



Isparta Keçiborlu Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nde
2006 Yılı 15-49 Yaş Kadın İzlem Fişlerine Göre
Aile Planlaması Hizmetlerinin Değerlendirilmesi 181

Yürüteçlere Bağlı Yaralanmalar ve
Alınması Gereken Önlemler 187

Tanınız Nedir? 191

Bireyde Sağlık Davranışı Değiştirme Süreci Evreleri ve
Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Bu Sürece Katkıları 193



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. Fatih Sarıöz
 Dr. Şamih Demli Dr. Murat Sincan
 Dr. Arzu Dursun Dr. Figen Şahpaz
 Dr. Betigül Güliter Dr. Sevinç Yılmaz Yeltekin
 Dr. Tolga İnce Stj. Dr. Yılmaz Yıldız
 Dr. R. Ekrem Kutbay

Bilimsel Danışma Kurulu

Prof. Dr. Osman Abbasoğlu Prof. Dr. Nural Kiper
 Doç. Dr. Dilek Aslan Yrd. Doç. Dr. Serdar Kula
 Prof. Dr. Erdal Akalın Prof. Dr. Yeşim Gökçe Kutsal
 Prof. Dr. Murat Akova Yrd. Doç. Dr. Esra Önal
 Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu Doç. Dr. Nükhet Örnek Büken
 Prof. Dr. Berna Arda Prof. Dr. İmran Özalp
 Prof. Dr. Semih Başkan Prof. Dr. Orhan Öztürk
 Dr. Aylin Sena Beliner Doç. Dr. Şevkat Bahar Özvarış
 Prof. Dr. Ufuk Beyazova Dr. Alfert Sağdıç
 Prof. Dr. Ümit Biçer Yrd. Doç. Dr. Özlem Sarıkaya
 Prof. Dr. Ayşen Bulut Prof. Dr. İskender Sayek
 Dr. Alper Büyükkakuş 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
 Doç. Dr. Önder Ergönül Prof. Dr. Cem Terzi
 Doç. Dr. Muzaffer Eskiocak Prof. Dr. İlhan Tezcan
 Prof. Dr. Haldun Güner Prof. Dr. Çetin Turgan
 Prof. Dr. Hamit Hancı Doç. Dr. Duygu Uçkan
 Prof. Dr. Şükrü Hatun Prof. Dr. Fatih Ünal
 Dr. Sema İlhan Prof. Dr. Serhat Ünal
 Doç. Dr. Levent İnan Doç. Dr. Hakan Yaman
 Dr. Remzi Karşı Prof. Dr. Muharrem Yazıcı
 Prof. Dr. Zeki Kılıçarslan

Okuyucu Danışma Kurulu

Dr. Hasan Değirmenci Dr. Sibel Serin Kılıçoğlu
 Dr. Ayça Gümüş Dr. Çağlar Özdemir
 Dr. Şükrü Güvenç Dr. Mesut Yıldırım

Sayı Sorumlusu

Dr. Arzu Dursun Dr. Özen Aşut

Yayın Yönetim Merkezi ve İletişim Adresleri

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

Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Prof. Dr. Gençay Gürsoy

Yayın Türü

Yerel Süreli Yayın (Aylık)

Hazırlık ve Tasarım

Yeter Canbulat

Basımcının İletişim Bilgileri ve Basım Yeri

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

Araştırma

Isparta Keçiborlu Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nde 2006 Yılı 15-49 Yaş Kadın İzlem Fişlerine Göre Aile Planlaması Hizmetlerinin Değerlendirilmesi 181
Dr. Ertan Uzun, Dr. Meral Kışioğlu, Dr. Tufan Nayir, Dr. Mustafa Öztürk, Dr. A. Nesimi Kışioğlu

Derleme - Ölgü Sunumu

Yürüteçlere Bağlı Yaralanmalar ve Alınması Gereken Önlemler 187
Dr. Serkan Aydoğdu, Dr. Hilal Özcebe

Tanınız Nedir? 191
Dr. Nihal Hatipoğlu, Dr. Mehmet Canpolat, Dr. Selim Kurtuluş

Bireyde Sağlık Davranışı Değiştirme Süreci Evreleri ve Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Bu Sürece Katkıları 193
Msc. İlkay Güngör, Dr. Nevin H. Şahin



Kapak Fotoğrafı:
"Rastgele"

Sağ. Memuru Mustafa Gezer, Kocaeli
 TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2006
 Kapak Ödülü



Merhaba,

Otobüs durağında elimde torbalar, otobüsü kaçırmamanın mutluluğunu yaşarken gözleri ile 'ben konuşacak birini arıyorum' diye bakınan orta yaşlı geçmiş adama takıldım. O andan sonra gözlerimi kaçırmam kabalık olacaktı. Beklediğim oldu, kendine özgü Balıkesir ağzıyla "merhaba, belli bir yaştan sonra insan vücudu tekliyor" dedi.

Konuşmanın başlangıcı bana garip gelmedi. Tersine yarım kalmış ya da anlatılmakta olan bir öykünün epeydir içindeymişiz gibi hissettim. İznini almadan evlenen oğlunun saygısızlığının, yüzünü görmek istemediği damadının bencilliğinin, evlendiği ikinci kadının üvey analığının hiç bir önemi yoktu. Anlatılanların arasında görmek, duymak istediklerim sanki bana 'ce' deyip kaçıveriyorlardı.

Sanılmasın ki otobüs durağında tanımadığı birine bu denli özelini anlatan bu beyi özensiz dinliyordum. Sözü kesmeden, dikkatli dinlediğimi belirten sözcüklerle, vücut dilimle ayrıntıları bile anlatması için



Fotoğraf: "Koca Bebek" Dr. Sema Demirsoy, İzmir STED Fotoğraf Yarışması 2006 Sergi Ödülü

yüreklenendiriyordum. O da arada bir tüm nezaketi ile bana küçük sorular sormasına karşın, kendini anlatmayı sürdürüyordu. Konudan konuya geçiyor, yaşanmışlıklarını küçük önerilerle beziyordu. İlk evliliğinden sonra evlendiği kadının da çocuklarının olmasından dertliydi: "Aman ha! Sende çocuk, onda çocuk olunca, kimseye yaranamıyor, ortada kalıyorsun" diyordu. Üstelik çocuklar on sekizine geldiklerinde, yirmi üç yıllık eşin en başından beri kendilerini hep haklı çıkaracak bir yan bulabiliyorlardı.

Bunları anlatırken adamın dudak kenarında bir gülümseme oluşuyordu. Bu, adamın yaşadığı sıkıntıyı, gerilimi düşürüyor, bende 'o kadar da kötü olmamalı' duygusunu yaşıyordu.

Hayat akıp gidiyordu. Sıkıntıları yok değildi, ancak kendi başının çaresine de bakabiliyordu. İşte şuradan dürüm dönerini almış, ayrılan karnını doyurmuştu. Şimdi hastanedeki yakınıni ziyarette olan karısının yanına gidiyordu. Bu ziyaret, emeklilik yaşamında alışılmışın dışında bugünün planlanmış tek işiydi.

Otobüs durağa geldiğinde kendinden beklenmedik bir çeviklikle insanların önüne geçti. Bir yandan da birlikte oturabileceğimiz bir yer bulmanın telaşına düştü. Oturduğumuzda köyünden söz ediyordu. Geçen bu kısacık zaman içinde tüm anlattıklarının belli belirsiz bir ilintisi vardı. Ama şimdi söyledikleri bende çok uzakları, çok erişilmezi anlatıyormuş duygusu yaşıyordu. Ne iş yaptığımı sordu. Yanıtım onda biraz mahçupluk yarattı. Sanki özür dilermiş gibi "Ben bilemedim 'öylesine biri' sanmıştım sizi doktor bey" dedi.

Geri kalan iki durak boyunca akciğerini nasıl kayıp ettiğini, on santime yakın akciğerini aldıklarını, birazcık olsun yürüdüğünde nefesinin nasıl kesildiğini anlattı. Konuşmamızın tüm sıcaklığı buz kesti. Keşke o soruyu hiç sormasaydı diye içimden geçirdiğim hastane durağına gelmiştik. Önümdeki adamın omuzları düşmüş, sanki bana ne kadar hasta olduğunu göstermek istemişçesine yavaş yavaş, soluklanarak yürümeye başladı.

Bilimsel ve dostça kalın...

Isparta Keçiborlu Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nde 2006 Yılı 15-49 Yaş Kadın İzlem Fişlerine Göre Aile Planlaması Hizmetlerinin Değerlendirilmesi

Evaluation of Family Planning Services in Keçiborlu Research and Education Region of Isparta according to 2006 Annual Follow-Up Registry Charts of Women between 16 and 49 Years of Age



*Dr. Ertan Uzun**, *Dr. Meral Kişioğlu****, *Dr. Tufan Nayir**,
*Dr. Mustafa Öztürk***, *Dr. A. Nesimi Kişioğlu***

Öz

Doğurganlığın düzenlenmesi ya da aile planlaması, üreme sağlığının temel bileşenidir. 1965 yılında 557 sayılı yasa ile aile planlaması hizmetlerini yürütme sorumluluğu Sağlık Bakanlığı'na verilmiştir. Her sağlık ocağında 15-49 yaşları arasındaki her evli kadın, dört ayda bir ebeler tarafından ziyaret edilir ve aile planlaması konusunda hizmet verilmesi gereken kadınlar saptanmış olur.

Araştırmada, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Keçiborlu Eğitim Araştırma Bölgesi Merkezi'nde 2006 Yılı 15-49 yaş kadın izlem fişlerine göre aile planlaması hizmetlerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Araştırmada, 1242 adet 15-49 yaş kadın izlem fişi incelendi. Kadınların yaş ortalaması 35.9 ± 8.5 idi. Kadınların %84.3'ü bir aile planlaması yöntemi kullanıyordu. 35-39 yaş grubu, ortokul mezunu olan kadınlar, eşi ortaokul mezunu olan kadınlar ve eşi memur olan kadınlar arasında aile planlaması kullanma oranı daha yüksekti. Araştırma grubunda kadınların %65.0'ı modern aile planlaması yöntemi kullanıyorken, en çok kullanılan modern aile planlaması yöntemi %44.6 ile rahim içi araç idi. Modern yöntem kullananlar, 30-34 yaş grubu, üniversite eğitilmiş ve çalışan kadınlar arasında daha fazla idi.

Sonuç olarak, araştırmada aile planlaması yöntemlerinin kullanımının Türkiye genelinden yüksek düzeyde ve kullanılan aile planlaması yöntemlerinin sıklık sıralamasının, Türkiye genelinde kullanılan aile planlaması yöntem sıklığı sıralamasına benzer olduğu görüldü. Aile planlaması yöntemi kullanmama nedenleri arasında, Türkiye geneli sonuçlarına uygun olarak menopoza ve infertilite gibi doğal nedenlerin çoğunlukta olduğu saptandı. Aile planlaması yöntemi kullanmama nedenlerinin %21 oranında fişlere işlenmemesi bir eksiklik olarak görüldü, bu konuda ilgililere bilgi verilmesine karar verildi.

Anahtar sözcükler: 15-49 yaş kadın, aile planlaması, aile planlaması yöntemi tipleri.

Abstract

Regulation of fertility or family planning is the fundamental component of reproductive health. After the legislation of the act number 557 in 1965, the Ministry of Health was accredited as the responsible institution to give and regulate family planning services. All women aged between 15 and 49 years are visited by midwives with intervals of 4 months in order to determine the individuals who need to receive family planning service. In this study, we aimed to evaluate the family planning services in Keçiborlu Research and Education Region of Isparta according to 2006 annual follow-up registry charts of women between 16 and 49 years of age.

A total of 1242 registry charts were evaluated. The mean age of the participants was 35.9 ± 8.5 . 84.3% of the women were using a family planning method. In women who were between 35 and 39 years of age, who had a junior high school diploma, whose husbands were government employees or were at least junior high school graduates, the rate of method use was higher. 65.0% of the participants were using a modern family planning method and the most preferred method was intrauterine device (44.6%). The modern method usage rate was higher in working women, women who were between 30 and 34 years of age, and in women who had graduated from a university.

As a result, it was observed that the rate of family planning method usage was higher than the mean rate of Turkey, whereas the frequency distribution of the most commonly used methods was similar. Natural reasons such as menopause and infertility were the most common causes of not using a family planning method. As these reasons were not registered to the charts with a rate of 21 percent, this was considered as lack of knowledge and it was decided that the necessary information should be given to related authorities.

Key words: Women between 15 and 49 years of age, family planning, types of family planning methods.

* Arş. Gör.; Süleyman Demirel Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Isparta

**Doç.; Süleyman Demirel Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Isparta

***Isparta Devlet Hastanesi, Isparta

Giriş

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan üreme sağlığı tanımı, üreme sistemi, işlevleri ve sürecine ilişkin bütün alanlarda, yalnızca hastalık ve sakatlık olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir (1). Doğurganlığın düzenlenmesi ya da aile planlaması (AP), üreme sağlığının temel bileşenidir. Dünyada son 20 yılda sahip olunan ortalama çocuk sayısı 4.5'ten 2.5'e düşmüştür (2). Bu değişimde AP yöntemlerinin etkili önemli bir yer tutmaktadır.

Türkiye'de AP konusunda yaklaşık 35 yıldır, riskli gebelikleri önleyerek, kadın ve çocuk sağlığını korumayı amaçlayan, bilgi ve hizmeti sunarak doğurganlıkları ile ilgili özgürce ve bilinçli seçim yapmalarını sağlayan politikalar izlenmektedir. Bu politikaların sonuçları, demografik ve sağlık göstergelerimize yansımakla birlikte, Türkiye'de AP konusunda karşılanmayan gereksinim hala yüksektir (1).

1965 yılında 557 sayılı yasa ile AP hizmetlerini yürütme sorumluluğu Sağlık Bakanlığı'na verilmiştir. Bu kanunla modern gebeliği önleyici yöntemlerin ithaline, devletin sağlık kuruluşlarında ücretsiz AP hizmetlerini sunumuna ve çiftlerin sağlık eğitimlerinin desteklenmesine izin verilmiştir (3).

Ana çocuk sağlığı hizmetlerinin değerlendirilmesinde, birinci basamak sağlık kuruluşlarında 15-49 yaş kadın izlem fişleri kullanılmaktadır. Buna göre, her sağlık ocağında 15-49 yaşları arasındaki her kadın dört ayda bir ebeler tarafından ziyaret edilir ve AP konusunda hizmet verilmesi gereken kadınlar saptanmış olur (4).

Araştırmada, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Keçiözümlü Eğitim Araştırma Bölgesi Merkezi'nde 2006 yılı 15-49 yaş kadın izlem fişlerine göre AP hizmetlerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem

Araştırma, 01-30 Haziran 2006 tarihlerinde Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Isparta İli Keçiözümlü İlçesi Eğitim Araştırma Bölgesi Merkezi'nde yapıldı. Araştırma tarihlerinde Keçiözümlü Merkez ilçeye bağlı İncesu kasabası ve Özbahçe köyüne ait toplam 1242 adet 15-49 yaş kadın izlem fişinin tamamı değerlendirildi. Araştırmanın bağımlı değişkeni AP yöntemi kullanma ya da kullanmama durumudur. Bağımsız değişkenleri, kadının yaşı, kadın ve eşinin eğitim durumları

ve meslekleri, kadının kocası ile akrabalık durumu, toplam gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, düşük yapıp yapmadığı, AP yöntemi kullanmıyorsa kullanmama nedeni ya da kullandığı AP yöntemi tipidir.

Araştırmanın verileri bilgisayar ortamında ve istatistik paket programı (SPSS 9.0) kullanılarak değerlendirildi. Analizde; tanımlayıcı istatistik, ki kare, pearson korelasyon ve bağımsız iki grup ortalaması t testi kullanıldı. Anlamlılık düzeyi iki yönlü olarak alındı ve $p < 0.05$ kabul edildi.

Bulgular

Araştırmada 1242 adet 15-49 yaş kadın izlem fişi incelendi. Kadınların yaş ortalaması 35.9 ± 8.5 ve %42.2'si 40-49 yaş grubunda idi. Kadınların %95.1'i ilçe merkezinde oturuyordu, kadınların %4.7'si üniversite mezunu iken, eşlerinin %12.1'i üniversite mezunu idi. Eşlerin eğitim düzeyi kadınlardan yüksekti ($\chi^2 = 666.036$, $p = 0.000$). Kadınların %94.0'ı ev kadını, eşlerinin %45.6'sı serbest meslek sahibi idi. Kadınların %43.7'sinin yaşayan iki çocuğu varken, %6.8 kadının eşi ile akrabalığı vardı. Kadınların %16.5'i düşük yapmıştı (Tablo 1).

Kadınların %84.3'ü bir AP yöntemi kullanıyordu. 35-39 yaş grubu kadınlar, ortaokul mezunu olan kadınlar, eşi ortaokul mezunu olan kadınlar, eşi memur olan kadınlar arasında AP kullanma oranı daha yüksekti. AP yöntemi kullanma oranı %45.0 ile 15-19 yaş grubu kadınlar arasında en düşük idi (Tablo 1). Araştırmada, kadınların ortalama toplam gebelik sayısı 2.1 ± 1.3 iken, AP yöntemi kullananların ortalama toplam gebelik sayısı (2.3 ± 1.2), kullanmayanlardan (1.2 ± 1.4) yüksekti, ($p = 0.000$). Kadınların sahip olduğu ortalama yaşayan çocuk sayısı 1.8 ± 1.0 idi. AP yöntemi kullananların sahip olduğu ortalama yaşayan çocuk sayısı (2.0 ± 0.9), AP yöntemi kullanmayanlardan (1.7 ± 1.0) yüksekti. AP yöntemi kullanma ile sahip olunan yaşayan çocuk sayısı arasında pozitif yönde orta kuvvette ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyon vardı ($r = 0.359$, $p = 0.000$). AP yöntemi kullananların yaş ortalaması (36.4 ± 8.0), kullanmayanlardan (33.5 ± 10.5) yüksekti, ($p = 0.000$).

