



---

Kadınların Üriner Enkontinans ve Kegel Egzersizi Hakkında Bilgi Düzeyleri	129
Okul Öncesi Dönem Çocuğu Olan Anne ve Babaların Çocuklara Cinsel Eğitim Konusundaki Yaklaşımlarının İncelenmesi	134
Tepkisel Bağlanma Bozukluğu	143

---



## 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  
 Doç. 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 Doç. 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. Banu Mutlu

## 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](mailto:sted@ttb.org.tr) İnternet: [www.ttb.org.tr/STED](http://www.ttb.org.tr/STED)  
 STED Okurları Haberleşme Listesi: [stedokur@yahoo.com](mailto: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: 11 Ocak 2008

## Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED)

Türk Tabipleri Birliği tarafından birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan  
 hekimlerin sürekli eğitimi için aylık olarak yayımlanmaktadır.  
 STED, TÜBİTAK TÜRK TIP DİZİNİ içinde yer almaktadır.  
 Abonelere ücretsiz gönderilir.

## Bu Sayıda

Cilt 16  
 Sayı 9  
 Eylül 2007

## Araştırma

## Kadınların Üriner Enkontinans ve Kegle Egzersizi Hakkında

## Bilgi Düzeyleri

129

Dr. Özgür Alparslan, Dr. Gülbahtiyar  
 Doğaner, Ebe Meryem Çiftçi

## Okul Öncesi Dönem Çocuğu Olan Anne ve Babaların Çocuklara Cinsel Eğitim

## Konusundaki Yaklaşımlarının İncelenmesi

134

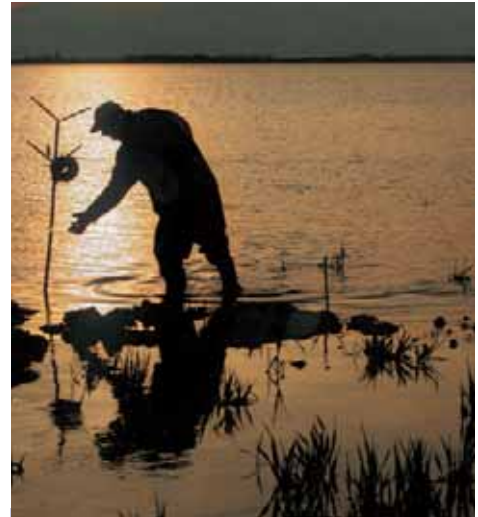
Dr. Ercan Göçgeldi, Dr. Hakan Tüzün,  
 Dr. Türker Türker, Dr. Işıl Şimşek

## Derleme

## Tepkisel Bağlanma Bozukluğu

143

Dr. A. Şebnem Soysal, Dr. Şahin Bodur

Kapak Fotoğrafı:  
"Günün Ardından"

Dr. Serkan Akıncı, Konya  
 TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2006  
 Kapak Ödülü



### Merhaba

Sana uzun sayfalarca yapacaklarımı, yarına ilişkin umutlarımı yaşanmışlıklara eklemek, yazarken kendimi sınırlamadan, kendimden – kimseden çekinmeden yazmak istiyorum. Bu isteğim kimi zaman birkaç sayfa karalamadan, kimi zaman da daha kalemi elime almadan geçiyor.

Biliyor musun korkuyorum? Zamanın hızla geçtiğinden değil, bunca gelip geçene, olup bitene duyarsızlıktan çekiniyorum.

Anımsanmamaktan, daha çok anımsayamamaktan tedirginim. Yaşanmışlıklarımı not düşmezsem, yazmazsam benim, bizim olmaktan çıkacaklarından, yaban kalacaklarından korkuyorum. Yaşarken, hava soluyup su içerken geçmişinden uzak düşmenin insanı kurutacağını düşünüyorum. İnsanın kendini bilmeden – bilerek yavaş yavaş öldürebileceğini, bitirebileceğini derinden hissediyorum.

Gerçekten bir insanı öldürmek tüm insanları öldürmek gibi midir? Ya da bir insanı kurtarmak tüm insanları yaşama bağlamak kadar değerli midir? Yaşamı böylesine önemsemeden, hekimlik yapılabilir mi? Bu sorumluluk bir insanın taşıyabileceği türden midir? Sürekli bilincinde olursa bu sorumluluk, yaşamın kıyıcığında dolaşan, pamuk iplikleri ile tutunanlara el veren insanı tüketmez mi?



Fotoğraf: "Bu Gidiş Uzaklara" Dr. Nahide Köroğlu, Balıkesir STED Fotoğraf Yarışması 2006 Sergi Ödülü

Ölüm ve yaşam arasında sarkacın kollarında, bu gidip gelmeler, salınımlar, günlük yaşam içerisinde insanı -bir metal yorgunluğu gibi- için için, yavaş yavaş bitirmez mi? Belki de bu süreklilik, başlangıçsızlık, bitişsizlik peşine pek düşülemeyecek, üzerine düşünülemez kadar ağır gelmekte insana. Onu doğallığına bırakmak insanın işine gelmekte, sıradanlaştırmak, aynılaştırmak yaşanılmasını, kabullenilmesini kolaylaştırmakta.

