Ahmet		3				3
Ayşe					4	
Gül				3		
Nihat			3			
Genel Toplam		3	3	3	4	3

Dr. Orhan Odabaşı*, Dr. Melih Elçin**

İntravenöz Enjeksiyon Yapma Becerisi

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

Araç: ilaç, enjektör, antiseptik madde, tampon, eldiven, tedavi muşambası, turnike

Basamak 1. Elleri yıkama (Resim 1)



Resim 1

Basamak 2. Hastaya işlem hakkında bilgi verme.

Basamak 3. Eldivenleri giyme (Resim 2)



Resim 2

Basamak 4. Enjektöre ilacı çekmeden önce ilacın uygunluğunu kontrol etme (Resim 3)



Resim 3

Basamak 5. Enjektörü steril ambalajından çıkarıp iğnesini takma (Resim 4)



Resim 4

Basamak 6. İlacın ampulün gövde kısmında kalmasını sağlama (Resim 5)



Resim 5

Basamak 7. Ampulün boynunu, tamponla destekleyip kolay kırılabilirliğini gösteren işaretli yerden başparmakla iterek kırma (Resim 6)



Resim 6

Basamak 8. Enjektörün kapağını açma (Resim 7)



Resim 7

Basamak 9. İlacı enjektöre çekme (Resim 8)



Resim 8

Basamak 10. Enjektörü dik tutup hafifçe vurarak hava kabarcıklarının üst bölgede toplanmasını sağlama (Resim 9)



Resim 9

Basamak 11. Enjektörün pistonunu hafif iterek havayı çıkarma (Resim 10)



Resim 10

Basamak 12. Enjektörün koruyucu kapağını kapatma (Resim 11)



Resim 11

Basamak 13. Hastaya uygun pozisyon verme (Resim 12)



Resim 12

Basamak 14. Belirlenen bölgenin altına tedavi muşambasını koyma (Resim 13)



Resim 13

Basamak 15. Kullanılacak veni belirleme (Resim 14)



Resim 14

Basamak 16. Turnikeyi arteriyel kan akımını engellemeyecek şekilde girişim yapılacak venin 10-15 cm yukarisından bağlama (Resim 15)



Resim 15

Basamak 17. Antiseptik maddeli tampon ile girişim yapılacak bölgeyi yukarıdan aşağıya doğru silme (Resim 16)



Resim 16

Basamak 18. Enjektörün kapağını açma (Resim 17)



Resim 17

Basamak 19. Pasif el ile kolu destekleyip, başparmakla girişim yapılacak bölgenin altından cildi aşağı doğru çekerek gerdirme (Resim 18)



Resim 18

Basamak 20. Vene girilecek bölgenin 1 cm altından, önce vene paralel olarak 30-45°'lik açı ile cilde girdikten sonra 15°'lik açı ile vene girme (Resim 19)



Basamak 21. Enjektör pistonunu pasif elle geri çekerek, ven içine girildiğini kontrol etme (Resim 20)



Basamak 22. Ven içine girilmişse pasif el ile turnikeyi çözmeye (Resim 21)



Basamak 23. Uygulanan veni kontrol ederek ilacı yavaşça verme (Resim 22)



Basamak 24. Kuru tamponla bastırırken enjektörü aynı açı ve hızla geri çekme (Resim 23)



Basamak 25. Enjeksiyon bölgesini tamponla bastırma (Resim 24)



Resim 24

Basamak 26. Enjektör iğnesinin koruyucu kapağını kapatmadan enjektörü delici kesici enfekte atık kutusuna atma (Resim 25)



Resim 25

Basamak 27. Kullanılan malzemeleri uygun çöp torbasına atma (Resim 26)



Resim 26

Basamak 28. Eldivenleri çıkarma (Resim 27)



Resim 27

Basamak 29. Elleri yıkama (Resim 28).



Resim 28



Yaşam Sonu Palyatif Bakım Kılavuzu Güncellendi

Amerikan Hekimler Akademisi, yaşam sonunda ağrı, dispne ve depresyonun palyatif tedavisi için önerilerini güncelledi. Yaşam sonu bakım hizmetleri ile ilgili kanıtların kalitesi çok yüksek olmadığı ve çalışmalar genellikle kanser hastaları üzerinde yapıldığı için kılavuz; yaşam sonu bakımın diğer önemli öğeleri olan beslenme, ruhsal hizmetler, tamamlayıcı ve alternatif tedaviler konularını kapsamıyor.