Araştırma grubunda kadınların %65.0'ı modern AP yöntemi kullanırken, modern AP yöntemleri arasında en çok kullanılan AP

Tablo 1. Araştırma grubunun aile planlaması yöntemi kullanma durumuna göre bazı özellikleri

Özellikler		Kullanan		Toplam		X ²	P	
		Sayı	%*	Sayı	%**			
Yaş grupları	15-19	9	45.0	20	1.6	76.149	0.000	
	20-24	84	65.6	128	10.3			
	25-29	155	83.8	185	14.9			
	30-34	170	89.5	190	15.3			
	35-39	178	90.8	196	15.8			
	40-44	239	90.5	264	21.3			
	45-49	212	81.9	259	20.9			
Eğitim durumu	Okur yazar değil	11	68.8	16	1.3	23.763	0.000	
	Okur yazar	6	66.7	9	0.7			
	İlkokul mezunu	685	86.2	795	64.0			
	Ortaokul mezunu	130	90.9	143	11.5			
	Lise mezunu	168	168	76.0	221			17.8
	Üniversite mezunu	47	81.0	58	4.7			
Meslek	Ev kadını	984	84.3	1167	94.0	0.005	0.941	
	Çalışıyor	63	84.0	75	6.0			
Eş eğitim durumu	Okur yazar değil	1	33.3	3	0.2	13.639	0.018	
	Okur yazar	2	50.0	4	0.3			
	İlkokul mezunu	426	85.0	501	40.3			
	Ortaokul mezunu	189	88.3	214	17.2			
	Lise mezunu	304	82.2	370	29.8			
	Üniversite mezunu	125	83.3	150	12.1			
Eş meslek	Serbest meslek	479	84.6	566	45.6	12.429	0.014	
	Memur	224	88.5	253	20.4			
	İşçi	196	82.0	239	19.2			
	Emekli	142	82.1	173	13.9			
	İşsiz	6	54.5	11	0.9			
Oturulan yer	İlçe Merkezi	992	84.0	1181	95.1	2.600	0.272	
	İncesu kasabası	47	92.2	51	4.1			
	Özbahçe köyü	8	80.0	10	0.8			
Akrabalık durumu	Var	73	85.9	85	6.8	0.173	0.678	
	Yok	974	84.2	1157	93.2			
Düşük yapma	Var	175	85.4	205	16.5	0.211	0.646	
	Yok	872	84.1	1037	83.5			
Toplam		1047	84.3	1242	100.0			

* Satır yüzdesi, ** Sütun yüzdesi.

yöntemi %44.6 ile RİA idi (Tablo 2). Modern yöntem kullananlar 30-34 yaş grubu, üniversite eğitimi ve çalışan kadınlar arasında daha fazla idi. Diğer sosyodemografik özelliklere göre modern yöntem kullanma ile etkisiz yöntem kullanma arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmadı (Tablo 3). AP yöntemi

kullanmama nedenleri arasında %17.4 ile infertilite ilk sırada gelirken, %61.6'sında menopoz + histerektomi, çocuk sahibi olmayı isteme, eşi ölmüş ya da eşi başka yerde gibi doğal nedenler vardı. Kadınlarda %21.5'inde ise AP yöntemi kullanmama nedeni belirtilmemiştir (Tablo 4).

Tablo 2. Araştırma grubunda kullanılan aile planlaması yöntemlerinin dağılımı

Modern yöntem tipi	Sayı	%*
Rahim içi araç	467	44.6
Kondom	118	11.3
Tüp ligasyonu	60	5.7
Ağızdan kontraseptif	28	2.7
Enjeksiyon	6	0.6
Norplant	2	0.2
Etkisiz yöntem	366	35.0
Toplam	1047	100.0

* Sütun yüzdesi

Tartışma

Araştırmada, incelenen kadınların %84.3'ü bir AP yöntemi kullanıyordu. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003'te (TNSA 2003) ise evli kadınların toplam %71.0'ı bir aile planlaması yöntemi kullanmaktadır (3). 2000 yılında Ankara'da yapılan bir araştırmada 15-49 yaş evli kadınlar arasında bir AP yöntemi kullanma oranı %84.4 iken (5), bu oran 1995 yılında Malatya-Yeşilyurt'ta yapılan bir araştırmada %65.4 (6), 1991 yılında İstanbul'da yapılan bir araştırmada %69.7 (7), 1993 yılında yine İstanbul'da yapılan başka bir araştırmada %77.9 (8), 2000 yılında Aydın'da yapılan bir araştırmada %98.7 (9) ve Isparta'da 2000 yılında yapılan bir araştırmada %96.1 bulunmuştur (10). Bu araştırmada AP yöntemi kullanımı, Türkiye genelinde ve diğer illerde yapılan araştırmalara göre daha yüksek, 2000 yılında Ankara'da yapılan araştırma ile aynı düzeyde, 2000 yılında Aydın ve Isparta'da yapılan araştırmalardan düşük bulunmuştur. Aydın ve Isparta araştırmalarında AP kullanma oranlarının yüksek olmasının, araştırmaların Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) merkezlerinde yapılmış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada, kadınların toplam gebelik sayısı ortalaması 2.1 bulundu. Bu oran benzer çalışmalarda Sivas'ta 3.3 (11), Isparta'da 2.5 (10), Gemlik'te 2.8 (12), Elazığ'da 3.7 (13) Aydın'da 2.5 (9) olarak saptanmıştır. Bu araştırmada bulunan sonuç benzer araştırma sonuçlarından ve Türkiye geneli ortalamasından düşüktür. Araştırmada, kadınların sahip olduğu ortalama yaşayan çocuk sayısı 1.88 bulunmuştur. TNSA 1998'e göre (14) Türkiye'de 15-49 yaş kadınların sahip olduğu ortalama yaşayan çocuk sayısı 2.49, TNSA 2003'e göre ise 2.43'tür (3) Bu oran 1999 yılında Isparta Gönen'de yapılan bir

çalışmada 1.92 (15), yapılan bazı çalışmalarda ise 1.95, 2.70, 2.07 bulunmuştur (9,13,16).

TNSA 1998'e göre TNSA 2003'te ve 1999'da Gönen'de yapılan çalışmaya göre bu araştırmada sahip olunan ortalama yaşayan çocuk sayısında azalma gözlemlendi.

Araştırmada, 2 ile 3 çocuğu olanlarda AP yöntemi kullanma oranları daha yüksekti. 1993 yılında İstanbul'da yapılan bir araştırmada (8), Erzurum-Pasinler'de yapılan başka bir araştırmada (17) ve TNSA 2003'te (3) bulunan sonuçlara göre, 2 ve 3 çocuğu olanlarda AP yöntemi kullanma oranları yüksek bulunmuştur. Yaşayan çocuk sayısı arttıkça korunmaya olan istek de artmaktadır. Araştırmada AP yöntemlerinin en az kullanıldığı yaş grubu 15-19 yaş grubudur. TNSA 2003 sonuçlarına göre de benzer biçimde AP yöntemleri en az 15-19 yaş grubunda kullanılmaktadır (%44.3), (4). 1995 yılında Malatya-Yeşilyurt'ta (6), 1993 yılında İstanbul'da (8), 1998 yılında Edirne-Keşan'da (18) ve Erzurum-Pasinler'de yapılan (17) araştırmalarda AP yöntemlerinin en az 15-19 yaş grubunda kullanıldığı bulunmuştur. 15-19 yaş grubu, yeni evlenmiş ve çocuk sahibi olma isteğinin fazla olduğu yaşlar olması nedeniyle, AP yöntemi kullanımının az olması normal bir sonuçtur.

TNSA 2003'te (3) AP yöntemlerinin en yüksek oranda kullanıldığı yaş grubu 30-34 iken (%76.3) bu araştırmada, çok az bir oran farkıyla 35-39 yaş grubunda AP yöntemi kullanma oranı en çok bulunmuştur. Benzer biçimde yapılan bazı araştırmalarda d, AP yöntemlerinin en yüksek oranda kullanıldığı yaş grubu 30-34 ile 35-39 bulunmuştur (6, 8, 17, 18). 30-39 yaş grubundaki kadınların istedikleri çocuk sayısını tamamladıkları için bir AP yöntemi kullanma gereksinimini duydukları düşünülmektedir.

Araştırmada bulunan sonuçlara göre, bir modern AP yöntemi kullanma oranı kadının eğitim durumu arttıkça artmaktaydı. TNSA 2003'te de (3) kadınların eğitim durumu arttıkça modern AP yöntemi kullanma oranları artmaktadır. Eğitim düzeyinin modern AP yöntemi kullanma düzeyini artırdığı görülmektedir. TNSA 2003'e göre (3) en çok kullanılan modern AP yöntemi, bu araştırmada da bulunduğu gibi RİA (%20.2) ile kondomdu (%10.8). Ancak araştırmada bulunan RİA

Tablo 3. Araştırma grubunun kullanılan aile planlaması yöntemine göre bazı özellikleri

Özellikler		Aile planlaması yöntemi				X ²	P	Toplam	
		Modern		Etkisiz					
		Sayı	%*	Sayı	%*			Sayı	%**
Yaş grupları	15-19	6	66.7	3	33,3	27,579	0.000	9	0.9
	20-24	58	69.0	26	31.0			84	8.0
	25-29	111	71.6	44	28.4			155	14.8
	30-34	123	72.4	44	27.6			170	16.2
	35-39	118	66.3	60	33.7			178	17.0
	40-44	158	66.1	81	33.9			239	22.8
	45-49	107	50.5	105	49.5			212	20.2
Eğitim durumu	Okur yazar değil	5	45.5	3	54.5	12.234	0.032	11	1.1
	Okur yazar	2	33.3	4	66.7			6	0.6
	İlkokul mezunu	430	62.8	255	37.2			685	65.4
	Ortaokul mezunu	88	67.7	42	32.3			130	12.4
	Lise mezunu	120	71.4	48	28.6			168	16.0
	Üniversite mezunu	36	76.6	11	23.4			47	4.5
Meslek	Ev hanımı	632	64.2	352	35.8	4.781	0.029	984	94.0
	Çalışıyor	49	77.8	14	22.2			63	6.0
Eş eğitim durumu	Okur yazar değil	-	-	1	100.0	2.752	0.738	1	0.1
	Okur Yazar	1	50.0	1	50.0			2	0.2
	İlkokul mezunu	272	63.8	154	36.2			426	40.7
	Ortaokul mezunu	127	67.2	62	32.8			189	18.1
	Lise mezunu	199	65.5	105	34.5			304	29.0
	Üniversite mezunu	82	65.6	43	34.4			125	11.9
Eş meslek	Serbest meslek	326	68.1	153	31.9	6.322	0.176	479	45.7
	Memur	147	65.6	77	34.4			224	21.4
	İşçi	123	62.8	73	37.2			196	18.7
	Emekli	82	57.7	60	42.3			142	13.6
	İşsiz	3	50.0	3	50.0			6	0.6
Oturlan yer	İlçe merkezi	643	64.8	349	35.2	0.562	0.755	992	94.7
	İncesu kasabası	32	68.1	15	31.9			47	4.5
	Özbahçe köyü	6	75.0	2	25.0			8	0.8
Akrabalık durumu	Var	41	56.2	32	43.8	2.721	0.099	73	7.0
	Yok	640	65.7	334	34.3			974	93.0
Düşük yapma	Var	111	63.4	64	36.6	0.241	0.624	175	16.7
	Yok	570	65.4	302	34.6			872	83.3
Toplam		681	65.0	366	35.0			1047	100.0

*Satır Yüzdesi, ** sütun yüzdesi.

kullanım oranı, TNSA 2003 RİA kullanım oranından iki katı yüksekti (3). Bu sonuç, bölgede verilen AP hizmetlerinin iyi düzeyde olduğunu göstermektedir.

Araştırmada kadınların AP yöntemi kullanmama nedenleri arasında, menopoz + histerektomi ile infertilite en çok görülen idi. TNSA 2003'te de (3) menopoz + histerektomi

Tablo 4. Araştırma grubunun aile planlaması yöntemi kullanmama nedenlerinin dağılımı

Nedenler	Sayı	%*
İnfertilite	33	16.9
Menopoz	32	16.4
Çocuk istiyor	29	14.9
Gebe-emzikli	23	11.8
Eşi başka yerde	13	6.7
Histerektomi	8	4.1
Eşi istemiyor	7	3.6
Eşi ölmüş	5	2.6
Kendisi istemiyor	3	1.5
Belirtilmemiş	42	21.5
Toplam	195	100.0

* Sütun yüzdesi

ile infertilite en çok görülen nedenler olarak bulunmuştur.

Sonuç olarak, araştırmada AP yöntemlerinin kullanımının Türkiye genelinden yüksek düzeyde ve kullanılan AP yöntemlerinin sıklık sıralamasının, Türkiye genelinde kullanılan AP yöntemi sıklığı sıralamasına benzer olduğu görüldü. AP yöntemi kullanmama nedenleri arasında, Türkiye geneli sonuçlarına uygun olarak menopoz ve infertilite gibi doğal nedenlerin çoğunlukta olduğu saptandı. %21 oranında AP yöntemi kullanmama nedenlerinin fişlere işlenmemesi bir eksiklik olarak görüldü, bu konuda ilgililere bilgi verilmesine karar verildi.

İletişim: Dr. Ertan Uzun

E-posta: drertanuzun@gmail.com

Kaynaklar

- 1- Biçer S, Bulut A, Çalı Ş, Durmuşoğlu F, Gürol F, Harmancı HG, Ortaylı N, Özek B Özvarış ŞB, Özyurda F, Tomruk DG, Urman B, Yıldırım A. Aile Planlamasında Temel Bilgiler. 1997: 1-15.
- 2- Bulatao AR, Casterline JB. Ed. Global Fertility Transition A Supplement to 27. Population and Development Review. Population Council. New York. 2001.
- 3- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. 2003 Ankara.
- 4- Öztekin Z. Sağlık Ocağı İşlevi ve Yönetimi. 8. Basım Ankara 2001: 35-36.
- 5- Yıldırım A, İlhan NM, Maral I. Ankara'da Yarı Kentsel ve Kentsel Bölgede Yaşayan 15-49 Yaş Grubundaki Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumları. T Klin Jinekoloj Obstet 2001: 11.
- 6- Genç M, Güneş M, Şahin M, Karaoğlu L, Pehlivan E. Yeşilyurt (Malatya) Merkezindeki 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Aile Planlamasına İlişkin Bilgi

Düzeylerinin ve Uygulamalarının İncelenmesi. V. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı, 1996: 49-54.

- 7- Ayhan B, Tümerdem Y, Tümerdem B, Tümerdem H. Çok Çocuklu Kadınların İstenmeyen Gebeliği Önlemede Bilgi ve Davranışları. IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı, 1994: 69-70.
- 8- Yardımcı E, Sabuncu H, Yardımcı O, Baysal B, Onat I. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları Polikliniğine Başvuran 15-49 Yaş Grubunda Evli Kadınların Bildikleri ve Kullandıkları Kontraseptif Yöntemler; Kullanımı Etkileyen Faktörler. IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı, 1994:77-80.
- 9- Gemalmaz AF, Okyay P, Doyuran E, Başak O, Beşer E. Aydın İli 1 Nolu AÇŞAP Merkezi Aile Planlaması Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. STED. 2005;14 (4): 80 -86.
- 10- Kişioğlu AN, Öztürk M, Uskun E, Kırbıyık S. Isparta İli Sadık Yağcı Ana-Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Merkezi'nin Aile Planlaması Polikliniğine 2000 Yılında Başvuran Hastaların Değerlendirilmesi. Sağlık ve Toplum. 2003; 13(1): 68-74.
- 11- Yıldırım G, Turaçlar N, Bakır A, Özdemir L. Sivas İli Ana-Çocuk Sağlığı Merkezine Başvuran Kadınların Aile Planlaması Yöntem Tercihleri ve Etkileyen Faktörler. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2003; 25(3): 99-104.
- 12- Aytekin NT, İrgil ME, Pala K. Gemlik Bölgesindeki Gebelerin Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerinin Değerlendirilmesi. Sağlık ve Toplum. 2001;11(1): 37-41.
- 13- Polat SA, Açık Y, Gürates B. Elazığ Devlet Hastanesi Aile Planlaması Polikliniğine Başvuran Kadınların Doğurganlık Özellikleri ve Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemleri. Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi. 2000; 7(3): 260-5
- 14- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. 1998 Ankara.
- 15- Öztürk M, Kişioğlu AN, Çakmak A. Isparta Gönen'de Kadınların Aile Planlaması Uygulamaları ve Etkileyen Faktörler. Sağlık ve Toplum. 1999;9(2): 17-21.
- 16- Lülecı E, Nardal İ, Benli M. Manisa Merkezi'nde 15- 49 Yaş Arası Evli Kadınların Doğurganlık Davranışları ve Aile Planlaması Uygulamalarının Değerlendirilmesi. 1. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi, Ankara, 29-31 Mart 2001; Kongre Kitabı: 243-4.
- 17- Güraksın A. Pasinler Eğitim ve Araştırma Bölgesinde 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanma Durumları ve Etkileyen Faktörler III. Halk Sağlığı Günleri Kongre Kitabı, 1993: 341-5.
- 18- Yorulmaz F, Dağdeviren N, Şahin EM. Keşan İlçesi Ana Çocuk Sağlığı Dispanserinin 1987-1999 Aile Planlaması Çalışmalarının Değerlendirilmesi. VI. Ulusal Halk Sağlığı Günleri Bildiri Özet Kitabı, 1999: 147.



Dr. Serkan Aydoğdu*, Dr. Hilal Özcebe**

Öz

Yürüteçler halen sıkça kullanılmaktadırlar. Yürüteçlerin dizaynı bebeklere artmış hareket kabiliyeti vermektedir. Tehlikeye yol açan da bu artmış hareket kabiliyetidir. Yürüteçlerin hareketi bebekleri; merdivenlerden düşme, tehlikeli nesnelere ulaşip dokunabilme ya da kendi üzerlerine düşürme gibi risklerle karşı karşıya getirmektedir. Meydana gelen yaralanmaların çoğu önlenemez niteliktedir. Yürüteçler, bebeğin yürümeyi daha çabuk öğrenmesine yardım etmedikleri gibi motor ve mental gelişimini de geciktirebilirler. Amerikan Pediatri Akademisi yürüteçlerin yasaklanmasını önermektedir. Sağlık çalışanlarının ve ebeveynlerin, yürüteçlerin riskleri ve yürüteç kullanımına seçenekler hakkında bilgilendirilmeleri, yürüteçlere bağlı yaralanmaların azaltılmasında önemlidir.

Anahtar sözcükler: Yaralanmalardan korunma, yürüteç, düşmeler, davranış değişikliği.

Giriş

Her yıl dünyada yaralanmalar sonucunda beş milyondan fazla ölüm meydana gelmektedir. Yaralanmaların %90'dan fazlası düşük ve orta gelir düzeyli ülkelerde meydana gelmektedir. Erkekler, kadınlara göre iki kat daha fazla yaralanma sonucu ölüm riskine sahiptir (1-3). Trafik kazaları, düşmeler, boğulmalar, yanıklar ve şiddet yaralanmaların önde gelen nedenleri arasındadır. Diğer

Abstract

Baby walkers are still commonly used. Baby walkers are designed to give infants increased mobility. It is this increased mobility that causes the hazard. The mobility of a baby walker puts infants at risk of falling down the stairs and increases their reach, allowing them to touch dangerous objects or to pull objects down onto themselves. The resultant injuries are mostly preventable. Baby walkers do not help children learn to walk sooner; instead, they might delay normal motor and mental development. American Academy of Pediatrics recommends a total ban of baby walkers. Educating health workers and parents about the risks of, and alternatives to using baby walkers is important to reduce injuries related to baby walkers.