O olup biteni, onların içerisinde kendimizi aramak, bulduklarımızla yüzleşmek, farkında olduklarımızla yetinmek... Bir işin gücün peşinde ister çeken, ister iten ol, olduğunu san, yaşamı sürdürmek...

Büyütülmesi, geliştirilmesi, başarılması gerekenler arasında çabalamak. Bu gerekliliklerin bir bölümünü kendimiz, kendi ellerimizle büyütüp geliştirip ortaya koyuyoruz. Doğru mu, yanlış mı yapıyoruz? Kimin doğrusuna cetvel çekip gönye koyuyoruz? Geriye baktığımızda, eğer bakabiliyorsak geleceğe, bir insan için, onun yaşama daha sıkı sıkıya tutunması için, umudunu birazcık olsun artırmak için, acısını dindirmek, gülümsetmek için, mutlu etmek için çabamız bizlere hep iyi geldi, mutlu etti. Yaşama bağlıdı. Bugüne kadar bu kadarını belledik, yaşadıklarımız bize bunu öğretti.

İlkbaharlar kadar hüznün mevsimi güz aylarını içtenlikle karşılamamız, soğuğa, karla kaplanan doğaya, yeniden başlanılacak cemre koşuşturmasına hazırlanmamız, bir bebeğin mis kokusunda, bir ninenin sınımsız ellerinde tutunuşumuz boşuna değil.

sana uzun,  
sayfalarca  
yapacaklarımı, yarına ilişkin  
umutlarımı yaşanmışlıklara eklemek,  
yazarken kendimi sınırlamadan,  
kendimden – kimseden  
çekinmeden  
yazmak istiyorum.  
bu isteğim  
kimi zaman birkaç sayfa karalamadan,  
kimi zaman da daha kalemi elime almadan  
geçiyor...

Bana, sana, bize uzun uzun, sayfalarca yazmak istiyorum.

**Bilimsel ve dostça kalın.**

# Kadınların Üriner Enkontinans ve Kegel Egzersizi Hakkında Bilgi Düzeyleri

Information Levels on Urinary Incontinence and Kegel Exercises in Women



Dr. Özgür Alparslan\*, Dr. Gülbahtiyar Doğaner\*\*, Ebe Meryem Çiftçi\*\*\*

## Öz

Bu araştırma, Sivas'taki 15-65 yaş grubu kadınların üriner enkontinans ve Kegel egzersizi ile ilgili bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Sivas ilindeki sekiz merkez sağlık ocağında uygulama yapan ebelik öğrencilerinin ziyaret ettikleri evlerdeki 15-65 yaş grubu kadınlar araştırmanın evrenini oluşturmuş olup, bu evlerden rastgele örnekleme yöntemine göre seçilen bir kadına, geliştirilen soru formu yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Toplam 317 kadınla görüşülmüştür.

Araştırmada veriler, kadınların tanıtıcı özellikleri, üriner enkontinansı ve Kegel egzersizlerini içeren 22 sorudan oluşan soru formuyla toplanmıştır.

Araştırmada elde edilen veriler SPSS 10.0 programına yüklenerek değerlendirilmiştir. Veriler kişi sayısı ve yüzdesi biçiminde tablolaştırılmıştır.

Araştırma sonucuna göre; kadınların %84.2'si idrar kaçırmayı bir hastalık olarak tanımlamakta olup, %92.4'ü idrar kaçırmaya sorunu olduğunda doktora gidebileceğini belirtmiştir. Araştırma kapsamına alınan kadınların %86.8'i hapsirdiğinde, oksürdüğünde ve güldüğünde, %61.2'si ise stresli olduğu dönemde idrar kaçırmaya olacağı ile ilgili yeterli bilgiye sahipti. Kadınların %60.5'i normal doğumun idrar kaçırmaya üzerine etkisinin olduğunu bilmediklerini belirtmişlerdir. Kadınların %100'ünün Kegel egzersizi hakkında bilgisinin olmadığı saptanmıştır.

Bu çalışmada sonuç olarak; kadınların üriner enkontinans konusunda yeterli düzeyde bilgiye sahip olmadıkları, Kegel egzersizleri konusunda ise hiç bilgilerinin olmadığı belirlenmiştir. Bu doğrultuda idrar enkontinansından korunmak için kadınlara idrar enkontinansı ve Kegel egzersizleri konularında, özellikle hemşire ya da ebeler tarafından sağlık eğitimleri verilmesi önerilmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** 15-65 yaş grubu kadınlar, üriner enkontinans, Kegel egzersizi.