Son yıllarda yaşam sonu bakım, sağlık hizmeti kalitesini yükseltmede önemli bir nokta olarak değerlendiriliyor. Ancak, "yaşam sonu" ifadesinin tanımının değişken olması, tedavi ölçütleri belirlemeyi zorlaştırıyor. *Annals of Internal Medicine*'de yayımlanan çalışmanın yazarları, "yaşam sonu" nun işlevsel tanımını şu biçimde yapıyorlar: Ölümcül bir hastalık varlığı, hastalığın bir sonraki alevlenmesinde ölüm olasılığı ve hastanın durumun ciddiyetini kabul etmesi.

Çalışmada, kanıtlar ışığında önemle önerilen hizmetler şöyle özetlenebilir:

Yaşamlarının sonuna gelmiş ağır hastaların klinisyenlerce düzenli olarak ağrı, dispne ve depresyon bakımından değerlendirilmeleri gerekmektedir. Hastalar, aileler ve klinisyenlerin diğer önemli kaygıları arasında, bakımın sürmesi ve bakıcılara düşen ağır yük yer almaktadır. Çoğu sorun tüm hastalar için ortak olsa da, bu sorunların çözülmesinin en iyi yolu kişiselleştirilmiş değerlendirme ve bakımdır.

Bu hastalarda ağrı kontrolünde etkin olduğu gösterilmiş ilaçlar kullanılmalıdır. Kanserli hastalar için bu ilaçlar arasında steroid olmayan antienflamatuvar ilaçlar, opioidler ve bisfosfonatlar bulunmaktadır. Meme kanserli ve miyelomlu hastalarda bisfosfonatlar, kemik ağrısını dindirmede etkilidir.

Dispneli hastalara dispne kontrolünde etkinliği kanıtlanmış tedaviler verilmelidir. Bu tedaviler arasında düzeltilemeyen dispne için opioidler ve kısa süreli hipoksemi için oksijen tedavisi yer alır. Yaşam sonunda kanser ya da kardiyopulmoner hastalığa bağlı gelişen ağır ve düzeltilmeyen dispnesi olan hastalar opioidlere gereksinim duyabilirken, kronik obstrüktif akciğer hastaları için oksijen desteği gerekebilir. Kronik obstrüktif akciğer hastalığına bağlı dispne için beta-agonistler kullanılabilir olsa da, bu endikasyon, yaşam sonu bakım ile ilgili olarak çalışılmamıştır.

Yaşamlarının sonunda ciddi bir rahatsızlığı olan bu hastalar, depresyon yönünden de etkin bir biçimde tedavi edilmelidir. Kanser hastaları için trisiklik antidepressanlar, seçici serotonin geri alım inhibitörleri ve psikososyal tedaviler kullanılabilir.

Klinisyenler, ciddi bir rahatsızlığı olan hastaların bakımını, hastalık saptanır saptanmaz planlamalıdır. Tanıya ve diğer etkenlere bağlı olmakla birlikte, tartışılması gereken konular arasında demans bakımı, tüple beslenme, kanserli hastalarda kemoterapiye devam edip etmeme ya da konjestif kalp yetmezlikli hastalarda implante edilebilen kardiyoverter-defibrilatörün devre dışı bırakılıp bırakılmaması yer alabilir.

Kılavuzda aynı zamanda hastanın durumunda önemli bir klinik değişiklik olursa, bakım planının yeniden gözden geçirilmesi gerekliliği vurgulanıyor.

Ann Intern Med. 2008;148:141-146, 147-159.

Hazırlayanlar:

Stj. Dr. Yılmaz Yıldız*

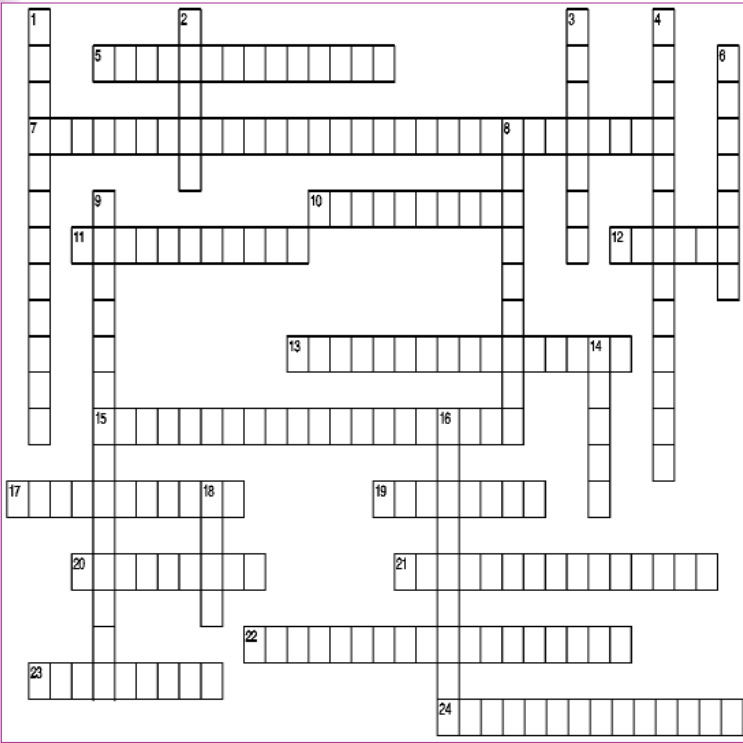
Doç. Dr. Özen Aşut**

*Hacettepe Ü. Tıp Fak., Ankara

**Doç.; STED Yayın Kurulu Üyesi, TTB-GPE YK Üyesi, 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 **Nisan 2008** sayımızda yayımlayacağız.



1- Alkol ve diğer maddelerin yayılımında önemli bir süreç, 2- Ergenlerin en sık kullandığı maddelerden biri, 3- Kulüplerde daha uzun süre eğlenebilmek için ergenlerin aldığı bir madde, 4- Primer dismenorede salınımı ağrıya neden olan madde
5- Yenidoğanda iyot eksikliği saptanırsa verilen madde, 6- Gençlerde erken yaşlardaki depresyonun neden olduğu bir sorun,

8- Düzeltilemeyen dispne için kullanılabilen bir ilaç grubu, 9- Madde kullanımını artıran bir aile ortamı özelliği, 7- Sturge-Weber sendromunun diğer adı, 10- Sturge-Weber sendromunun bileşenlerinden biri, 11- Sturge-Weber sendromlu hastalarda yüzde görülen tipik lekeye verilen ad, 12- Genetik ilişkinin arandığı bağımlılık yaratan bir madde, 13- Sturge-Weber sendromlu hastalarda görülen bir endokrin anomali, 14- Madde kullanımında toplumsal yapı ile ilgili bir risk faktörü, 15-Madde kullanımının neden olduğu riskli davranış grubu, 16- Yetersiz iyot alımının neden olduğu bir anomali, 17- Sturge-Weber sendromlu hastalarda lezyonlardan elde edilen hücrelerde görülen gen, 18- Gebelik ve laktasyonda yeterli alınımı önemli bir madde, 19- Madde kullanımının sık olduğu yaş gruplarından biri, 20- Ölümcül bir hastalık varlığı hastalığın bir sonraki alevlenmesinde ölüm olasılığı ve hastanın durumun ciddiyetini kabul etmesi durumu, 21- Ovulasyonlu siklusların başlaması ile ortaya çıkan menstruasyon bulgusu, 22- Bebekte FT3 ve FT4'ün normal olmasına karşın TSH'nin yüksek olması, 23- Madde kullanımı ile ilgili psikiyatrik bir bozukluk, 24- Önemli bir halk sağlığı sorunu.

STED Kasım 2007 Ödüllü Bulmaca Doğru Yanıtları:

1- Reiter Sendromu, 2- Ligamentum Flavum, 3- Okul Yaşamı, 4- Antienflamatuvarlar, 5- Sevk Zinciri, 6- Tibialtuberosit, 7-Ultra Light, 8- Kötü Yapı, 9- Bağışıklama Oranı, 10- Osgood Schlatter, 11- Pnömoni, 12- Fenilketonüri, 13- Ossicle, 14- OÇSS, 15- Diz Ağrısı, 16- Sintigrafi, 17- Faziki, 18- Sevk, 19- Enaz Bakım, 20- Psikolog, 21- RIP, 22- Düzce, 23- Kondromalazi, 24- Bebeklik Dönemi.