Key words: Injury prevention, baby walker, falls, behavior change.

taftan, yaralanan kişilerin önemli bir bölümü ise ömür boyu çeşitli sağlık sorunlarıyla uğraşmak zorunda kalmaktadır. Ölümlere ve sakatlıklara neden olan yaralanmaların büyük çoğunluğu da önlenemez niteliktedir (1).

Beş yaş altı çocuk ölümleri arasında da, yaralanmaların ilk sıralarda yer aldığını bilinmektedir. Beş yaş altı çocuklarda ev yaralanmalarının çoğu yüksekten düşme, yanma, haşlanma, zehirlenme ve boğulma biçimindedir (4). Düşmeler ve boğulmalar, beş yaş altı çocuklarda önde gelen ilk 15 hastalık yükü arasında yer almaktadır (5).

Bebegin Motor Gelişim Evreleri ve Yürütecin Sağlık Üzerine Etkileri

Bebekler fiziksel gelişim süreçleri içinde yürümeyi şu basamaklarla öğrenirler:

- **0-4 aylık:** Çocuğun ayakları bir zemine bastırıldığında refleks olarak adım atar, ancak vücut ağırlığını destekleyemezler.
- **Beş-altı aylık:** Kısa bir süre için desteksiz oturabilirler.
- **Yedi aylık:** Tutunarak tüm ağırlığını destekleyebilirler.
- **Sekiz aylık:** Emekleyebilir, eşyalara tutunup dengesini sağlayabilirler.





- **Dokuz aylık:** Otururken ayağa kalkmak için kendini itebilir.
- **On aylık:** Tutunarak ayakta durabilir, ayakta dururken oturabilir, emekleme konumundan oturmaya geçebilir.
- **On bir aylık:** Yalnız başına ayakta durur, ayağa kalkıp oturabilir, iki elinden tutulursa yürüyebilirler.
- **On iki aylık:** Bir elinden tutulursa yürüyebilirler; ancak bırakılırsa dengesini kaybederek düşebilirler.
- **On üç aylık:** Düzgün yürüyebilir, eşyalara tırmanabilirler.
- **On dört aylık:** Ayakta dururken dengesini kaybetmeden eğilebilirler.
- **On beş aylık:** Basamakları tırmanıp, inebilir ve yalnız başına yürüyebilirler (6, 7).

Çevresini merak edip, her şeyi öğrenmek ve dokunmak isteyen çocuklar evde, bahçede ve sokakta büyük çoğunluğu önlenemez olan yaralanmalara maruz kalırlar. Bu yaş grubundaki yaralanmaları büyük kısmı bir yaşından küçük çocuklarda görülmektedir. Ev kazaları, bebek yaralanma ve ölümlerinde başta gelen nedenler arasındadır (8).

Bebekler yeni doğmuş olsalar bile, oldukça hareketlidirler ve yakaladıkları her nesneyi ağızlarına götürmek isterler. Özellikle bebek emeklemeye başladıktan sonra tehlike artmaktadır. Bu dönemde, yürüteçlerin bebeğin yürümeyi öğrenmesine yardımcı olabileceği düşünülmektedir. Ancak, sanılanın aksine yürüteç bebeğin daha çabuk yürümesini sağlamadığı gibi, normal motor ve mental gelişimini de geciktirebilir (8).

Dört aylıktan sonra ilkel refleksler kaybolmaya başladığı için adım atma refleksi de yok olur. Çocuklar yedinci aya kadar ağırlıklarını destekleyemez ve ayakları üzerinde duramazlar. Çocuklarının ayakları üzerinde durmadığını düşünen çoğu aile, bu dönemde çocuklarını yürüteçlere koymaktadırlar (9).

Emekleme, sürünme, yuvarlanma, ayağa kalkma, tırmanma gibi aşamalar bebeğin kaslarını güçlendirmesini ve kaslarını koordine etmeyi öğrenmesini sağlar. Yürüteçler bebeğin fiziksel gelişimindeki önemli basamakları atlatıp erken bir hareket sağlayarak çocuklarda şu sağlık sorunlarına neden olabilirler:

- Ayaklar daha hazır olmadan bastırıldığı için kas ağrıları, ayak deformiteleri oluşabilir.
- Bacak boyları tam basmaya yetmediği ve tam basmayı bilemediği için parmak ucuyla basar. Çocukta parmak uçlarında yürüme alışkanlığı yapabilir.

- Yanlış kasların yanlış zamanda güçlenmesine neden olur. Yürüteç kullanan bir bebeğin alt bacak kasları güçlenirken yürümek için gerekli olan üst bacak kasları ve kalça kasları zayıf kalır.

- Pelvis yapıları tam gelişmeden, tüm vücut ağırlığının kalçalara yüklenmesi sonucu kalça sorunları oluşabilir.

- Bebek vücut ağırlığını desteklemeye hazır olmadığı için kifoz ya da skolyoz gibi omurga eğriliklerine neden olabilir.

- Dar bir alanda kaldığı için de, yürüteç çocuğun psikolojik gelişimini olumsuz yönde etkileyebilir.

Yürüteçler ve Yaralanmalar

Yürüteçlerin kullanım nedenleri, yürüteçlere bağlı hangi kazaların ve ne tür yaralanmaların olduğu konusunda yapılan bir çalışmaya göre, acil servise getirilen 100 çocuktan 83'ünün yürüteç kullandığı saptanmıştır. Bunların %71'i çocuğun oyalanması için, %54'ü çocuğun daha çabuk yürümesi için, %28'i ise çocuğun bacaklarının güçlenmesi için yürüteç kullandıklarını belirtmişlerdir (9). Diğer bir çalışmada ebeveynlerin üçte biri, yürütecin bebeği tehlikelerden uzak tutacağını düşündüğü için kullandığını bildirmiştir (10).

Yürütece bağlı kazaların %37'si birisinin itmesiyle, %36'sı yürütecin mekanik kusuru nedeniyle, %22'si de yürütecin tökezlenmesine bağlı olmak üzere %94'ünün yürüteç nedeniyle olduğu saptanmıştır. Kazaların en çok koridorda ve baş

yaralanmaları biçiminde olduğu belirtilmiştir. Bunu % 17 ile ekstremiteler yaralanmaları izlenmiştir (9).

Yürüteç yaralanmaları çoğunlukla düşme ve bazı evlerde merdivenden yuvarlanma ile gelişen çeşitli kemik kırılmaları ve kafa travmaları biçiminde olmaktadır. Normalde ulaşamayacağı masa, soba, fırın, kalorifer gibi yüksek yerlere yürüteç sayesinde ulaşabilen çocuğun zehirlenmeler ya da yanıklara bağlı yaralanmaları da olmaktadır. Yine yürüteçteyken havuz, küvet ve tuvaletlerde boğulmaların olduğu da bildirilmektedir.

Ayrıca, çocukların ayak parmaklarının yürüteçle mobilyalar arasında sıkışması biçiminde yaralanmalar da olabilmektedir (11).

Yürütece bağlı kazaların çoğunda bebeğin yanında ebeveyn de bulunmaktadır. Ebeveynler bebek yürüteçteyken yanında bekleyerek herhangi bir kaza olmasını önleyebileceklerini düşünmekle büyük bir yanılığa düşmek. Çünkü bebek yürüteçle müdahale edilemeyecek bir hızla (bir saniye içerisinde 90 cm'den daha uzağa) hareket edebilir. Bundan dolayı yakından izlenebildiği düşünülse bile, yürüteçlerin kullanımı kesinlikle güvenli değildir (11). Yürüteç kazalarını önlemek için, üretici firmalar yürüteçlerin kapılardan geçemeyecek kadar geniş üretilmesi ya da tek tekerlek havaya kalktığına fren mekanizması ile durdurulması gibi pek çok koruyucu önlem geliştirmektedir (12). Ancak bunların yürüteç kaynaklı yaralanmaların hepsini önlemeye yeterli olmayacağı açıktır. Çünkü bebek, yürütecin tekerleri sayesinde hızlı bir biçimde hareket edebilmekte ve yüksek yerlere ulaşabilmektedir (8).

Bazı araştırmalarda evde bulunan bazı risk faktörlerinin yaralanma olasılığını artırdığı gösterilmiştir. Örneğin, evde yürüteç bulunmasının yaralanma riskini dokuz kat artırdığı gösterilmiştir (4). Yeni Zelanda'da Morrison ve ark. çalışmada da bebeklik döneminde kullanılan yürüteçlerin düşmelerin ilk üç nedeni arasında yer aldığı gösterilmiştir (13). Yürüteçler İngiltere'de de sıkça kullanılmakta ve her yıl üç binden fazla yaralanmaya neden olmaktadır (14).

Yürüteç Yaralanmalarının Önlenmesi

Yürüteçlere bağlı yaralanmalardan korunmada yaralanmaların kontrol ve korunmasında yararlanılan pasif stratejilerin

etkili olduğu düşünülmektedir (8,12,15).

Yürüteçlere bağlı yaralanmalar 1982 yılından beri dikkat çekmesine karşın, pek çok ülkede yürüteçler yaygın olarak halen kullanılmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nin Tüketici Ürünleri Güvenlik Komisyonu'nun yaralanmalarla ilgili 1990-2001 yılları arasında elektronik sürveyans sistemi kayıtlarında yapılan bir çalışmada; 15 aylık ve daha küçük çocuklarda yaklaşık 197 200 yürütece bağlı yaralanma belirlenmiştir. Bunların %5'i hastanede tedavi görmüştür. Olguların yaklaşık %74'ü merdivenlerden yuvarlanma ile yaralanmıştır. En çok travma baş bölgesinde (%91), en çok kırık kafatasında (%62) görülmüştür. ABD'de 1990-1994 tarihleri arasında yürütece bağlı yaralanma hızı aşağı yukarı aynı düzeylerde (yıllık 23 bin olgu) sürmüştür. 1994'te hareketli yürüteçlere seçenek olarak sabit yürüteçlerin geliştirilmesi ve 1997'de yürüteçler için yeni standartların getirilmesi sonucu yürütece bağlı yaralanmalarda belirgin bir düşüş olmuştur. Yürüteçlere bağlı 1990 yılında yaklaşık 21 bin olan yaralanma sayısı, 2001 yılında 5 100 olguya düşmüştür (15).

Amerika Birleşik Devletleri'nde yürüteç kullanımının 18 aylıktan daha küçük çocuklarda en sık yaralanma nedenleri arasında olduğu bilindiği halde, yürüteç satışı tamamen yasaklanmamıştır (16). Amerikan Pediatri Akademisi'nin de önerdiği gibi yürüteçlerin üretimi ve yapımı yasaklanmalıdır. Eğer ebeveyn yürüteç kullanmakta ısrarlıysa, güvenlik standartlarına uygun yürüteç kullanmalıdır. Piyasada satılmakta olan yürüteçlerin güvenlik standartlarına uygunluğu denetlenmelidir. Çocuk bakım merkezlerinde de yürüteç kullanılmamalıdır.

Yürüteçlere bağlı yaralanmaların önlenmesinde pasif stratejiler kadar aktif stratejilerin de kullanılması önerilmektedir. İngiltere'de çocuk hekimleri arasında yapılan bir araştırmada hekimlerin %64'ü ebeveyn eğitiminin, yürüteç satışının yasaklanmasından daha yararlı olacağını belirtmiştir (16, 17).

Kendrick ve ark. yürüteç kullanımını azaltmak için yaptıkları çalışmada, birinci basamak sağlık kuruluşlarında annelere yönelik bir eğitim paketi hazırlamıştır. Eğitim gören müdahale grubu, kontrol grubuna göre %63 daha az yürüteç sahibi olmuş, bir sonraki çocuklarında kullanmayı %52 daha az



planlamış ve yürüteç kullanımını %51 daha az önermişlerdir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında uygulanan eğitim paketi, yürüteç kullanımını azaltmada etkin bulunmuştur (14,16).

Hem medya hem de hekimler, hemşireler, ebeler, hasta bakıcılar, vb. sağlık çalışanları aracılığıyla ebeveynler yürüteçlerin riskleri ve yol açtıkları kaza ve yaralanmalarla ilgili bilgilendirilmelidirler (8).

Ülkemizde bir yaş altındaki bebekler arasında yürüteç kullanımının yaygın olduğu konusunda gözlemlerimiz bulunmaktadır. Bir yaş altındaki çocuklar arasında yürüteç kullanım ve yaralanma sıklığının araştırılması ve yürüteçlerin bebek sağlığını etkilemesini önlemek için gerekli girişimler planlanmalıdır.

İletişim: Serkan Aydoğdu

E-posta: aydogduserkan@gmail.com

Kaynaklar

- 1- World Health Organization; Department of Injuries and Violence Prevention, Injury facts 2001; http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/factsheets/en/
- 2- World Health Organization, Mortality Database.
- 3- World Health Organization. The Injury Chart Book; 2002.
- 4- John C. LeBlanc et al. Home safety measures and the risk of unintentional injury among young children: a multicentre case-control study, *CMAJ* 2006;175(8):863-867.
- 5- World Health Organization. Injury: A Leading Cause of the Global Burden of Disease; 1999.
- 6- Medline Plus; <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/002004.htm>.
- 7- Behrman, Kliegman & Jenson. Nelson Textbook of Pediatrics, 17th Edition, Part II: Growth and Development.
- 8- Committee on Injury and Poison Prevention. Injuries Associated With Infant Walkers, *Pediatrics* 2001; 108(3):790-792.
- 9- Al-Nouri, Luay; Al-Isami, Safa'a. Baby walker injuries, *Annals of Tropical Pediatrics: International Child Health* 2006;26(1):67-71.
- 10- Stoffman JM, Bass MJ, Fox AM. Head injuries related to the use of baby walkers. *Can Med Assoc J* 1984;131:573-575.
- 11- American Academy of Pediatrics; <http://www.aap.org>.
- 12- Gregory B. Rodgers, Elizabeth W. Leland. An evaluation of the effectiveness of a baby walker safety standard to prevent stair-fall injuries, *Journal of Safety Research* 2005; 36:327-332.
- 13- Morrison L, Chalmers DJ, Parry ML, Wright CS. Infant-furniture-related injuries among preschool children in New Zealand, 1987-1996, *J. Paediatr. Child Health* 2002;38:587-592.
- 14- Kendrick D. et al. Promoting child safety in primary care: a cluster randomised controlled trial to reduce baby walker use, *British Journal of General Practice* 2005;(55)517:582-588.
- 15- Shields BJ, Smith GA. Success in the prevention of infant walker-related injuries: An analysis of national data, 1990-2001, *Pediatrics* 2006;117(3): E452-E459.
- 16- Conners GP. et al. Still falling: a community-wide infant walker injury prevention initiative, *Patient Education and Counseling* 2002;46:169-173.
- 17- Rhodes K, Kendrick D, Collier J. Baby walkers: paediatricians' knowledge, attitudes, and health promotion, *Arch Dis Child* 2003;88:1084-1085.



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

Olgu 1: 50 günlük erkek bebek uzayan sarılık nedeniyle getirildi. Öyküsünden 27 yaşındaki annenin ilk gebeliği ile zamanında sezaryenle doğduğu, doğum ağırlığının 3080 gr olduğu, üçüncü gün başlayan sarılığın geçmemesi, birinci ayda bakılan FT3 2.37 pg/ml (2.5-4.9 pg/ml), FT4 11.23 pg/ml (9.0-23.0), TSH 5.89 mU/L (0.5-6.5 mU/L) bulunması üzerine pediyatrik endokrinoloji polikliniğine yönlendirildiği ve annenin sezaryen bölgesine bolca iyotlu antiseptik sürdüğü öğrenildi.

Fizik incelemede; arka fontanel 0.2 X 0.2 cm, ön fontanel 3 X 5 cm, vücut ağırlığı 5 700 gr, boy 58 cm, ve baş çevresi 40 cm bulundu. Hafif derecede sarılık saptandı. Diz grafisi 40 hafta, tiroid ultrasonografisiyle tiroid volümü 0.78 ml (0.79 ml), FT3 3.54 pg/ml (2.5-4.9pg/ml), FT4 10.43 pg/ml (8.0-18.0 pg/ml), TSH 9.16 mU/L (0.5-6.5 mU/L), tiroglobulin 56.07 ng/ml (5-45ng/ml) saptandı. Annenin tiroid hormonları normal sınırlar içinde idi.

Bebek idrar iyot düzeyi 23.8 mikrogram/dl ölçüldü (10-20 mcg/dl). TRH testi ile 30.dakika TSH düzeyinin 51.76 mU/L (eşik değer 35 mU/L) yükselmesi üzerine 12.5 mikrogram/gün L-T4 başlandı ve izleme alındı.

Olgu 2: 29 günlük kız olgu uzayan sarılık nedeniyle başvurdu. Öyküsünden 24 yaşındaki annenin ilk gebeliği sonucu normal yolla doğduğu, üçüncü gün başlayan sarılığının azalmakla birlikte tamamen gerilemediği ve annenin göbek bakımı için bol miktarda iyotlu antiseptik kullandığı öğrenildi.

Fizik incelemesinde boy 53 cm, ağırlık 4600 gr, baş çevresi 37 cm, arka fontanel 0.5 X 0.3 cm, ön fontanel 4 X 5 cm bulundu. Tiroid fonksiyon testlerinde FT3 3.12 pg/ml, FT4 12.13 pg/ml, TSH 12.17 mU/L bulundu. Tiroid volümü 1 ml, diz grafisi 36 hafta ile uyumlu idi. İdrar iyot düzeyi 28.6 mikrogram/dl ve TRH testi ile 30. dakika TSH düzeyi 32.65 mU/L saptandı. Bebek izleme alındı (Tanınız Nedir?).