## Giriş

Yaşam kalitesini bozarak hastayı kısıtlayan ve psikolojik sorunlara neden olan üriner enkontinans tüm yaş grubundaki kadınları etkileyebilmektedir. Özellikle yaşlı kadın popülasyonunda üriner enkontinans prevalansı

## Abstract

This descriptive study was carried out in Sivas in order to determine the levels of knowledge on urinary incontinence and Kegel exercises in women aged 15-65. The universe of the study consisted of women aged 15-65 who were visited in their houses by midwifery students working in the eight central health centers in the province of Sivas. Among them, a total of 317 women were chosen by random sampling and interviewed face-to-face, using a questionnaire form.

The research data was collected by a questionnaire form consisting of 22 questions regarding personal information, urinary incontinence and Kegel exercises. The research data were analysed using the SPSS (vers: 10.0) computer program. The data have been put into tables according to percentages and number of people.

According to the results of this research, 84.2% of the women stated that incontinence was an illness and 92.4% stated that if they had an incontinence problem they could go to a doctor. 86.8% of the women sampled in this study had sufficient knowledge that sneezing, coughing and laughing could cause incontinence and 61.2% knew that incontinence could occur during periods of stress. 60.5% of the women stated that they did not know that normal labor had an effect on incontinence. It was determined that 100% of women had no information about Kegel exercises.

In conclusion, it has been determined that the women did not have adequate information about urinary incontinence and had no information at all about Kegel exercises. It is recommended that women be given health education, especially by midwives and nurses, about urinary incontinence and Kegel exercises to help prevent incontinence.

**Key words:** Women aged 15-65, urinary incontinence, Kegel exercises.

daha fazla görülmektedir (1,2,3,4,5). ABD'de yıllık tedavi maliyetinin, hemşirelik bakımı ile birlikte yaklaşık olarak 16.4 milyar dolar dolayında olduğu tahmin edilmektedir. Bu da enkontinans sorununun, birey ve ülke ekonomisine oldukça fazla bir yük getirdiğini göstermektedir (6).

\*Yrd. Doç.; Cumhuriyet Ü. Sağlık Yüksekokulu Sivas

\*\*Arş. Gör.; Cumhuriyet Ü. Sağlık Yüksekokulu Sivas

\*\*\*Ebe. Cumhuriyet Ü. Sağlık Yüksekokulu Sivas



Kırsal kesimde bu sorun kadınlar tarafından yaşanmaya bağlı doğal bir sorun gibi görülüp doktora gidilmesini engellerken, kentlerde ve özellikle çalışan kadınlarda idrar kaçırma derin depresyon, yalnızlık duygusu ve sosyal ilişkilerde bozulmaya (idrar kokusu, ıslaklık hissi nedeniyle) yol açmaktadır. İdrar kaçırma kadın tarafından saklanan, öz saygıyı düşüren genellikle utanılacak bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (7,8). Kadınların ömürlerinin uzaması ile sorun daha da büyümektedir. Bu nedenle üriner enkontinans sağlık çalışanlarının özel olarak üzerinde durması gereken bir sağlık sorunudur. Kadın sağlığını geliştirmek için kadınlarda üriner enkontinans gelişimini önlemek ve aktif rol almak hemşire ve ebelerin önemli sorumluluklarındandır (3). Özellikle son yıllarda, üriner enkontinans tedavisinde yan etkisinin bulunmaması, invaziv olmaması ve maliyetinin düşük olması gibi nedenlerden dolayı üriner enkontinans tedavisinde davranışsal tedavi yöntemleri daha fazla ilgi görmektedir. Hemşire ve ebelerin, kadınların sağlıklı yaşam süremlerini sağlamada davranışsal tedavi yöntemlerini bilmeleri; üriner enkontinans sorunlarını tanımlayarak tedavisine yardımcı olmaları ve kadınlara da bu yöntemleri öğretmeleri önemlidir (8).

Çalışmanın amacı; hemşire ve ebelere veri sağlamak, elde edilen verileri paylaşmak ve yine kadınlar yararına kullanmak için Sivas'taki 15-65 yaş grubu kadınların üriner enkontinans ve Kegel egzersizi ile ilgili bilgi düzeylerini belirlemektir.

### Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı olarak planlanan araştırma, Sivas ili merkezindeki 8 sağlık ocağına (Alibaba, Aydoğan, Çayyurt, Emek, Esentepe, Gökmedrese, Kızılırmak ve Mimar Sinan) bağlı evlerde uygulama yapan ebelik öğrencilerinin ziyaret ettikleri evlerdeki 15-65 yaş grubu kadınlar araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Bu evlerden rastgele örnekleme yöntemine göre seçilen bir kadına, geliştirilen soru formu yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Toplam 317 kadınla görüşülmüştür.

Araştırmada veriler, literatürün taranması sonucu araştırmacılar tarafından oluşturulan, kadınların tanıtıcı özelliklerini, üriner enkontinansı ve Kegel egzersizlerini içeren 22 sorudan oluşan soru formuyla toplanmıştır. Araştırmada elde edilen veriler SPSS 10.0

programına yüklenerek değerlendirilmiştir. Veriler kişi sayısı ve yüzdesi şeklinde tablolaştırılmıştır.

### Bulgular

Araştırmaya alınan kadınların %34,1'inin 15-24 yaş, %28,4'ünün 25-34 yaş, %21,1'inin 35-44 yaş, %16,4'ünün 45 yaş ve üzerinde olduğu; %67,8'inin evli, %26,2'sinin bekar ve %6'nın ise dul olduğu belirlenmiştir. Kadınların %12,6'sının okur yazar değil/okur yazar, %42,6'sının ilkökul, %8,5'inin ortaokul, %22,7'sinin lise ve %13,6'sının ise üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Kadınların %70,3'ünün ev kadını, %2,2'sinin işçi, %3,5'inin memur, %4,1'inin serbest meslek, %0,9'unun emekli ve %18,9'unun da öğrenci olduğu belirlenmiştir.

Üriner enkontinans ile ilgili bilgi ve görüşleri incelendiğinde; kadınların %84,2'sinin, idrar kaçırma rahatsızlığını bir hastalık olarak algıladığı belirlenmiştir. Kadınların %92,4'ü idrar kaçırma sorunu olduğunda doktora gideceğini, idrar kaçırma sorunu yaşadıklarında ise %83,6'sı bu rahatsızlığını biriyle paylaşabileceğini ifade etmiştir. "İdrar kaçırma sorunu olan kadınlar tuvalete yetişene kadar idrarlarını tutabilirler mi" sorusunu; kadınların %57,4'ü "tutamazlar", idrar kaçıran kadınlar "idrarın tümünü boşaltmadan bir bölümünü tutabilirler mi" sorusunu %37,9'u "tutabilirler", %39,4'ü "tutamazlar" şeklinde yanıtlamıştır (Tablo 1).

Araştırma kapsamına alınan kadınların %86,8'i hapşırtdıklarında, öksürdüklerinde ve güldüklerinde kadınların idrar kaçırmayacağını ifade ederken, %7,9'u kadınların idrar kaçırmayacağını, %5,4'ü ise bilmediğini açıklamıştır. "Kadınların stresli oldukları dönemde idrar kaçırmaları artar mı?" sorusuna; %38,8'i "artar", %22,4'ü "artmaz" ve %38,8'i "bilmiyorum" yanıtını vermiştir. "İdrar enkontinansı olan kadınların cinsel ilişki sırasında idrar kaçırp kaçırmadığı sorulduğunda %20,8'i evet "idrar kaçırlar", %30,9'u hayır "idrar kaçırmazlar", %48,3'ü ise bilmiyorum yanıtını vermişlerdir (Tablo 1).

Araştırma kapsamına alınan kadınların %74,8'i idrar enkontinanslı kadınların gece idrar yapmak için kalktıklarını ifade etmiştir. "Uykuda istemsiz idrar kaçırlar mı?" sorusuna ise %67,5'i evet, %19,2'si hayır, %13,2'si bilmiyorum şeklinde yanıt vermiştir.

**Tablo 1.** Kadınların idrar kaçırma hakkındaki bilgi ve görüşleri (n: 317)

İdrar kaçırma ile ilgili bilgi ve görüşler	Evet		Hayır		Bilmiyorum		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İdrar kaçırma bir hastalıktır*	267	84,2	23	7,3	27	8,5	317	100
İdrar kaçırma sorunum olunca doktora giderim*	293	92,4	18	5,7	6	1,9	317	100
İdrar kaçırma sorunum olsa bu sorunu biriyle paylaşabilirim*	265	83,6	40	12,6	12	3,8	317	100
Tuvalete yetişene kadar idrarını tutabilirler**	107	33,8	182	57,4	28	8,8	317	100
İdrar yaparken idrarın tümü boşalmadan bir bölümünü tutabilirler**	120	37,7	125	39,4	71	22,4	317	100
Hapşırıklarında, öksürüklerinde, güldüklerinde idrar kaçırlar*	275	86,8	25	7,9	17	5,4	317	100
Stresli oldukları dönemde idrar kaçırmaları artar*	123	38,8	71	22,4	123	38,8	317	100
Cinsel ilişki esnasında idrar kaçırlar*	66	20,8	98	30,9	153	48,3	317	100
Gece idrar yapmak için kalkarlar*	237	74,8	54	17,0	26	8,2	317	100
Uykuda istemsiz idrar kaçırlar*	214	67,5	61	19,2	42	13,2	317	100
Normal doğum yapma idrar kaçırma etkiler*	125	39,4	74	23,3	118	37,2	317	100

\*Evet yanıtı soruların doğru yanıtı

\*\*Hayır yanıtı soruların doğru yanıtı olarak kabul edilmiştir.