Resim 1. İyotlu antiseptikle göbek bakımı

*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



Neonatal İyot Yüklenmesi

İyot yüklenmesi gebelikte, doğumda ya da postnatal oluşabilir (1-5). Fetüs ve yenidoğan bebekler iyot yüklenmesine duyarlıdır (6). Gebelikte iyotlu antiseptikler, öksürük şurupları, amiodaron, amniyofotografi yoluyla anne ve fetusta iyot yüklenmesi oluşabilir. Böylece fetal guatr ve hipotiroidi gelişir. Doğumda kullanılan iyotlu antiseptikler bebekte geçici TSH yükselterek, doğumsal hipotiroidi taraması yapılan bebeklerin geri çağırılma oranlarında artışa neden olur (5). Postnatal olarak ise bebeğe göbek başta olmak üzere yoğun ve sürekli iyotlu antiseptik kullanımı, radyokontrast uygulanmasıyla iyot yüklenebilir. İyot yüklenmesinin bir diğer kaynağı da annenin iyotlu antiseptik ya da gazlı bez kullanımı nedeni ile anne sütü yoluyla bebeğe iyot yüklenmesidir (1-3). Nitekim birinci olgu anne sütü yoluyla, ikinci olgu göbeğe iyot sürülmesi yoluyla yüksek iyota maruz kalmışlardır. Anne sütü ile normalin 10 katına kadar iyot yüklenmesi oluşabilmektedir (3).

İyot yüklenmesiyle karşı karşıya kalan yenidoğan bebeklerde geçici TSH yükselmesi ya da hipotiroidi tablosu gelişebilir (1,2,4,5). İyot yükü karşısında tiroid bezi otoregülasyon mekanizmasıyla iyot yakalama, hormon sentez ve sekresyonunda geçici duraklamayla yanıt verir. Bu olaya Wolff-Chaikoff fenomeni denir (2,7). Eğer yüklenme sürmezse 48-72 saat içinde bu fenomenden sıyrılarak normal fonksiyonlarına geri dönüş yapar (7). Ancak iyot yükü sürerse Wolff-Chaikoff fenomeni de sürdürülür ve hipotiroidi tablosu ortaya çıkar (2,4,5). İyot yüklenmesinin ortaya çıkarılmasında tiroid fonksiyon testleri yanında bebek idrar ve anne sütü iyot düzeyinin 20 mikrogram/dl'yi aşması önemlidir. Olgularımızda anne sütü iyot düzeyi ölçülmemiştir. Ancak iki olgumuzda da idrar iyot düzeyleri 20'nin üzerinde bulunmuştur. Birinci olguda yapılan TRH testiyle 30. dakika TSH düzeyi 35 mU/L'yi

aştığı için 12,5 mikrogram/gün L-T4 tedavisi başlanmıştır (6). İkinci olguda ise, TSH düzeyi 35 altında kaldığı için tedavi başlanmamıştır.

İyot eksikliğinin önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu ülkemizde sağlık çalışanı ve ailelerin bilinçsiz iyotlu antiseptik kullanımı nedeniyle anne sütü yoluyla ya da topikal yolla iyot yüklenmesine bağlı hipotiroidi tablosu gelişebilmektedir. "Önce zarar verme" ilkesi akılda tutularak gereksiz iyot yüklenmelerinden kaçınılması gerekmektedir. Bu konuda hem sağlık çalışanı, hem de toplumun bilgi düzeyleri artırılmalıdır.

İletişim: Dr. Selim Kurtoğlu

E-posta: selimk@erciyes.edu.tr

Kaynaklar

- 1- Smith VC, Suoren BM, Wolfsdrof J I. Hypothyroidism in a breast-fed preterm infant resulting from maternal topical iodine exposure. *J Pediatr* 2006; 149:566-567.
- 2- Aliefendioğlu D, Sorli C, Çakmak M, Ağar A, Albayrak M, Evliyaoğlu O. Wolff- Chaikoff effect in a newborn: is it on overlooked problem? *J Pediatr Surg* 2006; 41: E1-E3.
- 3- Arena Ansotegui J, Emparazona Knorr JI. Iodine antiseptic are not harmless. *An Esp Pediatr* 2000; 53:25-29.
- 4- Nishiyoma S, Mikeda T, Okada T, Nakamura K, Katani T, Hishinuma A. Transient hypothyroidism or persistent hyperthyrotropinemia in neonates born to mothers with excessive iodine intake. *Thyroid* 2004; 14:1077-1083.
- 5- Khaushu M, Chessex P, Chanoine JP. Iodine overload and severe hypothyroidism in a premature neonate. *J Pediatr Surg* 2005; 40:E1-E4.
- 6- Hatipoğlu N, Büyükkayhan D, Kurtoğlu S. Yenidoğan dönemi tiroid hastalıkları. *Türkiye Klinikleri Pediatrik Bilimler Pediatrik Endokrinoloji Özel Sayısı* 2006; 2: 63-82.
- 7- Enj PH, Cardano GR, Fong SL, et al. Escape from acute Wolff -Chaikoff effect is associated with a decrease in thyroid sodium iodine symporter messenger RNA and protein. *Endocrinology* 1999; 140: 3404-3010.

Bireyde Sağlık Davranışı Değişirme Süreci Evreleri ve Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Katkıları

Stages of Health Behavior Change and Contributions of Primary Health care Professionals to this Process



Msc. İlkay Güngör, Dr. Nevin H. Şahin***

Öz

Birincil sağlık bakımında bireyde davranış değişikliği sağlamayı amaçlayan hizmetler, bireyin yakınlarıyla daha iyi baş edebilmesini sağlar, tedaviye uyumunu kolaylaştırır ve bireyin hastalıklardan korunmasına yardımcı olacak sağlık davranışlarını kazanmasına destek olabilir. Günümüzde bireyleri istenen davranış değişikliğine yönlendirmek için geleneksel yaklaşımlar yerine, davranış sürecini değerlendiren birçok farklı model geliştirilmiştir. En sık kullanılan modellerden biri de bireylerdeki davranış değiştirme süreci evrelerini açıklayan "*Transtheoretical Model*" dir. Bu derlemede bu modele göre, davranış değişikliği evreleri ve uygulanması gereken stratejiler, sağlık çalışanının davranış değişikliği oluşturma sürecindeki rolleri açıklanmış ve örnek olgu analizi sunulmuştur.

Ahtar sözcükler: Sağlık davranışı, davranış değiştirme, *transtheoretical* model.

Abstract

Primary health care efforts to influence behavioural changes in individuals can promote enhanced coping with symptoms, adherence to treatment regimens, and engagement in behaviors that will prevent future illnesses. Currently, there are many different theories and models developed for orientating people to the prescribed behavior change instead of traditional methods for accomplishing patient compliance and behavior change. Transtheoretical model is one of these commonly used models that describes the stages of behavior change in individuals. This review explains the stages of change, strategies to use and the roles of health professionals according to this model; and a sample case analysis is presented.

Key words: Behavior change, health behavior, transtheoretical model.

Birincil sağlık bakımında bireyde davranış değişikliği sağlamayı amaçlayan hizmetler, bireyin yakınlarıyla daha iyi baş edebilmesini sağlar, tedaviye uyumu kolaylaştırır ve bireyin hastalıklardan korunmasına yardımcı olacak sağlık davranışlarını kazanmasına destek olabilir. Birinci basamak sağlık çalışanları uzun yıllar geleneksel bir yaklaşımla bireyi davranış değişikliğine yönlendirmek için bazı güçlerden yararlanmışlardır (1). Bu güçleri kullanırken bireye/hastaya ne söyleneceğinden çok, verilmek istenen mesajın nasıl verileceği ya da verilmesi gerektiği önem taşır. Bazı kişiler sağlık çalışanının otorite ya da uzman olduğunu hissettirdiği iletişim sonucunda istenen davranışa daha fazla olumlu adaptasyon gösterirken bazıları için sağlık çalışanı ile yakın bir iletişim daha etkili olabilmektedir (2). Bu güçler;

Otoriter Güç: Sağlık çalışanının otoritesi etkilidir. Örneğin "Doktorum doğum kontrol haplarımı her gün almam gerektiğini söyledi, ben de öyle yaptım".

Uzman Güç: Sağlık çalışanının uzmanlığı ve bilgisi etkilidir. Örneğin "Hemşirenin/ebenin

gebelerde diyabetin riskleri konusunda ne kadar çok bilgili olduğunu görmekten etkilendim, bu nedenle onun istediği gibi, bir diyetisyene başvurdum."

Referans Güç: Sağlık çalışanının empatisi ve arkadaş yaklaşımı ile ikna etmesi etkilidir. Örneğin "Doktorum gerçekten beni önemsiyor, benim için endişeleniyor. Bunun için onun önerdiği biçimde ilaçlarımı alacağım."

Zorlayıcı Güç: Amaç olumsuz sonuçlardan kaçınmaktır. Örneğin "PAP smear yaptırmaya izin vermediğim sürece bir daha bu kliniğe gelmememi söylediler."

Ödül Gücü: Bireyi güdüleyen dış etkenlerin varlığı etkilidir. Örneğin "Gebelik kontrolleri için başvuran ilk 100 kadına bebek araba koltuğu hediye. Ben 42 numarayım." (2).

Davranış değişikliği için bireyin motivasyonunu sağlayan bu güçlerin bilinmesi, bireyin sağlık çalışanı ile ne tür bir iletişim sonucu en fazla yarar sağladığının belirlenmesinde yararlı olmaktadır (2). Ancak bu güçlerle ve bireyi yalnızca bilgilendirme ya da ikna etme yaklaşımı ile bireydeki davranış değişim süreci net olarak açıklanamaz; aynı zamanda yeteri kadar etkili olamaz (1).

*Msc, Arş. Gör.; İstanbul Ü. Florence Nightingale HY Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği AD., İstanbul

**Yrd.Doç.; İstanbul Ü. Florence Nightingale HY Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği AD., İstanbul

Bireylere olumlu sağlık davranışları kazandırma programları düzenlemeden önce, bireyin bir davranışı yapıp yapmadığı ve etkileyen etmenlerin tanınması gereklidir. İnsan karmaşık bir yapı olduğu için bu etmenleri tam bir görüşe göre açıklamak olanaklı olamaz. Bu nedenle davranış sürecini değerlendiren birçok model geliştirilmiştir (3).

Birinci basamakta görev yapan sağlık çalışanları, bireyde sağlığın korunması ve geliştirilmesinde görevlidir, dolayısıyla da davranış değişikliğine rehber olmaları beklenir. Ancak formal eğitimleri sırasında bunu nasıl yapacaklarına ilişkin çok sınırlı bilgi almaktadırlar. Bu nedenle, davranış değişikliği evreleri ve sağlık çalışanın bu süreçteki rollerinin kısaca özetlenmesi yararlı olacaktır (2).

Davranış Değiştirme Süreci Evreleri (*Transtheoretical Model*)

Prochaska'ya göre, kişi değişmeye niyetlenip motive edilmeye hazır duruma gelinceye kadar beş ayrı gelişim evresinden geçtiği ve davranış değişikliğinin ağır ağır gerçekleşmekte olduğu varsayılmaktadır. Gelişim her zaman düzgün bir çizgide gerçekleşmez, çünkü insan bazen yeni bir evreye girmeden, önceki bir evreye yeniden dönebilir (4).

Düşünme öncesi (*precontemplation*) evrede kişi değişiklik gereksiniminin farkında değildir ya da farkında ama değişikliği düşünmüyordur. Sonraki altı ay içinde herhangi bir davranış değişikliğini hedeflemez. Nasıl değişeceği konusunda öğrenmeye yönelik hiçbir ilgi göstermemektedir.

Düşünme (*contemplation*) evresinde kişi sonraki altı ay içinde bir davranış değişikliği hedefler ve bu değişikliğin avantajları ile dezavantajları ile ilgili daha fazla bilgi toplama ve öğrenme çabasıdadır. Değişimle birlikte gelen olumlu ve olumsuz yönlerin farkındadır, ancak geçerli davranışın maliyeti ve yararlarından habersizdir. Düşünce evresindekiler, düşünce öncesi evrede olanlara kıyasla geribildirim ile ilgili bilgilere ve değişime daha açıklardır.

Hazırlanma (*preparation / determination*) ya da karar evresinde, kişi kısa bir süre içinde, genellikle sonraki altı ay içinde, değişmek için planlar yapar ve bu yönde bazı adımlar atar, değişiklik için gerekli olan en fazla bilgiye ulaşmaya çalışır.

Eylem (*action*) evresinde, kişi değişikliğin gerçekleşmesi için kendi davranışını ve çevresini etkin olarak değiştirmektedir. Son altı ay içinde davranışında belirgin özgün değişiklikler yapmıştır.

Koruma/sürdürme (*maintenance*) evresine ulaşılır. Kişi yeni davranış biçimiyle çok mutludur, ancak eski davranışına dönmemesi için kendisini korumak zorundadır. Çevre değişikliğe yardımcı olup yeni davranış biçimini desteklerse yararlı olur. Bu yüzden çevrenin desteği özellikle koruma evresinde önemlidir. Çevre eski davranışı ortaya çıkaracak söz ve hareketlerde bulunursa, davranış değişikliğini sürdürmek çok zordur. Bu dönem altı aydan beş yıla kadar sürebilir (4, 5, 6, 7, 8, 9, 10).

Bu temel aşamaların yanı sıra, bazı kaynaklarda sonlandırma ve relaps aşamalarından da söz edilmektedir.

Sonlandırma: Bu aşamada birey istenen davranışa tamamen uyum sağlamıştır. Eski davranışına yeniden dönme olasılığı yoktur ve yeni davranışın sürdürülebilmesine olan inancı tamdır (5, 6, 10).

Relaps: Birey eylem ya da koruma/sürdürme aşamasında iken daha önceki aşamalara gerilemesi relaps olarak tanımlanır (7,9).

Tipik olarak risk altında bulunan toplumlarda, yüzde 40'ı düşünme öncesindekiler, yüzde 40'ı düşünenler ve yüzde 20'si hazırlananlar biçimindedir (5).

Bu davranış değiştirme evreleri yaklaşımı sigara ve alkol bırakma, diyet, egzersiz, kanser taramaları, rutin pelvik muayene, kendi kendine meme muayenesi, gibi konularda oldukça etkili olabilmektedir (6,7,10, 11, 12).

Davranış Değişikliği Evresine Göre Uygulanması Gereken Stratejiler

- Öncelikle bireyin davranışı uygulama ya da sağlığını geliştirme amacıyla bazı davranış değişiklikleri yapmayı düşünme durumuna göre, davranış değişim sürecinde bulunduğu aşama belirlenmelidir.

- Empati gösterme, seçenekler sunma ve tartışmadan kaçınma gibi motivasyonu artıran görüşme teknikleri kullanılmalıdır.

- "Düşünme öncesi" aşamasındaki kişilerin, sağlık davranışını uygulamamanın getireceği sonuçları ve önemini farkına varmaları sağlanmalıdır. Durumları hakkındaki duygularını paylaşma şansı verilmeli ve bu durumun ailenin diğer üyelerini nasıl etkilediği tartışılmalıdır.

- "Düşünme" aşamasındaki kişilere sağlık davranışını değiştirme konusundaki motivasyonunu yakından izlemeleri gerektiği anlatılır. Değişimin yararı konusundaki çelişkili duygularını ve bunların nedenlerini ortaya koymaları istenir.

- "Hazırlanma" aşamasındaki kişilerden yapacakları davranış değişikliği konusunda kendilerine ve diğer aile üyelerine sözlü bir taahhüt vermeleri istenir.

- "Eylem" aşamasındaki ve "Davranışı sürdürme" aşamasındaki kişiler, onlara destek sağlayan kişi ile birlikte çalışmalı, uygun davranışlar için ödüller belirlemeli, stres kontrol tekniklerini uygulamalı ve destekleyici bir iletişim kurmalıdır (1).

- "Relaps" ile birey eski davranışına geri dönmüş ya da önceki aşamalara gerilemiş ise, anlayışlı bir biçimde üzüntüsü paylaşılmalı, davranış değiştirme sürecinde ilerlediği aşamalarda neler öğrendiği ve şimdi nelerin değiştiği değerlendirilmelidir. Bunların birçoğu bir süre sonra davranış değiştirme sürecine yeniden başlamaktadır (7,9).

Davranış Değiştirme Süreci Evrelerine Örnek Olgu Çözümlemesi

Dilek Hanım 38 yaşında bir ilkokul öğretmenidir. Evde yaptığı gebelik testinin pozitif çıkması üzerine kesin gebelik tanısı ve ilk antenatal kontrolü için bir Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi'ne başvurmuştur. Yapılan muayenesinde yedi haftalık gebelik saptanmış, herhangi bir anormal bulguya rastlanmamıştır. Bu gebelik Dilek Hanımın ilk gebeliğidir. Dilek Hanım 38 yaşında ve sigara içiyor olması nedeniyle bebeğinin sağlıklı doğup doğmayacağından kaygı duymaktadır.

Ebe, yapılacak testler konusunda gebeye bilgi verdikten sonra, bebeğinin sağlıklı gelişimi için sigarayı bırakmanın gerekli olduğunu ve isterse sigarayı bırakma konusunda ona yardımcı olabileceğini söyler.

Dilek Hanım: "Sigara içmemin bebeğim için zararlı olduğunu biliyorum. Bırakmayı isterim. Ancak daha önce de denedim ve bırakamadım. Belki bu kez siz yardımcı olabilirsiniz" diyerek ebeden yardım ister.

Hedef Davranış: Gebelikte sigarayı bırakma.

Davranış Değişikliği Aşaması: Düşünce aşaması

Dilek Hanım sigarayı bırakmayı istiyor.

Sigarayı bırakması gerektiğinin farkındadır. Geçmiş deneyimlerinin olumsuz olması nedeniyle kendine güveni azalmıştır. Ancak bebeğinin sağlığını düşünmesi onu yeniden motive edebilmektedir. Davranış değişikliğini nasıl başaracağı konusunda fazla bilgisi yoktur ve bu nedenle kaygıları vardır. Bu konuda ebeden yardım ve daha fazla bilgi istemiştir.

Stratejiler:

- Motivasyonu sağlama,
- Sigarayı bırakmanın ona sağlayacağı yararlar ve bırakmanın zorlukları hakkındaki çelişkili duygularını ve nedenlerini tartışma,
- Sigarayı bırakma yollarının tanıtılması (özet),
- Kaygıların ortadan kaldırılması.

Girişimler:

- Sigara içme alışkanlığının değerlendirilmesi, kişinin kendini tanımasını sağlama.

"Günde 10-15 adet sigara içiyor. Genellikle sabah kalkınca, yemeklerden sonra, okulda öğretmenler odasında, arkadaşları ile çay içerken sigara içmek istiyor. Evde eşi de sigara içiyor."

- Motivasyonun değerlendirilmesi ve güçlendirilmesi.

"Gebenin sigarayı bırakma konusundaki motivasyonunu sağlayan en önemli güç bebeğinin sağlığıdır. Bu nedenle sigaranın gebelikteki risklerinin ayrıntısıyla açıklanması yararlı olacaktır. Burada (düşünce aşamasında) bilgi vermenin amacı sorunun farkında olmasını sağlamak değil, davranış değiştirme konusundaki bilincini ve motivasyonunu artırmaktır.