Yine kadınların %60.5'inin "normal doğum yapmanın idrar kaçırma etkisinin olduğunu" bilmediği saptanmıştır (Tablo 1).

Kadınlara Kegel egzersizleri hakkında ne bildikleri sorulduğunda; %100'ünün Kegel egzersizi hakkında hiçbir bilgisinin olmadığı belirlenmiştir.

### Tartışma

Kadınların çoğunluğunun idrar kaçırma sorununu hastalık olarak tanımlamaları ve yine tamamına yakınının bu sorunu yaşadığında doktora gideceğini ifade etmesi, kadınların kendi sağlıklarını önemsedikleri ve duyarlı olduklarını düşündürmektedir. Üriner enkontinans sık görülmesine, geçmiş yıllarda hekim ve hasta tarafından fazla önemsenmemesine karşın, günümüzde bu sorun yüzünden hijyenik ve psikososyal travmaya uğrayan kadınların çoğu artık kadın sağlığı ve hastalıkları uzmanlarına başvurmaktadır (9). Çalışmanın sonuçlarının da literatürdeki bu bilgi değişimini desteklediği gözlenmektedir. Yine bu çalışmada kadınların tamamının olumlu bir geribildirimde bulunarak, bu sorunu bir başkası ile paylaşabileceğini söylemesi sevindiricidir. Kadınların sağlık durumlarını etkileyen etmenlerin artık kadınlar tarafından önemsenmeye başlanması, tabuların yıkılması olumlu bir değişimdir. Bu da erkenden kadınların yardım almalarına katkı sağlayacak

ve tedavi maliyetlerini düşürerek ülke ekonomisine katkı sağlayacaktır (6).

Kadınların idrar kaçırma ile ilgili bilgilerine bakıldığında üriner enkontinans konusunda yeterli düzeyde bilgiye sahip olmadıkları birkaç, önemli bulguyu bilirken, idrar kaçırma nedenleri hakkında yeterli bilgilerinin olmadığı belirlenmiştir.

Yaşam kalitesini bozarak sosyal yaşamını kısıtlayan ve geç tanılandığında ülke ekonomisine büyük yük getiren bu sorunun çözümlenmesine katkı sağlaması açısından, kadınların daha iyi bilgilendirilmesinin gerekliliği açıktır (6,10). Özellikle son yıllarda üriner enkontinans tedavisinde, yan etkilerinin olmaması ve maliyetinin düşük olması nedeniyle davranışsal tedavilerin artması, hemşire ve ebelerin davranışsal tedavi öğretilerine katkı sağlaması, kadınlara bu yöntemleri öğretmesi önemlidir (3). Bu çalışma sonucunda kadınların Kegel egzersizlerini hiç duymamış ve bilmiyor olmaları da bu öğretinin ne kadar önemli olduğunu ortaya koymaktadır (3,6). Kadınlarda enkontinans prevelansının yüksek olması ve her yaş döneminde görülmesine karşın Kegel egzersizlerini bilmemelerinin nedeni, sağlık personelinin bu konuda gerekli bilgilendirmeyi yapmaması olabilir. Davranışsal tedavi yöntemleri arasında olan ve maliyeti ucuz olan bu yöntem kullanılmadığında, kesin sonuç vermeyen ve maliyeti yüksek olan cerrahi yöntemler

gerekebilmektedir. Önemli olan bir rahatsızlığı en az maliyetle tedavi etmek ve yan etkisi az olan yöntemleri kullanmaktır (3). Hemşire ve ebeler erken tanı ve sorunun ilerlemesini önlemede tanımlayıcı, bakımı kolaylaştırıcı, danışman, eğitici ve araştırmacı rolleriyle ön plana çıkmaktadırlar (8).

## Sonuç ve Öneri

Bu çalışmada sonuç olarak; kadınların üriner enkontinans konusunda yeterli düzeyde bilgiye sahip olmadıkları, Kegel egzersizleri hakkında tamamının bilgisinin olmadığı belirlenmiştir. Bu doğrultuda idrar

### Pelvis Tabanı Kaslarını Güçlendirmenin Yolu: Kegel Egzersizi

#### Kegel Egzersizi (Pelvik Kas Egzersizi) Nedir?

Pelvis tabanı adı verilen bölgede, yani kemik çatının alt bölümünde bulunan, idrar yapma gereksinimi hissedildiğinde ve koşullar idrar yapmak için hazır olduğunda kadın tarafından çalıştırılan kas grubuna pelvis tabanı kasları adı verilir. Bu kaslar daha derinde yer alan kaslarla birlikte çalışarak dışkılama işlevinin yerine getirilmesini ve pelvik yapı içinde yer alan organların sarkmadan burada kalmasını da sağlarlar.

Pelvis tabanını oluşturan kasların eğitilmesi, bu egzersizleri tanımlayan Dr. Kegel' in adı ile anılır. İdrar akımını durduran kaslar pubokoksigeal kaslardır ve Kegel egzersizi bu kaslarla yapılır. Kegel egzersizlerinin amacı, yıpranmış ve güçsüz düşmüş olan ve bu nedenle idrarın uygunsuz bir zamanda boşalmasına neden olan bu kas gruplarının güçlenmesini ve işlevlerini daha iyi yerine getirmesini sağlamaktır. Bu egzersizler halter kaldırmaya benzer: ağırlık kaldırdıkça kol kasları nasıl güçlenirse bu egzersizleri uyguladıkça pelvis tabanı kasları güçlenir ve idrar tutamama sorununun ameliyat gerektirmeden azaltılması sağlanır.

#### Kegel Egzersiz Çeşitleri

1. Duvarda ayakta pelvik hamle,
2. Hareketsiz postür düzeltmek,
3. Ayakta bel bükme (geriye doğru),
4. Yere köprü yapmak,
5. Yüzükoyun basıp kalkmak,
6. Yerde dirsekle destek.

#### Nasıl ve Ne Sıklıkla Uygulanır?

Bu testleri uygulamaya geçmeden önce hangi kas gruplarını çalıştırmak gerektiği bilinmelidir. Pelvis tabanı kaslarını algılamak için aşağıdaki iki testten biri uygulanır:

1- İdrar yaparken idrarı yarıda kesmek için hangi kasların kullanıldığına dikkat edilir. Bu kasları kasarken karın ve kalça kaslarının gevşek olmasına çalışılır.

2- Yukarıdaki teknik zor geliyorsa vajinanın içine işaret ve orta parmakları yerleştirilir ve parmaklar sıkıştırılmaya çalışılır. Bu iki test esnasında çalışan kaslar, Kegel egzersizleri sırasında çalıştırılacak kaslardır (Resim 1).

Kegel egzersizleri evde, işyerinde, yolda, kısacası her yerde uygulanabilir ve dışarıdan bu egzersizlerin uygulandığı anlaşılmaz. Bu egzersizler her gün düzenli olarak (günde en az üç kez) uygulanmalı ve alışkanlık haline getirilmelidir.

Kegel egzersizinde, pelvis tabanını oluşturan kaslar tüm güç ile kasılır ve bir süre tutulur. Sonra da, tam aksi bir güçle sanki bu kasları dışarı atacak gibi güç vermek de bir yöntemdir. Önerilen bir başka yöntem de, ayakta ya da otururken bacakların hafifçe aralanmasıdır. Pelvis kasları yavaş yavaş kasılarak en üst düzeye çıkılır. Sonra gevşetilir.

Her birim egzersiz esnasında pelvis tabanı kasları 3-10 saniye süreyle kasılır ve bu kadar bir süre ara verilir. Bu arka arkaya 5-10 kez uygulanır. Bu birim egzersizi günde beş kez yapmak bireyin egzersizlerden en üst düzeyde yarar görmesini sağlayacaktır. Egzersizlerde aşırıya kaçmamak ve idrar yaparken bu egzersizleri uygulamamak önemlidir. Egzersizler esnasında normal nefes alıp vermeye ve yalnızca pelvis tabanı kaslarının çalışıyor olmasına dikkat etmek gerekir. 4-6 hafta arasında sonuç görülmeye başlar. Şimdi egzersizi adım adım ele alalım:

- 1- İlk önce mesane boşaltılmalıdır.







# Okul Öncesi Dönem Çocuğu Olan Anne ve Babaların Çocuklara Cinsel Eğitim Konusundaki Yaklaşımlarının İncelenmesi

The Investigation of Attitudes of Parents of Preschool Children towards Sexual Education



Dr. Ercan Göçgeldi\*, Dr. Hakan Tüzün\*\*, Dr. Türker Türker\*\*, Dr. Işıl Şimşek\*\*\*

## Öz

Çocuklara yaşına uygun bir biçimde cinsel eğitim verilmesi ve anne-babaların bu konuda bilinçlendirilmesi; cinsel sağlık ve cinsel istismardan korunabilmeleri açısından önemlidir. Bu çalışmada, bir kreşe devam eden 3-6 yaş grubundaki 60 çocuğun anne ve babalarının; çocuklarına cinsel eğitim verme sıklıklarını, çocuklarının cinsel eğitimi konusundaki bilgi ve tutumlarını belirlemek amaçlanmıştır. Her bir çocuğun anne ve babası tarafından doldurulabilecek biçimde hazırlanan anket formları veri toplama aracı olarak kullanılmıştır.