- Sigarayı bıraktıkça kazanacakları ile kaybedecekleri ya da karşılaşacağı zorlukları ortaya koyması, çelişkili düşüncelerini açması istenir.

- Sigarayı bırakma yollarının tanıtılması.
Değerlendirme: Dilek Hanım'ın düşünce aşamasından bir sonraki hazırlık aşamasına geçiş durumu değerlendirilir.

Dilek Hanım: "Teşekkür ederim ebe hanım. Sigara içmemin bebeğime zararlı olacağını biliyordum ama verdiğiniz bu bilgilerle sigara ile ilgili kaygılarımda ne kadar haklı olduğumu daha iyi anladım. Artık sigarayı bırakabileceğime inanıyorum. Bu kadar sigarayı bırakma yönteminden biri kesinlikle bana yardımcı olacaktır. Ben öncelikle *davranışsal yöntemleri* denemek istiyorum.

Benim sorunum bağımlılıktan çok alışkanlığa beniyor. Bunun için bu yöntemin bana uygun olabileceğini düşünüyorum. Bana bu konuda daha fazla bilgi verebilir misiniz? En kısa zamanda bırakmaya çalışacağım. Hatta bugünden başlayarak azaltıyorum.”

Sonuç: Dilek Hanım artık hazırlık aşamasındadır. Davranış değişikliği için plan yapmakta ve bu yönde olumlu adımlar atma hazırlığı içindedir. Değişiklik için gerekli olan en fazla bilgiye ulaşmaya çalışmaktadır.

Hazırlık Aşaması İçin Stratejiler

- Seçilen sigarayı bırakma yöntemi ile ilgili ayrıntılı bilgi verme,
- Çevre ve sosyal desteğin sağlanması,
- Sigarayı kesin olarak bırakma kararı vererek bir tarih belirlemesi,
- Sigarayı bırakacağı bu tarihe kadar ona yardımcı olacak hazırlık önerileri verme,
- Sigarayı bırakma döneminde yaşayabileceği zorluklarla baş etmesi için gebeye birlikte uygun stratejileri belirleme.

Değerlendirme: Dilek Hanım bir sonraki randevusuna geldiğinde verilen önerileri uygulamış ve sigarayı tamamen bırakmıştır.

Sonuç olarak: Dilek Hanım bu süre içerisinde Eylem aşamasına geçmiştir.

Eylem ve Davranış Sürdürme Aşaması İçin Stratejiler:

- Sigarayı bırakma konusundaki azmi ve başarısı için övme,
- Bu süreç içinde yaşadığı zorlukları ve kullandığı baş etme stratejilerini değerlendirme,
- Çevre ve sosyal desteğin değerlendirilmesi,
- Destekleyici iletişim kurma,

Dilek Hanım geçen bir ay içinde sigarayı bırakma konusundaki kararlılığını koruyarak, verilen önerileri olanaklı olduğu kadar uygulamaya çalışmıştır. Eşi de onunla birlikte sigarayı bırakmak istediğini söylemiştir. Onun da amacı, gebelik döneminde eşini pasif içici durumunda bırakmamak, onu özendirmemek, bebeği doğduktan sonra da onu sigaraya maruz bırakmamak ve kendi sağlığını korumaktır. Aynı biçimde okuldaki öğretmen arkadaşları da ona yardımcı olmaya çalışmış, en azından onun yanında sigara içmemeye özen göstermişlerdir. Dilek Hanım sigarayı bıraktığı ilk günlerde huzursuzluk, sinirlilik, dikkatini toplayamama gibi yoksunluk belirtileri yaşamış, çok zorunlu olduğunu

hissedip ilk birkaç gün birkaç kaçamak sigara içmiş ancak bu belirtilerin şiddeti azalınca kendini daha iyi kontrol edebilmiştir. Son üç haftadır hiç sigara içmemiştir.

İletişim:İlkay Güngör

E-posta: ilkay1979@yahoo.com

Kaynaklar

- 1- Elder JP, Ayala GX. Haris S. Theories and Intervention Approaches to Health Behavior Change in Primary Care. Am J Prev Med 1999; 17(4):275-84.
- 2- Learman LA. Helping Your Patients Improve Their Health: A Primer on Behavior Change For Obstetricians and Gynecologists. Prim Care Update Ob/Gyn 1998; 5(3):130-5.
- 3- Esin NÖ. Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Davranışlarının Saptanması ve Geliştirilmesi, İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Tezi, İstanbul, 1997.
- 4- Woodward CA. Kaliteli Sağlık Bakımının Geliştirilmesi: Bir Değişim Süreci. DSÖ, Geneva, 2000.
- 5- "Aile ve Hasta Eğitimi" <http://www20.uludag.edu.tr/~nazan/ders6.html> Erişim Tarihi: 29.03.2006.
- 6- University of South Florida Community and Family Health. Transtheoretical Model/Stages Of Change http://hsc.usf.edu/~kmbrown/Stages_of_Change_Overview.htm Erişim Tarihi: 29.03.2006
- 7- California Medical Training Center. Transtheoretical model. http://www.ucdmc.ucdavis.edu/medtrng/domain/pdfs/Transtheoretical_Model.pdf Erişim Tarihi: 29.03.2006
- 8- Richard W. Scholl. Transtheoretical Model of Behavior Change. http://www.cba.uri.edu/Scholl/Notes/Change_TTM.htm Erişim Tarihi: 29.03.2006
- 9- Cancer Prevention Research Center. Transtheoretical Model: Detailed Overview of the Transtheoretical Model. <http://www.uri.edu/research/cprc/TTM/detailedoverview.htm> Erişim Tarihi: 29.03.2006
- 10- Stages of change theory. http://www2.msstate.edu/~bhunt/Stages_of_Change_Theory/transtheoretical.html Erişim Tarihi: 29.03.2006
- 11- Peipert JF, Ruggiero L. Use of the Transtheoretical Model for Behavioral Change in Women's Health. Women's Health 1998; 8 (5):304-9.
- 12- Sturt G. Health and ill Health Attitudes and Behaviours. <http://www.garysturt.free-online.co.uk/heal2.htm> Erişim Tarihi: 29.03.2006.

	STED'den	I		Kadın ve Sağlık "Denizli Kadın Hekimlik Örgüt Okulu'nun Ardından" Dr. Serap Şahinoğlu, Dr. Meltem Çiçeklioğlu	IX
	STED Yazarlarına Bilgi	II			
	Sigara Dışındaki Tütün Ürünleri Dr. Dilek Aslan, Dr. Nazmi Bilir	IV		Klavyem, Stetoskopum ve Ben "Veritabanı Kullanarak Etiket Bastırmak" Arif Onan	XIII
	Türkiye'nin Sağlığını Okumak Dr. Onur Hamzaoğlu	VI		Dizin 2007 (Cilt 16)	XV
	Mesleki Beceri "Foley Kateter Uygulama Becerisi" Dr. Orhan Odabaşı, Dr. Melih Elçin	VII		TTB-STE Kredi Puanı ve Kitap Kazananlar (Ocak 2008 sayımızda yayımlanacaktır)	
				Ödüllü Bulmaca	XVIII

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 almaktadır. STED'de birinci basamağın çalışma alanına giren konularda yapılmış araştırma yazıları, derlemeler, olgu sunumları, sağlık ocağı ve AÇS-AP merkezi gibi birinci basamak kurum tanıtımları ve hekim günlükleri yayımlanır.

Dergide yayımlanacak makalelerin aşağıda belirtilen özellikleri taşıması gerekmektedir:

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

1. Başlık Sayfası: Bu sayfada bulunması gerekenler:

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

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

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

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

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

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

Bu bölümün sonunda çalışmanın amacı ve gerekçesi açıklanmalıdır.

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

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

6. Tartışma: Çalışmanın yeni ve önemli yönlerini ve çıkan sonuçları vurgulayınız. Bulguların ne anlama geldiğine ve

bunların sınırlarına yer verilmelidir. Sonuçların amaçlarla bağlantısı kurulmalıdır. Verilerin tam olarak desteklemediği sonuç ve açıklamalardan kaçınılmalıdır. Öneriler de bu bölümde yer alabilir.

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

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

Tipik dergi makalesi

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

ya da

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

Kitap

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

Kitap bölümü

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

Web Sitesi

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

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

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 numaralandırılarak, çift aralıklı listelenmesi gereklidir.

Yazılarda Uygulanacak Biçimsel Özellikler Kılavuzu

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Metinlerin Gönderilmesi

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

Sigara Dışındaki Tütün Ürünleri



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

Dünyada ve Türkiye’de en fazla tüketilen tütün ürünü sigaradır. Ancak sigaradan başka tütün ürünlerinin kullanımı da sağlık açısından çok zararlıdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan bir açıklamaya göre tütün ürünleri kısmen ya da tamamen tütünden yapılmış; içme, çiğneme, dumanı içine çekme biçiminde tüketilen ürünler olarak tanımlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2006 yılında 31 Mayıs Dünya Tütünsüz Günü için belirlenmiş olan ana tema “Tütünün her türüsü öldürür” olmuştur (1). Sigara dışındaki tütün ürünlerinin ülkelere, bölgelere göre kullanım sıklıkları farklılık göstermektedir. Kültürel özellikler, üretim biçimleri, ulaşım kolaylığı gibi etmenler bu ürünlerin kullanım sıklığını etkileyen etmenler arasındadır. Bu yazı kapsamında dünyada kullanılan sigara dışındaki tütün ürünleri (pipo, puro, nargile, bidi, snus, tütün çiğneme) üzerinde durulmuştur.

1. Dumansız tütün kullanımı: Bu tarz kullanımın sağlık için zararlı olduğu vurgusu 1980’li yıllardan bu yana yapılmaktadır.

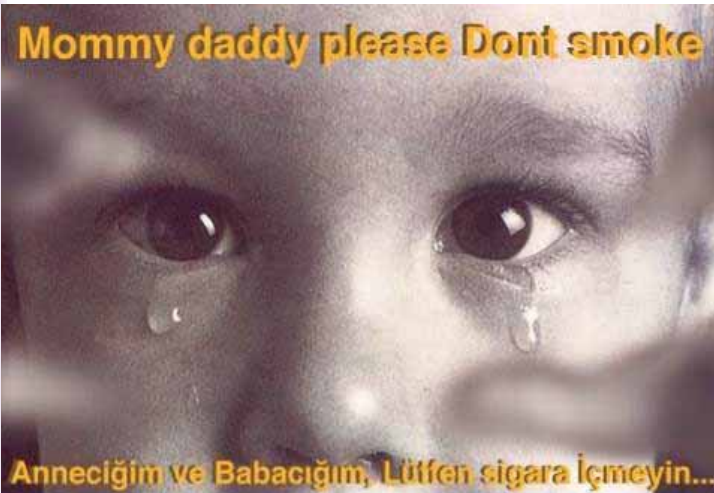
a. Tütün çiğneme: Tütün çiğneme, ağız içinde sağlık sorunları oluşur. Dişeti çekilmesi sık görülen sorunlar arasındadır. Ağız kanseri de tütün çiğnemeye bağlı oluşan hastalıklar arasındadır.

b. Snuf: Kahve taneleri gibi yanak ve dişler arasına alınarak tüketilir, çiğnenebilir.

c. Snus: Bir çeşit snuf olarak da tanımlanabilen ve bir dumansız tütün olan snus, daha çok İsveç’te kullanılmaktadır. Snus, ağız içinde diş ile yanak arasına konularak tüketilmektedir. Snus kullanan toplumlarda ağız kanseri sıklığı diğer toplumlara göre daha yüksek bulunmuştur. Sigara içiminin yüksek olduğu yerlerde snus kullanımının bir seçenek olarak sunulmaya çalışıldığı bilinmektedir, ancak bu yöntem tütün mamullerinin diğerlerinin de zararı göz önünde bulundurulduğunda çok tehlikelidir. Snus, İsveç dışındaki Avrupa Birliği ülkelerinde yasaklanmıştır. İsveç’te ise dumansız tütün satışı ile ilgili olarak özel bir düzenleme yapılmıştır. Snus içinde diğer tütün ürünlerinde olduğu gibi nikotin bulunmaktadır. Kan nikotin düzeylerinin sigara içicilerinin nikotin düzeylerinden farklı olmadığı bilinmektedir (2).

d. Guthka ve diğer tütün ürünleri: Daha çok Güney Doğu Asya ülkelerinde tüketilir. Guthka, tütünün tatlandırılmış ve diğer bazı maddeler karıştırılmış biçimindedir. Guthka kullanımı ağızda submüköz fibrozis oluşmasına neden olur.

2. Bidi: Sıklıkla Güney-Doğu Asya ülkelerinde (örneğin; Hindistan) kullanılmaktadır. Bidi, küçük el yapımı sigaradır. Yapılan çalışmalar bidi içinde nikotin ve karbon monoksit oranının sigaradan daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Hindistan’da bidi, tütün kullanıcılarının %80’i tarafından kullanılmaktadır (3). Ancak bu ülkeler dışında da bidi kullanılmaktadır. Örneğin, Amerika Birleşik Devletleri’nin Massachusetts eyaletinde yapılan bir çalışmada araştırma yapılan 642 gencin %40’ının bidiyi denedikleri saptanmıştır. Konunun en ilginç yönlerinden birisi bidinin daha az zararlı olduğu algısının bu gençler arasında yaygın bir inanış olduğudur (4).



*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

3. Nargile: Orta doğu ölkelerinde daha sıklıkla kullanılmaktadır. Daha önceleri yaşlı bireyler tarafından kullanılan nargile, günümüzde ergenler arasında yaygındır. Ne yazık ki bu konuda tütün endüstrisinin "promosyon" amaçlı gençlere sunduğu meyve aromalı formlar önemli rol oynamaktadır. Nargilenin bu biçimde sunumunda günümüzde çok yaygın olan "poşet çay" mantığından yararlanılmaktadır. Adölesanlar nargile içmeyi tütün ürünü olduğunun farkında olmadan denemekte; bir süre sonra da bağımlı hale gelmektedir. Ankara'da gençler arasında yapılmış olan bir çalışmada gençlerin yalnızca %54'ünün nargilenin sağlık açısından zararlı olduğunu bildikleri saptanmıştır (5). Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi uyarınca on sekiz yaş altındaki kişilere tütün ürünü satışı yasak olmasına karşın, çoğu yerde bu kısıtlama dikkate alınmamakta; on sekiz yaş altı bireyler de kolaylıkla nargileye ulaşabilmektedirler. Bir nargile içimi sırasında 3 gram tütün ve 5 gram kömür yakılmakta, toplam 2.25 miligram nikotin ve 242 miligram partiküler madde alınmaktadır. Bir nargile içimi sonucunda alınan nikotin miktarının, 50 adet sigara içilmesiyle alınan nikotin miktarına eşit olduğunu bilinmektedir. Nargile içen bir kişi ortalama 30 saniye aralıklarla her biri 3 saniye süren nefes alıp verme işlemi yapmakta, her defasında ciğerlerine 300 mililitre hava almaktadır. Ayrıca, nargile dumanındaki arsenik, nikel, kobalt, krom ve kurşun miktarı, sigara dumanındaki düzeye göre oldukça yüksektir. Sonuç olarak, tütünün nargile şeklinde içilmesi de aynen sigara içilmesi gibi zararlıdır.

4. Puro: Sıkıca sarılmış fermente edilmiş ve kurutulmuş tütüne verilen addır. Boyutları ve biçimleri değişmekle birlikte yoğun tütün içeriği olan mamüldür. Puro içimi ile akciğer, özofagus, larinks ve ağız boşluğu kanseri arasında ilişki bulunmaktadır. Dünyada puro içimi geçmişe göre daha yaygındır. 1964 ve 1993 yılları arasında puro kullanımı %66 artmıştır (6).

5. Pipo: İçine tütün konularak tutuşturulan yanma haznesi ve ebonit ya da benzeri maddelerden yapılan ağızlıktan oluşur.

6. Cigarillo: Bu ürün de kullanılan bir form olup yaklaşık 3 gram tütün içermektedir. Cigarillonun uzunluğu 70-100 mm; çapı da 5-8 mm arasında değişmektedir.

Sonuç olarak, tütünün sigara dışında da tüketim biçimleri bulunmaktadır. Bu çeşitlilik mücadele alanlarının genişliğini ortaya koymaktadır. Tütün endüstrisi sigara dışında da oldukça yaygın politikalar geliştirmektedir. Bu nedenle, tütün karşıtı politikaların sigara dışındaki tütün ürünlerini de kapsayacak biçimde geliştirilmesi gerekir. DSÖ, bu konuda güzel çalışmalar yapmaktadır. DSÖ'ye taraf olan ölkeler tütün karşıtı politikalarını geliştirirken Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi maddeleri uyarınca düzenlemeler yapmalıdırlar.

İletişim: Dr. Dilek Aslan

E-posta: diaslan@hacettepe.edu.tr

Kaynaklar

- 1- Tobacco: deadly in any form or disguise. http://www.who.int/tobacco/communications/events/wntd/2006/Report_v8_4May06.pdf. Erişim tarihi: 5 Aralık 2007.
- 2- What is Swedish Snus? http://www.who.int/tobacco/framework/public_hearings/swedish_match_ab.pdf. Erişim tarihi: 5 Aralık 2007.
- 3- http://www.who.int/tobacco/framework/public_hearings/F2800273.pdf. Erişim tarihi: 5 Aralık 2007.
- 4- Burden of Disease and Best Practices. <http://www.who.int/dg/brundtland/speeches/2003/brussels/en/>. Erişim tarihi: 5 Aralık 2007.
- 5- Subaşı N, Bilir N, İlhan E, Avluk A, Bavlı G, Biteker G, Kırmızıgöl E. Nargile içenlerin nargile içme konusundaki bilgi, tutum ve davranışları. *Toraks Dergisi* 2005; 6(2): 137-143.
- 6- Haustein KO. Tobacco or Health? *Physiological and Social Damages Caused by Tobacco Smoking*. Springer, 2001; pp. 26-27.



Dr. Onur Hamzaoğlu*

Tablo. Sosyal Güvenlik Kurumu tedavi harcamalarının yıllara ve hastanelere göre dağılımı (%)*

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Görelî Değişim (2002-2007)
Devlet hastaneleri	64.1	68.7	69.1	62.6	64.1	62.3	0.97
Üniversite hastaneleri	21.9	19.0	18.3	19.2	15.6	14.8	0.67
Özel hastaneler	14.0	12.3	12.6	18.2	20.3	22.9	1.64

*SGK Başkanlığı Aylık İstatistik Bülteni, Aralık 2007'den yararlanılarak hesaplanmıştır.

Türkiye'de sağlık harcamalarının, özellikle 2000 yılından itibaren, büyük bir hızla artmakta olduğunu biliyoruz. Bu harcamaların yatırım, tedavi, ilaç vb. başlıklarda izlenmesi kadar, harcamalarda kamunun ve özeline paylarını bilmek, kamu harcamalarının nerelere yapıldığını ve hükümetlerin-karar vericilerin-tercihlerini görebilmek için önemini koruyor.

Sağlık Bakanlığı 2007 yılında yayımladığı pek çok yayınında 2003-2007 yıllarının kendi hükümetlerinin dönemi olduğunu, 2002 ve önceki yıllara göre kendi dönemlerinde sağlık sektöründeki her şeyin çok daha iyiye gittiğini tablo ve grafikleri de kullanarak ispatlamaya çalışıyor.

Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ'ın baş editörlüğünde yayımlanan "Nereden Nereye Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Kasım 2202-Haziran 2007" başlıklı kitapta yer alan benzer iddiaları incelemiden önce Bağ-Kur, Emekli Sandığı (ES) ve Sosyal Sigortalar Kurumunun (SSK) birleştirilmesiyle kurulan Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı'nın (SGK) sağlık harcamalarını değerlendirmek istedik.

Hepimizin bildiği gibi, günümüzde geçerli olan mevzuat kapsamında; Bağ-Kur, serbest çalışanlardan isteğe bağlı olarak sağlık sigortası yaptırmış olup da düzenli prim ödemekte olanlarının sağlık harcamalarını karşılıyor. Bu bağlamda, hem aktif serbest çalışanlar, hem de emeklileri ve bakmakla yükümlü oldukları bu kapsamdan yararlanıyorlar. SSK, hizmet akdi ile çalışanlar ve bunların emeklileri ile bakmakla yükümlü olanları, ES ise devlet memurluğundan emekli olmuş olanlarla bakmakla yükümlü olanları için sağlık hizmeti satın alıyor. AKP hükümeti tarafından kurulan SGK, bu üç sosyal güvenlik kurumu çatısı altındakileri kapsıyor. Devlet memurları, üniversite öğretim üyeleri, TSK ve emniyet personeli vb. ile bakmakla yükümlü oldukları bu kapsamda değil. Onların sağlık harcamaları

bağlı oldukları kurumlar tarafından karşılanıyor.

Sosyal güvenlik kurumlarının, 2002 yılında, tedavi hizmetlerinin satın alınmasında yaptıkları harcamaya (7 629 milyon YTL toplam sağlık harcamasının 2 831 milyon YTL'si) göre, tedavi hizmetlerinin %64'ünü devlet hastanelerinden, %22'sini üniversite hastanelerinden ve %14'ünü de özel hastanelerden satın almayı tercih ettikleri görülmektedir (Tablo). Buna karşın, AKP hükümeti ile birlikte, öncelikle üniversite hastaneleri, ardından devlet hastanelerinden, özetle kamu hastanelerinden sosyal güvenlik kurumlarının tedavi hizmeti satın almasında gözle görülür bir azalma yaşanmıştır. Öyle ki aynı kurumlar 2007 yılında tedavi hizmetlerini satın almak için harcadıkları (19 984 milyon YTL toplam sağlık harcamasının 10 267 YTL'si) paraya göre, tedavi hizmetlerinin yaklaşık %24'ünü özel hastanelerden, %15'ini üniversite hastanelerinden ve %62'sini devlet hastanelerinden satın almışlardır. Başka bir ifadeyle 2007 yılında 2002 yılına göre, sosyal güvenlik kurumlarının devlet hastanelerinden satın aldıkları hizmet %3, üniversite hastanelerinden satın alınan hizmet %33 azalırken, özel hastanelerden alınan hizmet %64 artmıştır.

Bu veriler kapsamında çıkaracağımız sonuç özetle, AKP hükümetinin özel sektörü sevdiği, özel sektörü kamuya tercih ettiği, bunun için de kamu kaynaklarını özele aktardığı olacaktır.

İletişim: Dr. Onur Hamzaoğlu

E-posta: ohamzaoglu@kou.edu.tr

Kaynaklar

Kunt A E, Mackenbach J P. (1994), Measuring Socioeconomic Inequalities in Health, EUR/ICP/RPD 416, WHO, Copenhagen-28.

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

Dr. Orhan Odabaşı, Dr. Melih Elçin***

Foley Kateter Uygulama Becerisi

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

Araç: Steril eldiven, eldiven, steril kayganlaştırıcı, antiseptik solüsyon, Foley kateter, steril tampon, steril delikli örtü, tedavi muşambası, idrar torbası, enjektör, %0.9 NaCl solüsyonu, delici kesici atık kutusu

Basamak 1. Elleri yıkama (Resim 1).



Resim 1

Basamak 2. Hastaya işlem hakkında bilgi verme.

Basamak 3. Hastayı uygun pozisyona getirme.

Basamak 4. Kalçalarının altına tedavi muşambasını serme.

Basamak 5. Eldivenleri giyme (Resim 2).



Resim 2

Basamak 6 a. Antiseptikli tamponla penisi içten dışa doğru dairesel hareketlerle silme (Resim 3).



Resim 3

Basamak 6 b. Antiseptikli tamponla perine bölgesini önden arkaya tek bir hareketle silme (Resim 4).



Resim 4

Basamak 7. Eldivenleri çıkarma (Resim 5).



Resim 5

Basamak 8. Enjektöre %0.9 NaCl çekme (Resim 6).



Resim 6

Basamak 9 a. Steril delikli örtüyü penis dışarıda kalacak şekilde örtme (Resim 7).



Resim 7

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

**Yrd. Doç.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Tıp Eğitimi ve Bilişimi AD, Ankara

Basamak 9 b. Steril delikli örtüyü perine bölgesine örtme (Resim 8).



Resim 8

Basamak 10. Steril eldivenleri giyme (Resim 9).



Resim 9

Basamak 11. Foley kateteri açma (Resim 10).



Resim 10

Basamak 12. İdrar torbasını kateterin ucuna takma (Resim 11).



Resim 11

Basamak 13. Meatusdan içeri kayganlaştırıcı maddeyi uygulama (Resim 12, 13).



Resim 12

Resim 13

Basamak 14 a. Penisini dik tutarak Foley kateteri meatustan içeri doğru ilerletme (Resim 14).



Resim 14

Basamak 14 b. Pasif elin 1 ve 2. parmakları ile labiaları iki yana doğru açarak Foley kateteri meatustan içeri doğru ilerletme (Resim 15).



Resim 15

Basamak 15. İdrar gelişini görme

Basamak 16. Enjektörü kateterin balonla bağlantılı ucuna takarak 10 cc sıvı ile şişirme (Resim 16).



Resim 16

Basamak 17. Kateteri hafifçe çekerek yerinde olup olmadığını kontrol etme

Basamak 18. İdrar torbasını mesane seviyesinin altında yatak kenarına asma

Basamak 19. Kullanılan malzemeyi toplama

Basamak 20. Eldivenleri çıkarma (Resim 17).

Basamak 21. Elleri yıkama (Resim 18).



Resim 17

Resim 18

* Çift seçenekli basamaklarda "a" alt basamağı erkek, "b" alt basamağı kadın için olan uygulamaları göstermektedir.



Dr. Serap Şahinoğlu, Dr. Meltem Çiçeklioğlu***

Denizli Kadın Hekimlik Örgüt Okulu'nun Ardından

Türk Tabipleri Birliği Kadın Hekim ve Kadın Sağlığı Kolu ile Denizli Tabip Odası'nın Kadın Hekim ve Kadın Sağlığı Birimi, Kadın Hekimlik Örgüt Okulu'nu 17-18 Kasım 2007 tarihlerinde, Pamukkale'de Hierapolis antik kenti yakınlarındaki Laruj Otel'de gerçekleştirdi. Katılımın büyük çoğunluğu Denizlili kadın hekimlerden olsa da İzmir, İstanbul, Bursa, Manisa, Ankara ve Malatya'dan da kırka yakın kadın katıldı. Ayrıca henüz tıp eğitiminin ilk basamaklarında olan Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin genç kadın hekim adaylarından, Ezgi Kaya ve Ezgi Saylam'ın da aramızda olması ve toplantının akışına aktif katılımları bizler için umut vericiydi.

TTB'deki toplantılarımız sırasında bir kadın örgüt okulu düzenleme düşüncesi, neredeyse kolumuzun daha adının bile tartışıldığı ilk toplantılarımızda bizleri kışkırtıcı, bir araya getirici ve de bütüncü bir düşünce olarak belirmişti. Denizlili kadın hekimlerin buna neredeyse o günlerdeki istekli oluşlarından mı, yoksa MÖ 2. yüzyılda antik kentin adının Amazonlar kraliçesi olan Hiera'dan dolayı

Hierapolis olarak adlandırılmış olmasından mıdır, toplantı gerek bilimsel, gerek sosyal açıdan oldukça doyurucuydu.

Yürütme Kurulumuz, Kadın Hekimlik Örgüt Okulu'nun izleniminde iki temel amacı planlanmıştı. İlki, kadın bakış açısı, toplumsal cinsiyet, feminizmin özellikle sağlık, tıp ve hekimlikle olan ilişkilerinin ele alındığı tartışmalar; ikincisi ise TTB ile tabip odalarındaki üye ve yönetici kadrolarının oluşturulması aşamasında kadın hekimlerin durumu. Bunlardan ilki ilk günkü sunuşlarda ele alınırken, ikincisi daha sonraki gün, sunuş ve forum ile ayrıntılı olarak tartışılmıştır. Burada sizlere sunuşları ve sunuş sonrasında çarpıcı tartışmaları oldukça özet olarak aktaracağız. Ayrıca yazımızın sonunda forumun sonuçlarını da bulabileceksiniz.

Açılış konuşmasından sonra Serap (Şahinoğlu), "Biyomedikal Etiğe Feminist Yaklaşım" başlıklı sunuşunu yaptı. Kavramsal açıdan tıp etiğinden biyoetiğe ve sonuçta bir adım daha ilerleyerek biyomedikal etiğe geçen süreci, sağlık ve tıp uygulamalarında etiğin olmazsa olmaz olduğu günümüzde, tek yanlı bir bakış olarak adlandırdığı, "ilkesel etik" anlayışıyla çözülemeyeceğini ve tam bu noktada da kadın bakış açısının, etik yaklaşımlarda ayrı bir öneminin olduğunu vurguladı. Bizlerin ancak bu bakış açısıyla konuları ele aldığımızda, kadınla ilgili sorunları görünür kılabileceğimizi ve değerlendirebileceğimizi dile getirdi.

Sunuştta, tıbbi araştırmalarla ilgili bölüm ilginç bir tartışmayı başlattı. Tıptaki araştırmalara ayrılan paranın nasıl ve ne için kullanıldığı, hangi araştırmaların yapılmasının planlandığı, bunların kime, hangi cinseyete ya da sınıfa hizmet ettiği gibi ahlaki açıdan oldukça önemli bir konunun üzerinde duruldu.

İlk günün öğleden sonraki ilk konuşma, Gülsüm'ün (Önal), "Tıp Tarihinde Kadın



*Yrd. Doç.; Ankara Ü. Tıp Fak. Tıp Etiği ve Tıp Tarihi AD, Ankara

** Yrd. Doç.; Ege Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Ankara



Hekimler” başlıklı konuşması idi. Konuşmaya başlamadan önce Hülya (Biriken) ve genç arkadaşlarının (Narçiçeği, Sıla ve Tuba) insanlığa barış tohumları ekebilmek için çiçekler, bitkiler ve termal su karıştırarak yaptıkları “barış iksirini”, doğaçlama bir tiyatro oyunuyla bizlere sunmaları, oldukça ilginç ve yaratıcı bir gösteriydi. Üstelik Gülsüm’ün konuşmasından önce bu doğaçlamanın tamamlayıcı bir rol oynadığını da söyleyebiliriz.

“Tarihe kadın bakış açısından bakmak, toplumsal tarihin derin bir eleştirisini yapmanın yanında tarihin yeniden yönlendirilmesini öngörür. Bu anlamda, bir alan olmaktan daha ziyade bir yöntem arayışı, bir perspektif ve konumdur”. *Fatmagül Berktaş*.

Yukarıdaki alıntıyla sözlerine başlayan Gülsüm, kadın kahramanlar aramak yerine, “tarihsel kadınları” ve onları birbirine bağlayan köprüyü anlatmanın önemini vurguladı. Antik kültürlerde tıbbın kadınlara bahşedilmiş bir imtiyaz olduğuna inanılıp, tıbbın anası’ndan söz edilirken ve tapınaklarda kadınların hekimliği ön planda iken, özellikle kadınların hem tapınaklardan hem de tıptan dışlanmasının rastlantı olmadığını; Hipokrat’ın, jinekoloji ve obsetrik bilgilerini ebelerden öğrendiğini yazsa bile, kadın şifacıların devrin hipokratik hekimleri tarafından küçümsendiğini ve sağlık alanında kadınlarla ilgili bu tutumun sonuçlarını, özellikle kadın şifacıların yaşamlarıyla ödediğini dile getirdi.

Yeniden vurgulamak gerekirse, özellikle Rönesans’ta cadı olarak adlandırılıp yakılan pek çok kadının, aslında kadın şifacılar olduğunu, kadınlar yakılırken bu sırada erkek

doktorların profesyonelleşme yolunda önemli adımlar atmakta olduğunu da unutmamak gerekir.

Kadınların kurumsal tıp içine girebilmesi, başka bir deyişle, bir tıp okulunda okuyabilmesi, mezun olabilmesi ve çalışma izni alabilmesi ise 19. yüzyılın ikinci yarısında başlayıp 20. yüzyıla, iki dünya savaşı arasındaki döneme kadar süren uzun bir mücadeleyi gerektirmiştir. Kuşkusuz bu mücadelenin esas yükünü ve acısını öncüler çekti. Bunların içinde en bilinenleri Amerika’da Elizabeth Blackwell ve İngiltere’de Elizabeth Garrett’dir. Bu iki kadın büyük bir inatla Atlantik’in iki yakasında çeşitli tıp fakültelerinin kapısını aşındırdılar.

Bizler tam da tıptaki bu gizli cinsiyetçi yaklaşımın nedenlerini uslarımızda tartışırken, Didem (Gelegen) bizlere “Tıp Mesleğinde Toplumsal Cinsiyet İklimi” başlıklı sunuşuyla ve kucağındaki minik kızı Rüya ile birlikte, sorularımızın yanıtlara ulaşmasını kolaylaştırdı.

Didem konuşmasına, toplumsal cinsiyetin tanımı, kadın ve erkek sözcüklerine yüklenen anlamlar ve bunların tıptaki yansımalarından söz ederek başladı. Tıptaki bu cinsiyetçi bakış açısının paralellik sergilediğini, görülebileceği gibi sorunun aslında bölgesel değil, evrensel bir boyutunun olduğu ve kavramsal temellendirilmeler yapılacağını vurguladı. Önceleri tıp fakültesine girebilmek için uzun mücadeleler veren kadınlar, ilerleyen yıllarda ancak tıbbın belli alanlarında kabul gördüler. Bu kez de tıp kurumunun içinde “kadını” denilen tıp alanlarına uygun bulundular. Böylece kadınlar, düzenli çalışma saatleri olan, gece nöbeti bulunmayan, temel tıp, cildiye ya da çocuk hekimliği gibi kadınsılık ve annelik kavramları ile sıkı bağları olan tıp alanlarında uğraşlarını sürdürebildiler. Bu durum, Türkiye’de hekimlerin uzmanlık alanlarına girebilmesi için oluşturulmuş TUS sınavıyla değişime uğramış, böylece 1987 yılından başlayarak günümüze kadar bu sınav ile tıp fakültelerinin her alanına uzmanlık için kadın hekim girebilmiştir. Böylece TUS sınavı hekimlere, tıptaki herhangi bir uzmanlık alanına girebilmelerine cinsiyet açısından eşit bir zemin sağlamakla birlikte, eşitlik süreci içerisinde kadınlara aynı şans verememiştir. Bazı üniversitelerimizin kimi cerrahi alanlarında hala kadın hekimlerin akademik kadrolara

kabul edilmeyişleri ve bu durumun geleneksel bir hal almış olması bunun bir sonucu değil midir?

Kadın hekimlerin TUS sınavıyla birlikte elde ettikleri kazanımlara karşılık, bu kez de dikey uzmanlaşma, yönetici kadrolardaki kadın hekim sınırlılığı ya da erkeksi tıp alanlarında kadınların yaşadığı güçlükler, başka bir söyleyişle tıp içindeki toplumsal cinsiyetçi yaklaşım bu kez dönüşerek ve çetrefilleşerek yeni bir boyuta doğru gittiğini dile getirdi.

Didem'in sunuşundan sonra yapılan tartışma ile bu kez konu tabip odalarına ve oralardaki kadrolaşmaya taşındı. Kuşkusuz hiç birimiz özellikle yönetici kadrolarda kadın yoktur söyleminde bulunamayız. Fusun Abla uzun yıllar TTB Merkez konseyi başkanlığını yaparak, bunun ayrıksı ve de çarpıcı bir örneğini oluşturmamış mıdır? Kuşkusuz sorumuz tek tek kadınların kadrolarda var oluşu değil, erkek ve kadın hekim oranlarının tüm kurumsal yapılanmalar içerisindeki temsiliyetçi bir anlayışla düzenlenebilmesidir. Özellikle toplantıların zamanı, çocuk bakımı gibi konularda tabip odalarına destek vererek, kadın hekim oranlarının yükseltilebileceği üzerinde duruldu.

Bir başka önemli konu ise tıbbın yüzyıllardır süregelen geleneksel söyleminin, hiyerarşik yapılanmayı beslediği ve özellikle de tıp eğitiminin bilimsel yanının ötesinde, beceri temelli bir uğraş oluşu ya da tıptaki söylemiyle, "tıbbi, hocadan, abi ve ablalardan öğrenmek durumu" nun onun, bu hiyerarşik yapılanması üzerindeki rolü de bir başka tartışma başlığıydı.

Bu yoğun günün son konuşması, Yeşim'in (İşlegen) "Kadına Yönelik Şiddete Karşı Hekim Tutumu" başlıklı sunuşuydu. Şiddet mağdurlarının tanınmasındaki tıbbi süreç, bu konuda hekim ve sağlık çalışanının oynadığı rol üzerinde ayrıntılı olarak duruldu. Şiddetin de bir tanı olduğu, bu tanının hekimlere öğretilmesi gerektiği vurgulanan temel noktaları. Daha sonra yapılan tartışmalar, özellikle tıp eğitiminde bunun nasıl ve hangi sınıfta verilmesi gerektiği, kayıt tutmanın önemi, sorunun oldukça üzücü ve sonuçların umutsuzluğu nedeniyle kimsenin bu konu ve kişilerle ilgilenmek istememesinin nedenleri tartışıldı.