Çalışmaya katılan annelerin (n=58) ve babaların (n=60) sırasıyla %96,6'sı ve %93,3'ü çocuklara cinsel eğitim verilmesinin gerekli olduğunu düşünmekte, %70,7'si ve %55,0'i cinsel eğitimin anne baba tarafından verilmesi gerektiğini düşünmekte, %74,1'i ve %61,7'si çocuklarına cinsel eğitim verdiğini belirtmektedir. Cinsel eğitim vermeme nedenleri içinde ilk sırada annelerde %46,6 ve babalarda %39,1 ile "nasıl yaklaşım göstereceğinin bilememe" yer almaktadır.

Annelerin (n=58) ve babaların (n=59) sırasıyla %39,7'si ve %47,5'i çocuğunun cinsel gelişimi hakkında yeterince bilgiye sahip olmadığını, %79,3'ü ve %71,2'si cinsel eğitime konu ile ilgili soruların sorulmaya başlandığı zaman başlamak gerektiğini düşünmektedir.

Hem anneler hem babalarda çocuğun cinsiyetine, ebeveynlerin eğitim düzeyine, mesleklerine, yaş gruplarına ve ailenin aylık gelirine göre cinsel eğitim verme durumu için istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05).

Annelerin (n=58) ve babaların (n=59) sırasıyla %25,9'u ve %25,4'ü çocuğun cinsel organı ile oynayarak ya da sürtünerek uyarıldığını görmüştür.

Çocuklara cinsel eğitim verilmesinin gerekli olduğunu düşünenlerle cinsel eğitim verenlerin oranları arasındaki farka ve çocuğun cinsel özellikleri ile ilgili bilgilerinin yetersiz bulanların oranlarına bakarak, ebeveynlere yönelik eğitim programları geliştirilmesi önerilebilir. Cinsel eğitim verme durumu için ebeveynlerin sosyoekonomik değişkenlerine göre fark saptanmaması kültürel etmenlerin olası rolüne işaret edebilir.

**Anahtar sözcükler:** Çocuk, anne-baba, cinsel istismar, cinsel eğitim.

## Abstract

Providing children with age-appropriate sexual education and raising the awareness of parents are important for sexual health and protection from sexual abuse. This study was carried out by selecting 60 preschool children aged 3-6 from a kindergarden, and it aimed to determine how often their parents gave them sexual education and what their attitudes towards sexual education were. The questionnaire forms filled in by the parents were used as the tool for data collection.

Of the 58 mothers and 60 fathers who participated, respectively, 96.6% and 93.3% think that sexual education should be given to their children; 70.7% and 55.0% think that sexual education should be given by parents; 74.1% and 61.7% stated that they do give sexual education to their children. As the most common reason why parents do not give sexual education to their children, 46.6% of the mothers and 39.1% of the fathers selected "not knowing how to approach the issue".

39.7% of the mothers and 47.5% of the fathers think that they do not have enough information for the healthy sexual development of their children; and 79.3% of the mothers and 71.2% of the fathers think that sexual education should be started when the children start asking questions about the subject.

Both in mothers and in fathers, statistically significant associations were not detected between whether or not giving sexual education to their children and the sex of the child, the educational status, occupation, age group or income level of the parents (p> 0,05).

25.9% of the mothers and 25.4% of the fathers said that they had witnessed their children stimulating themselves by playing with or rubbing their genitalia.

Looking at the ratio of parents feeling inadequate about their knowledge on the sexual characteristics of their children and considering the difference between the ratios of parents who think sexual education should be given and of those who actually do, developing education programs for parents could be proposed. The fact that socioeconomic condition does not have an effect on giving sexual education could suggest that cultural factors may play a role.

**Key words:** Child, parent, sexual abuse, sexual education.

\*Yrd. Doç.; Gülhane Askeri Tıp Akademisi Halk Sağlığı AD. Ankara

\*\* Uzm.; Gülhane Askeri Tıp Akademisi Halk Sağlığı AD. Ankara

\*\*\*Prof.; Gazi Ü. Mesleki Eğitim Fakültesi Gıda ve Beslenme Eğitimi AD. Ankara

## Giriş ve Amaç

Çocukların zihinsel ve kişilik gelişiminin %70'i 0-6 yaş arasında tamamlanmaktadır. Bu süre içerisinde kazanılan davranış biçimleri, tüm yaşam boyunca sürmektedir. 0-6 yaş arasındaki çocuğun eğitiminde en önemli rol anne-babaya düşmektedir. Bu nedenle öncelikle anne-babanın bilinçlendirilmesi çalışmaları önem kazanmaktadır (1).

Okul öncesi dönemde yaşamın temelleri atılmaktadır. Bu dönemde öğrenme hızı çok yüksektir (2). Türkiye'de okul öncesi eğitim çağında 3-6 yaş arasında 4,5 milyon çocuk bulunmaktadır (1). Türkiye'de okul öncesi eğitim oranı %15'lerde olmasına karşın bu oranın gelişmiş ülkelerde %100 civarında oluşu, bu ülkelerde okul öncesi eğitime verilen önemi ortaya koymaktadır (1).