İkinci günün ilk konuşmacısı olan Özen Aşut'un, aynı zamanda TTB'nin ilk kadın

başkanı kimliğini taşıdığını, Ankara'daki kol toplantılarımızda sıklıkla bulunduğunu ve bizleri desteklediğini ve yüreklendirdiğini burada yeniden dile getirmek isteriz. "TTB'nin Örgütsel Yapısı ve İşleyişi" başlıklı konuşmasında tarihsel olarak hekimlerin ülke politikasındaki rollerinde her zaman öncü olduklarını ve bu nedenle de sıklıkla cezalandırıldıklarını, örneğin, 1897 tarihinde Sultan Hamid'e Tıbbiye'de isyan edilmesi üzerine pek çok tıp öğrencisi ve hekimin Fizan'a sürüldüğünü anlattı. Daha sonra TTB'nin ve tabip odalarının öncülü niteliğindeki "etibba odaları"nın, 1928'de nizamname ile kuruluşunu, 1953'de 6023 sayılı TTB'nin kuruluşunu, tüzüğünü ve işleyişiyle ilgili ayrıntılı bilgileri bizlere aktardı. Kuşkusuz bunlar arasında 6023 sayılı kanun ile TTB'nin işlevleri arasında, hekimlerin, "halk sağlığına ve hastalara fedakarlık ve feragatle hizmeti ideal bilen meslek geleneklerini muhafaza ve geliştirmeye çalışmak" olan temel yaklaşımı yansılarda sıkça vurgulandı.

TTB'nin tarihsel süreçteki yolculuğunda, TTB'nin 1965 yılındaki 14. Büyük Kongresi'nde delegelerin, "Bakanlığın Türk hekiminin karşısında daima kale gibi durduğundan" yakınıp, hekimlerin dertlerinin çok olmasına karşın, Sağlık Bakanlığının ilgisizliğinden; 12 Eylül'le birlikte, TTB'nin İstanbul Merkez Konseyi kapatılıp, sıkı yönetim tarafından TTB'nin tüm belgelerine el konulup, yönetimin 141 ve 142'ye muhalefetten Diyarbakır'da yargılandığından ve merkezin Ankara'ya taşınması sürecinde başından geçen olayları anlattı.

TTB'nin kolları, Genel Pratisyenlik Enstitüsü'nden, uzmanlık dernekleri ve TTB tarafından oluşturulan Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu'ndan (UDEK), TTB'nin yayınlarından, düzenlediği kurslardan, insan hakları alanındaki çalışmalarından ve uluslararası ilişkilerinden ayrıntılı olarak söz etti.

29 Haziran 1996 tarihli TTB'nin 44. Büyük Kongre'sinde kabul edilerek yürürlüğe giren TTB kurullarının oluşturulması ve yürütülmesi süreçlerini aktardı. Kuşkusuz bu ayrıntılı sunuşta, 1998-2008 yıllarındaki kadın hekimlerin, TTB ve oda kurullarındaki seçilmiş temsiliyetine sayısal olarak baktığımızda, kadın oranının en fazla % 10 olması düşündürücü

gereken, nedenlerini ve çözüm önerilerini forumda tartıştığımız temel konumuz olarak karşımıza geldi.

Forumdan önceki son sunuş Selma'nın (Güngör), "TTB ve Organlarında Temsiliyet" adını taşıyordu. Kadınların tarihsel süreçteki izleğini özellikle ataerkilliğin tarihsel boyutu ve sınıfsal bir çerçevede bizlere aktaran, bir gün önce tartıştığımız toplumsal cinsiyeti, sınıf mücadelesi ile ilişkilendirerek aktardı. Kadınların kamusal yaşamda örgütsel mekanizmalardan nasıl dışlandığına yer verildi. Bu dışlanmayı aşmaya yardımcı olacak bir mekanizma olarak kadın kotası tartışıldı.

Toplumsal cinsiyet bizim mesleğimizi ve meslek örgütümüzü de belirlemektedir. Tıp eğitimi alma oranı toplumdaki kadınların okullaşması ile paralellik göstermektedir. Hekim sayısı, uzman pratisyen hekim sayısı, uzmanlık alanlarına kadın dağılımı, uzmanlıkların cinsiyetçi dağılımı, özel alanda ev işi yükü ve pek çok durum bizim mesleğimizde ortaya çıkan eşitsizlik sorunlarıdır. Sağlık sisteminin cinsiyetçi örgütlenişi ve kadınların sağlık hakkını kullanırken yaşadıkları ise, bizim mesleğimizi uygularken karşılaştığımız sorunlardır. Kadınlar bu sürece müdahale edebilmek için, başta parlamenter temsiliyet olmak üzere tüm siyasal ve demokratik örgütlerde olumlu ayrımcılık/kota politikalarının gerçekleşmesi için mücadele etmektedirler.

Daha sonra Meltem'in (Çiçeklioğlu) yönettiği ve "Kavramlarımız, Yöntemlerimiz, Hedeflerimiz" adını verdiğimiz Forumu geçildi. Forumda temel olarak tartışılan sorular ve saptamalar aşağıda özetlenmiştir:

1- TTB ve Tabip odaları karar alma süreçlerinde ve yönetimlerinde kadın hekimlerin katılımının düzeyi, katılımın önündeki engeller,

2- Bu engelleri aşmak için, TTB, tabip odaları ve Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kolu gibi tarafların yapması gerekenler.

TTB'nin örgüt yapılanmasında kadınların katılımıyla ilgili genel olarak engel olmadığı, ancak kadınların komisyon/kollarda aktif olarak çalışmalarına ve erkeklerle aynı sayıda olmalarına rağmen yönetimlerde ya da karar alma süreçlerinde yeterince temsil edilemedikleri tespiti yapılmıştır. Bu durumun

kadınların genel yaşantıdaki siyasi duruşlarından bağımsız olmadığı vurgulanmıştır. TTB yönetimlerinde kadınların yeterince yer alamamasının nedenleri; kadınların toplumsal yaşamdaki rollerinden kaynaklı ev ve çocuk gibi sorumlulukları taşımaları, kadın hekimlerin yönetici olma taleplerinin ve isteklerinin az olması, TTB'nin siyasi geleneği ve tartışmalardaki üslubun sert ve erkek tarzı olması olarak sıralanmıştır. Bu sorunların aşılması için yeni bir siyaset biçimine gerek olduğu, bu süreçte kadınların da erkekler kadar sert ve direngen olmaları gerektiği vurgulanmış, engelleri aşmak konusunda kadınların birbiriyle dayanışma içinde olması gerekliliği belirtilmiştir. Seçimlerde kadınların birbirlerini aday göstermeleri ve desteklemeleri önerilmiştir.

3- TTB ve tabip odaları karar alma süreçlerinde ve yönetimlerinde kadın hekimlerin katılımının artırılmasında hangi olanaklar kullanılabilir, hangi fırsatlardan yararlanılabilir?

Kadın Hekim Kolu'nun var olması önemli bir olanak olarak kadınların katılım sürecinde değerlendirilmelidir. Kol olarak daha çok kadın hekime ulaşacak eğitim etkinlikleri yapılmalı, yürütülen etkinlikler ve toplantılarda alınan kararlar yaygın olarak duyurulmalı ve öğrenci katılımı desteklenmelidir. Özellikle kadın adayların Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kolu adayı olarak seçimlerde yer almaları ve bizim tarafımızdan destekleniyor olduğu vurgulanmalıdır.

Ayrıca kadınların gerek odalarda, gerekse etkinliklerde daha çok ve rahat var olabilmesi için toplantı saatleri ve çocuk bakımı gibi temel görevleri bakıcı gibi etkinliklerle desteklenmelidir.

4-Bu sorunların aşılmasında ne tür müdahalelere gerek duyulmaktadır?

Her tabip odasında komisyonların kurulması sağlanmalı, hekimlerin yarısının kadın olduğu dikkate alınarak, kadın adaylar bu komisyonlar tarafından desteklenmelidir. Genel kurul kararı olarak alınan kota kararının yaşama geçirilmesi için çalışılmaktadır.

İletişim: Dr. Serap Şahinoğlu
E-posta: serapsahinoglu@yahoo.co.uk

Klavyem, Stetoskopum ve Ben

Arif Onan*



Veritabanı Kullanarak Etiket Bastırmak

Bu uygulamada amacımız var olan listelerden yararlanarak çoklu etiket bastırmaktır.

Uygulama için isim listesi olarak kullanacağımız örnek Excel tablosu alt taraftadır.

İlk satırda sütun adlarının olduğuna dikkat ediniz.

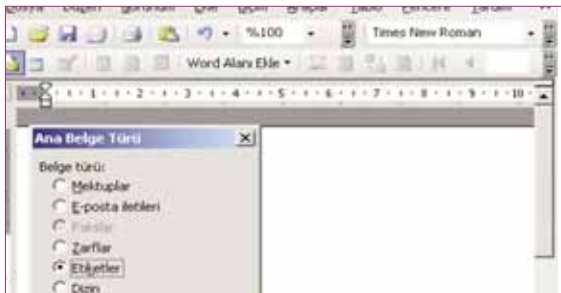
	A	B	C	D	E
1	Unvan	Ad	Soyad		
2	Bay	Melih	Elçin		
3	Bay	Orhan	Odabaşı		
4	Bay	Murat	Sincan		
5	Bayan	Sevgi	Turan		
6	Bay	Umut	Anöz		
7	Bayan	Hatice	Pınar		
8					
9					

Etiketi MSWord programının Adres Mektup Birleştirme fonksiyonunu kullanarak yazdıracağız.

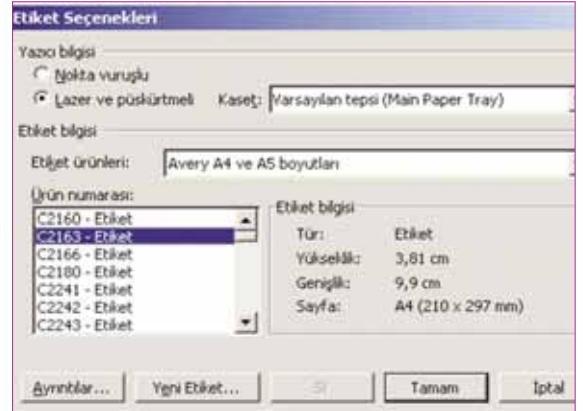
Yeni boş belge oluşturduktan sonra Görünüm/Araç Çubukları/Adres Mektup Birleştirme seçeneği işaretli olmalıdır.



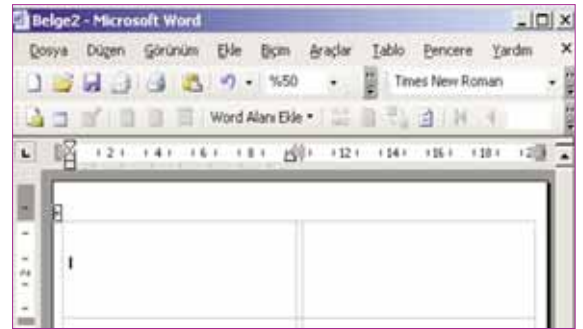
Ana Belge Ayarı simgesini tıklayarak Ana Belge Türü panelinde Etiketler düğmesini seçiniz.



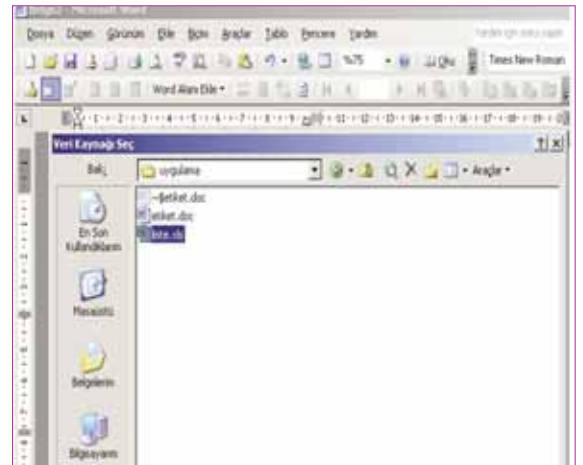
Etiket Seçenekleri panelinden kullanmak istediğiniz etiket türünü seçiniz.



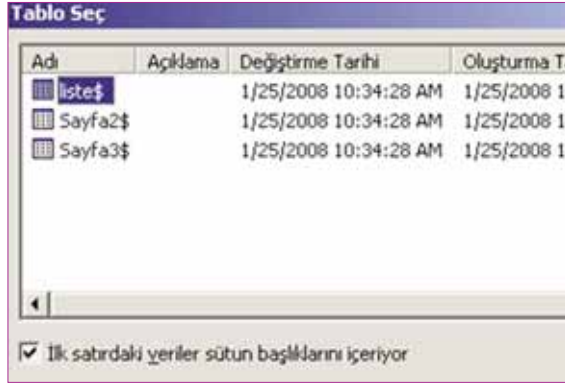
Yeni boş belgeniz etiket şablonuna uygun olarak şekillenecektir.



Veri Kaynağını Seç simgesini tıklayarak isim listenizin olduğu Excel dosyasını seçiniz.



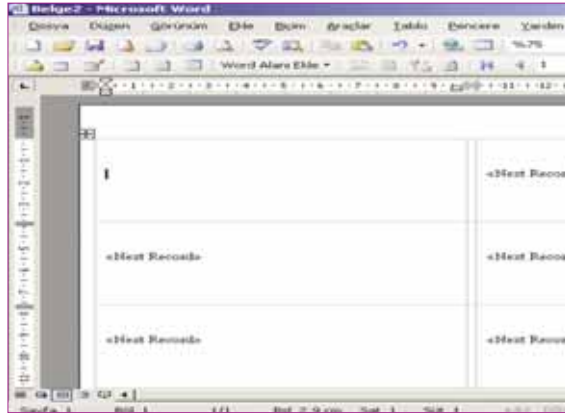
Listenin bulunduğu sayfayı seçmeniz beklenmektedir. Örneğimizde ilk sayfanın adı listedir ve seçili konumdadır.



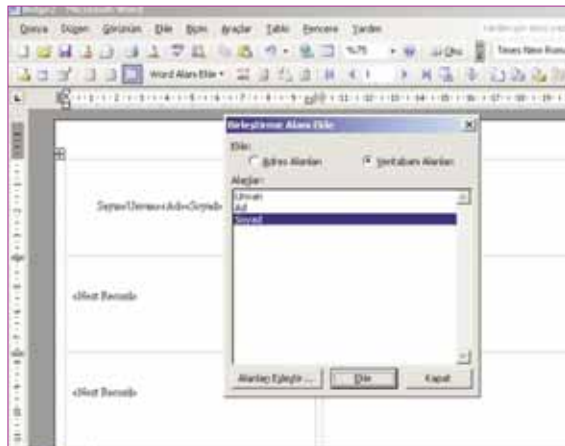
Etiket sayfası liste ile ilişkilendirildiği için diğer simgelerin de belirginleştiğine dikkat ediniz.

İmlecin bulunduğu etiket alanı işlem yapacağımız alan olacaktır. Listedeki her kişi için "Sayın" terimini kullanmak istiyorsanız, klavyenizi kullanarak sözcüğü giriniz.

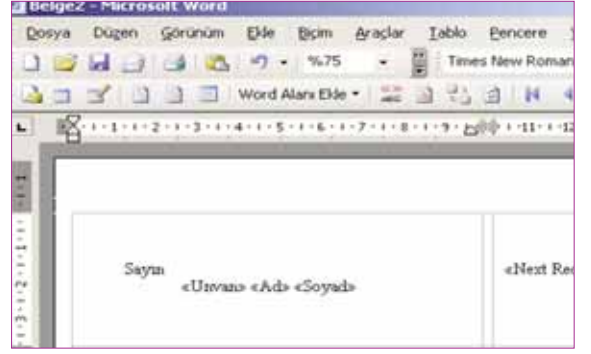
Sayın ifadesi her etikette yer alacaktır.



Birleştirme Alanları Ekle simgesini tıklayarak kullanacağınız kayıt bilgilerinizi etiketin üzerine ekleyiniz.

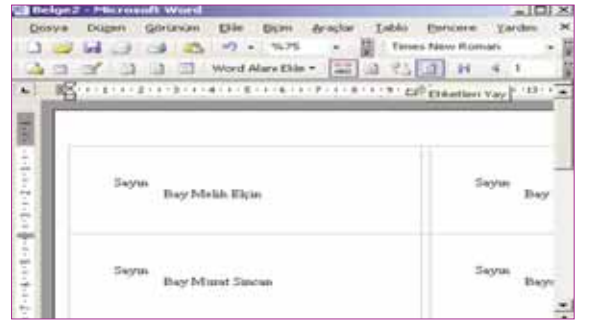


Alan adları arasında boşluk bırakarak okunurluğa özen gösteriniz.

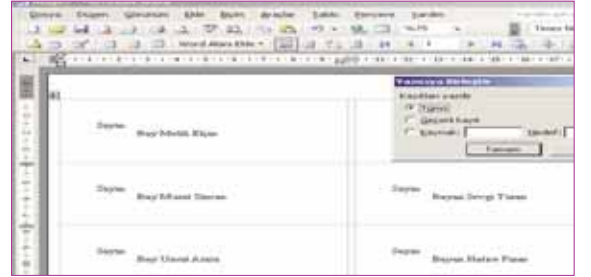


Birleşik Verileri Görüntüle simgesini tıklayarak verilerin listedeki kayıtların görünür olmasını sağlayınız.

Etiketleri Yay simgesini tıklayarak tüm etiketlerin görünmesini sağlayınız.



Yazıcıya Birleştir simgesini tıklayarak Yazıcıya Birleştir panelinden basmak istediğiniz listeye uygun olarak seçiminizi yapınız.



Yazdır panelinden yazıcınızı seçip doğru ayarlarla etiket baskınızı tamamlayınız. Yazıcı ayarlarında etiket seçiminizin başlangıçtaki etiket seçiminizle tutarlı olmasına özen gösteriniz.



Araştırma/Derleme	Yazar / lar	Sayı	Sayfa
Eskişehir Kırsal Kesim Öğrencilerinde Baş Ağrısı Sıklığı ve Etki Eden Etmenler	Dr. Didem Aslantaş, Dr. Selma Metintaş, Dr. Aleattin Ünsal, Dr. Cemalettin Kalyoncu	1	1
Cilt Şarbonu Olgusu	Dr. Alper Akın	1	6
Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri	Dr. Yonca Sönmez	1	9
Ülkemizde Amebiasis Tanısında ve Tedavisinde Sorunlar	Dr. Levent Doğanç	1	13
Bir Tıp Fakültesi Birinci Sınıfında Uygulanan Temel Yaşam Desteği Eğitiminin Değerlendirilmesi	Dr. Zeynep Baysal, Dr. Mustafa Cengiz, Dr. Cengiz Mordeniz	2	17
Doğumsal Kalp Hastalığı Olan Çocukların Aşılama Oranları	Dr. Serdar Kula, Dr. Cihat Şanlı, Dr. Berna Canter, Dr. Osman Özdemir, Dr. Ayşe Yıldırım, Dr. F. Sedef Tunaolu, Dr. Rana Olguntürk	2	21
Görsel Medyanın Çocuk Sağlığına Etkileri	Dr. Aysu Duyan Çamurdan	2	25
Çocuklarda Ev Kazaları	Dr. Onur Özlem Köse, Dr. Nadi Bakırcı	3	31
Hekimlerin "Derleme" Makaleler ile İlgili Görüşleri	Dr. Dilek Aslan, Dr. Yeşim Gökçe Kutsal	3	36
Akut Motor Aksonal Nöropati ile Giden Bir Guillain Barre Varyantı	Dr. Tuğba Hırfanoğlu, Dr. Ali Cansu, Dr. Ayşe Serdaroğlu, Dr. Kıvılcım Gücüyener	3	40
Kadına Yönelik Bariyer Yöntem: Kadın Kondomu	Dr. Deniz Çalışkan, Dr. Gülsün Kuyucu	4	44
Birinci Basamakta Bel Ağrısının Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesiyle İlişkisi	Dr. Elif Onur, Dr. Hatice Gülhan, Dr. Yasemin Özbek, Dr. Derya Çavuş, Dr. Tunç Alkın	4	52
Bir Grup Hekim ve Hemşirenin Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile İlgili Bilgi ve Düşüncelerinin İncelenmesi	Dr. Hilmiye Aksu, Dr. Eralp Atay, Dr. Banu Karaöz, Hem. Öznur Körükçü, Hem. Gonca Özmeri	4	57
Kemik İliği ve Kök Hücre Transplantasyon İlkeleri	Dr. Selin Aytaç Elmas, Dr. Duygu Uçkan Çetinkaya	5	61
Bir İlköğretim Okulundaki Öğrencilerin Boy ve Ağırlık Durumları	Dr. Güngör Güler, Dr. Ferda Yıldırım, Dr. Emine Altun	5	6
65 Yaş ve Üzeri Nüfusta Hipertansiyon Prevalansı ve Etkileyen Etmenler	Dr. Yonca Sönmez, Dr. Tezcan Bozkurt, Dr. Burcu Tanrıku, Dr. İsmail Keskin	5	66
Yanlış Gluteal Enjeksiyona Bağlı Derin Ven Trombozu: Olgu Sunumu	Dr. Murat Orak, Dr. Mehmet Üstündağ, Dr. Mustafa Burak Sayhan, Dr. Emin Uysal, Dr. Yusuf Ali Altıncı	5	75
Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Mezuniyet Sonrası Çalışma Koşulları Hakkındaki Bilgi ve Düşünceleri	Dr. Nasır Nesanır, Dr. Gökben Yaslı, Dr. Gürol Göknel, Dr. Hakan Çakmak, Dr. Hale Demirtaş, Dr. Elif Dizen, Dr. Gönül Dinç	6	79
Bir Adli Olguya Göre Adli Tıp ve Tıp Etiği İlişkisinin Değerlendirilmesi: Yaralamalı Trafik Kazası	Dr. Metin Pıçakçefe	6	86
Reformlar Sağlık Çalışanlarının Yaşamında Neyi Dönüştürüyor?	Dr. Aslı Davas	6	90
Eskişehir Kırsal Kesim İlköğretim Öğrencilerinde Görme Kusurları	Dr. Burhanettin Işıklı, Dr. Cemalettin Kalyoncu	7	95
Yazılı Medyada Şiddet: Bir Gazetede İçerik Analizi ve Şiddeti Önleme Platformu Önerileri	Mustafa Karaaslan, Ayşegül Boyraz, Dr. Songül Yalçın, Dr. Özlem Tekşam	7	100
Çocuklarda Akut Pankreatit	Dr. İsmail H. Göl, Dr. Serdar Moraloğlu, Dr. İ. Onur Özen	7	105
Nöral Tüp Defektlerinden Korunmada Anahtar Rol: Sağlık Personelinin Danışmanlığı	Dr. Hilal Batı, Dr. Aliye Mandıracıoğlu, Dr. Özlen Turgul, Dr. Sibel Akkol, Nurdan Anlı	8	111
15-49 Yaş Evli Kadınların Sosyodemografik Özellikleri ve Aile Planlaması Hizmetlerinden Yararlanma Durumları	Dr. Onur Günay, Dr. Cavit Işık Yavuz	8	119

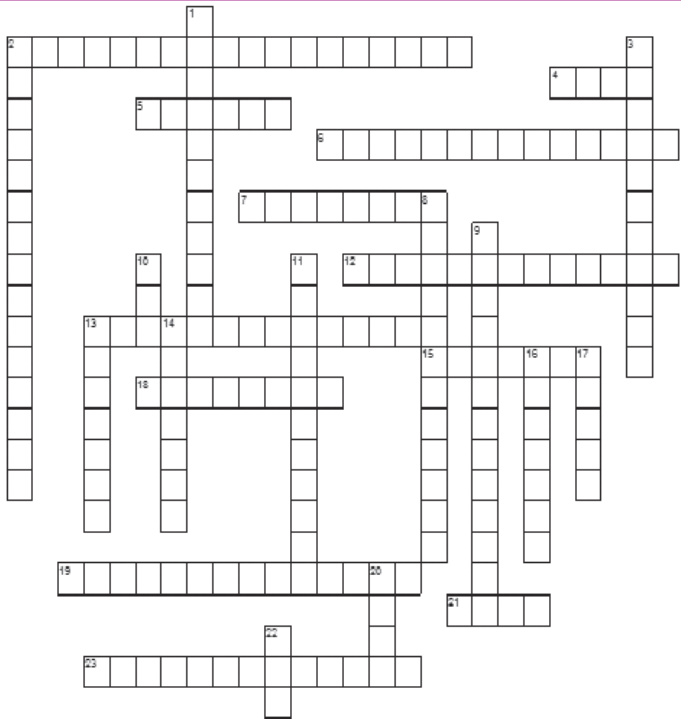
Araştırma/Derleme	Yazar / lar	Sayı	Sayfa
Birinci Basamakta Fibromiyalji Yaklaşımı	Dr. Sabah Tüzün, Dr. Ali Rıza Çalışkan, Dr. Serap Çiçli, Dr. Pemra Ünal	8	124
Kadınların Üriner Enkontinans ve Kegel Egzersizi Hakkında Bilgi Düzeyleri	Dr. Özgür Alparslan, Dr. Gülbahtiyar, Doğaner, Ebe Meryem Çiftçi	9	129
Okul Öncesi Dönem Çocuğu Olan Anne ve Babaların Çocuklara Cinsel Eğitim Konusundaki Yaklaşımlarının İncelenmesi	Dr. Ercan Göçgeldi, Dr. Hakan Tüzün, Dr. Türker Türker, Dr. Işıl Şimşek	9	134
Tepkisel Bağlanma Bozukluğu	Dr. A. Şebnem Soysal, Dr. Şahin Bodur	9	143
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dördüncü Sınıf Öğrencilerinin Kariyer Planları ve Genel Pratisyenliğe Yönelik Tutumları	Dr. Zeliha Öcek, Dr. Şafak Taner Gürsoy, Dr. Meral Türk, Dr. Meltem Çiçeklioğlu, Dr. Feride Aksu	10	146
Tıp Eğitiminde Paydaşlar	Dr. Tacettin İnanlı, Dr. Şevkat Bahar Özvarış		153
Aşı Güvenliği İçin Donma Önemli Bir Risktir	Dr. Pınar Ay, Ahmet Topuzoğlu	10	159
0-1 Yaş Bebeği Olan Annelerin Sağlık Ocağında Ebe-Hemşire Hizmetlerini Kullanma Durumları	Sibel Kıyak, Belgin Akın, Dr. Emel Ege	11	163
İlköğretim Okullarının Okul Çevre Sağlığı Standartları Yönünden Değerlendirmesi	Dr. Aynur Uysal, Dr. Aslı Koçer, Dr. Şafak Ergül	11	169
Osgood-Schlatter Hastalığı: Yedi Olgu	Dr. A. Akın, Dr. S. Demir, Dr. S. İ. Ozan, Dr. B. K. Onar, Dr. Ö. Özer	11	176
Sürekli Sayfalar			
Sigara ve Sağlık	Dr. Nazmi Bilir, Dr. Dilek Aslan		
İşyerleri ve İşveren Açısından Sigara Kullanımının Ekonomik Boyutu		1	IV
Sigarasız Sağlık Ocağı		2	IV
Birleşmiş Milletler Bin Yıl Kalkınma Hedefleri ve Sigara Mücadelesi		3	IV
Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi ve Ulusal Tütün Kontrolü Çalışmaları		4	IV
31 Mayıs 2007 ve Anlamı Sigarasız Çevre Smoke-free environment		5	IV
Sigara ve Yaşlılık		6	IV
Sigara ve Özürlülük		7	VI
Sigara Kullanımı ve Bazı Sosyodemografik Değişkenler Arasındaki İlişkiler		8	IV
Zararsız (!) Sigara Kavramı		9	IV
Dünya Tabipler Birliği ve Tütün Kontrolü		10	IV
Kendi Kendine Yanma Özelliği Azaltılmış Sigara		11	IV
Bunları Biliyor musunuz?: Sigara Kullanımı ve Bazı Sosyodemografik Değişkenler Arasındaki İlişkiler		12	IV
Kadın			
Kadınların Klinik Araştırmalara Katılımında Etik Tartışmalar	Dr. Nükhet Örnek Büken	2	IV
Türkiye'de Toplumsal Cinsiyet, Kadın ve Sağlık	Dr. Şevkat Bahar Özvarış	3	VII
Toplumsal Cinsiyet Temelli Şiddet			
Kadın Sağlığı ve Beslenme Sorunları	Dr. Dilek Aslan	6	VIII
Kadına Yönelik Şiddet ve Hekim Sorumluluğu	Dr. Nükhet Paksoy	7	VIII
Tıpta Ahlaki Değer Sorunlarına Yeni Bir Yaklaşım:			
Feminist Biyomedikal Etik	Dr. Serap Şahinoğlu	8	VIII
Etiğe ve Biyomedikal Etiğe Feminist Yaklaşım ve Kadınlar	Dr. Serap Şahinoğlu	10	VI
Denizli Kadın Hekimlik Örgüt Okulu'nun Ardından	Dr. Serap Şahinoğlu, Dr. Meltem Çiçeklioğlu	12	XIV

Sürekli Sayfalar	Yazarlar	Sayı	Sayfa
Türkiye'nin Sağlıkını Okumak		Dr. Onur Hamzaoglu	
Sağlık ocağı başına düşen ortalama nüfusun coğrafi bölgelere ve yıllara göre dağılımı		1	VII
Yüzden fazla özel yatağı olan illerin ulusal gelirden aldıkları pay (2001)		2	VII
TGYONA sonuçlarına göre göç sürecinde sosyoekonomik durum (%)		3	VI
Türkiye'nin kişi başına GSMG ve YAÖH yönünden dünya ülkeleri sıralamasındaki yeri ve sıralamalar arasındaki fark		4	VI
2001-2005 Mali yıllarına göre Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bütçe oranları ve gider gruplarından bazılarının göre dağılımı (%)		5	VI
2001-2006 Mali yıllarına göre Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bütçe oranları ve Sağlık Bakanlığı hastanelerinde yatan hasta oranı		6	VI
Manyetik rezonans (MR) cihazlarının bölgelere ve hastanelere göre 2006 yılındaki dağılımı ile 2005 yılında gerçekleştirilen teşvik belgeli yatırımların bölgelere göre dağılımı (%)		7	VI
Bilgisayarlı tomografi (BT) cihazlarının bölgelere ve hastanelere, teşvik belgeli yatırımların bölgelere göre dağılımı		8	VI
Bilgisayarlı tomografi (BT) cihazlarının bölgelere ve hastanelere, nüfusun ve teşvik belgeli yatırımların bölgelere dağılımına göre eşitsizlik göstergeleri. Coğrafi bölgelere ve yıllara göre sağlık personeli yardımı olmadan yapılan doğumların dağılımı (%) ve bazı eşitsizlik göstergeleri		9	VI
Sıfır yaş grubunda DBT1-Kızamık devamsızlık hızlarının coğrafi bölgelere ve yıllara göre dağılımı (%)		10	VI
Düzce ili ve Türkiye'de "sağlık ocaklarında" sunulan bazı poliklinik hizmetlerinin yıllara göre dağılımı ve göreceli değişimi		11	VI
Sosyal Güvenlik Kurumu tedavi harcamalarının yıllara ve hastanelere göre dağılımı (%)*		12	VII
İlaç		Dr. Alper B. Iskit	
Gebe Hastada İlaç Seçimi		1	XV
İlaç Araştırmaları ve Etik Kurullar		3	XI
Tedavide Farmakokinetik Parametreler		4	X
Yaşlılıkta Akılcı İlaç Kullanımı		5	X
Böbrek Hastalıklarında İlaç Kullanımı		6	XII
Eşdeğer İlaçlara Güvenmeliyiz...		7	XII
İlaç Etkileşimleri		8	XIV
2007'de İlaç Uyarıları		9	VII
İnsani Amaçlı İlaça Erken Erişim Programı		11	VII
Dergilerden		Stj. Dr. Yılmaz Yıldız, Dr. Özen Aşut	
Menopozda Kalsiyum Gereksinimi		1	IX
Beslenme Alışkanlıkları ve Özofagus			
Kanseri Arasında Bir Bağlantı Var mı?		2	VIII
Hormon Tedavisinde Yeni Gelişmeler		5	VII
Tedavi Grubundaki Mortalite Düşüşü,			
Yaşlılarda Kan Basıncı Çalışmasını Sonlandırdı		6	VII
Bisfosfonatların Kalp Üstündeki Etkileri			
Amerika'da Tartışılıyor		7	XIII
Amerikan Hekimler Akademisi, KOAH Kılavuzu Yayımladı		8	X
Mesleki Beceri		Dr. Orhan Odabaşı, Dr. Melih Elçin	
Steril Eldiven Giyme ve Kullanılmış Eldiveni Çıkarma Becerisi		3	IX
Radial Arterden Nabız Bakma ve Kan Basıncı Ölçme Becerisi		5	XIV
Tespit Sargısı Becerisi		6	XIV
Direkt Oftalmoskopi Becerisi		7	XIV
Bisfosfonatların Kalp Üstündeki Etkileri Amerika'da Tartışılıyor		7	XIV
Dikiş Atma ve Dikiş Alma Becerisi		8	XI
İntramüsküler Enjeksiyon Yapma Becerisi		9	XV
Lomber Ponksiyon Uygulama Becerisi		11	VIII
Foley Kateter Uygulama Becerisi		12	VII

Ödüllü Bulmaca



Bulmacamızda yer alan soruları bu sayımızdaki yazılardan seçtik. Doğru olarak yanıtlayıp Dergi'nin postalanma tarihinden sonraki bir ay içinde bize gönderen okuyucularımıza **2 TTB- STE Kredi Puanı** veriyoruz. Ayrıca beş kişiye Kocaeli Tabip Odası'nın hazırladığı "**Sağlık Olsun**" adlı karikatür kitabını armağan ediyoruz. Bulmacanın doğru yanıtlarını **Mart 2007** sayımızda yayımlayacağız.



1- Sağlıkta dönüşüm programıyla birlikte hizmetin daha fazla satın alındığı sağlık kuruluşu, 2- Aile planlaması hizmetlerini yürütmekle görevli kurum, 2- Guthka tütününün neden olduğu bir mukoza rahatsızlığı, 3- Sağlık çalışanının kontrolünde olan güç türü, 4- 15-49 yaş kadın grubunun ziyaret edilmesi gereken süre

(ay), 5- Bireyin eylem ya da koruma sürdürme aşamasında iken gerilemesi, 6- Dünyada yaralanmaların meydana geliş nedenlerinden biri, 7- Normalin on katına kadar iyot yüklenmesine neden olabilen bir besin, 8- Üreme sistemi,işlevleri ve sürecine ilişkin bütün alanlarda hastalık ve sakatlık olmaması, 9- İyot yüklenmesine neden olabilen bir ilaç, 10- Sağlıkta mevcut yapıların yerine kurulan kurum (kısaltma), 11- Bireyin istenen davranışa tümüyle uyum sağlaması, 12- İdrarın rahat yapılmasına yardımcı olan bir araç, 13- Beş yaş altı çocuk grubunda görülen bir yaralanma nedeni, 13- Bebeğin yürümeyi öğrenmesine yardımcı olabileceği düşünülen nesne, 14- Yürütecin neden olabildiği bir postür bozukluğu, 15- Bebeğin kaslarını koordine etmesine yardımcı olan bir süreç, 16- Ülkemizde de kullanılan bir tütün kullanım aracı, 17- Değişikliğin gerçekleşmesi için kişinin kendi davranışını ve çevresini aktif olarak değiştirmesi, 18- Evde yürüteç bulunmasının kaza riskini artırma miktarı. 19- Üreme sağlığının temel bir bileşeni, 20- Tütün çiğneme şekillerinden biri, 21- Sıkıca sarılıp fermente edilen ve kurutulmuş tütün, 22- Yürüteç kazalarının en fazla etkilediği organ, 23- İyot yükü karşısında tiroid bezinin hormon üretimini azaltması ve durdurması fenomeni.

STED Eylül 2007 Ödüllü Bulmaca Doğru Yanıtları:

1- Derin Depresyon, 1- Davranışsal Tedavi (YA), 2- Dorsogluteal, 3- Lamotrijin, 4- Bilişsel Gelişim, 5- Ketlenmiş, 6- Öksürük, 7- Üriner Enkontinans, 8- Üç, 9- Cinsel Eğitim, 10- Kegel Egzersizi, 11- DEHB, 12- Elektronik Sigara, 13- Tepkisel Bağlanma, 14- Sağlıksız Bakım, 15- Tiazolidinedionlar, 16- Erken Doğum, 17- Aprotinin, 18- Rosiglitazon, 19- Zelman, 20- Pubokoksigeal Kaslar, 21- Snus, 22- Safiye Ali, 23- Ambivalan, 24- Oseltamivir, 25- Balkon İçicileri.