Doğumdan sonraki birinci yılda, bebeğin ilk cinsel uyarıları, yıkanma ve altının değiştirilmesi sırasında ortaya çıkmakta, 3-6 yaş döneminde çocuk dokunma yoluyla kendisini ve cinsel organlarını tanımaya, cinsel kimliğinin farkına varmaya başlamaktadır (3,4). Çocuklar, cinselliklerinin farkına vardıkları 3 yaşından itibaren, merak ve öğrenme duygusunun bir uzantısı olarak, zaman zaman ana babalarını şaşırtıp zor duruma düşürebilecek sorular sormaya başlamaktadırlar (3).

Çocuğun cinsellikle ilgili soruları karşısında ebeveynlerin susması ya da konuşma biçimleri ile kendilerini anlatmada serbest olmadıklarını çocuğa hissettirmeleri, çocukların doyumsuz bir merak edinmeleri ve suçluluk duygusuyla yüklenmeleriyle sonuçlanabilir (3). Bu durum; çocuğun yetişkin dönemdeki cinsel yaşamını olumsuz yönde etkileyecek, cinsel konuların konuşulmaması gereken konular olduğunu düşündürecek, cinsel istismar durumunda bunu saklama yoluna gitmesine yol açacak bir etmen olabilir (3). Sorgulama çağında çocuğun sorularının yadigarlanmaması, olağan karşılanması, olası değişik söz ve davranışlarının olgunlukla karşılanması, gelişim düzeyi dikkate alınarak, çocuğun istediği anda basit, kısa, gerçek, yalnızca istediği kadar bilgilerin endişesiz bir biçimde verilmesi, konuşma ve yaşam tarzıyla örnek olunması, çocukta sağlıklı bir cinsel kimliğin oluşması, çocuğun gelecekteki cinsel yaşamının mutlu ve sağlıklı olması ve sağlıklı bir mahremiyet duygusunun gelişmesi bakımından son derece

önemlidir (3). Anne-baba davranışlarına aşağıdaki örnekler verilebilir: Çocukla birlikte banyo yapmaması, kapalı bir odaya girerken kapının çalınması, banyo ve tuvalette iken kapının kapalı tutulması, ev içinde ve başka şahısların bulunduğu ortamlarda giyime dikkat edilmesi, 3-4 yaşından itibaren kendi kendine giyinmesinin öğretilmesi, vücudun kendisine ait olan bölümleri olduğu, bu bölgelere bakım, temizlik, inceleme ve tedavi amacı dışında anne-baba ve doktor dışında hiç kimse tarafından dokunulamayacağı bilincinin kazandırılması, iyi ve kötü dokunma arasındaki farkın ve kötü dokunmalarda nasıl yardım isteyebileceğinin öğretilmesi, eşlerin bazı sevgi davranışlarını çocuklara göstermemeleri (4).

Çocuklara cinsel eğitim verilmesiyle çocuklar bedeninin işlevlerini ve önemini öğrenecek, cinsellik konusuna doğal yaklaşacak, daha sonraki yıllarda cinsel konularda iletişim kurabilecek, cinsellikten utanç, suçluluk ve korku duymayacak, cinsel istismardan kendisini koruyabilecektir (5). Bunun uzun erimli toplumsal sonuçları; cinsiyete bağlı ayrımcılığın azalması, kadınların iş gücüne katılımının artması, istismarın azalması, doğurganlığın kontrol altına alınması olarak ortaya çıkabilir (5).

Bu çalışmada, bir kreş ve gündüz bakımevine 3-6 yaş grubundaki çocukların anne ve babalarının; çocuklarına cinsel eğitim verme sıklıklarının, çocuklarının cinsel eğitimi konusundaki bilgi ve tutumlarını belirlemek amaçlanmıştır.

## Gereç ve Yöntem

Kesitsel tipte planlanan bu çalışma, Mayıs 2006 tarihinde Ankara'da bir kamu kuruluşuna bağlı Kreş ve Gündüz Bakımevi'ne devam eden 3-6 yaş grubu 60 çocuğun anne ve babalarına uygulanmıştır. Annelerin ikisi kendi istekleri ile çalışma dışında kalmışlardır.

Kurumdan gerekli izin alınmasının ardından, Kreş ve Gündüz Bakımevi yönetimi ile temas kurulmuş, her bir çocuğun anne ve babası tarafından doldurulabilecek biçimde hazırlanan anket formları veri toplama aracı olarak kullanılmıştır. Anket formu, demografik özelliklerle ilgili 9, anne ve babaların çocukların cinsel eğitimi konusundaki bilgi ve tutumları ile ilgili 9, anne ve babaların çocukların cinsellikle ilgili sorularını yanıtlama biçimleri ile ilgili 4, çocukların anne babalarıyla

aynı odayı paylaşma ya da sabahları yanlarına gelip onlarla birlikte olma alışkanlıkları ile ilgili 3, anne ve babaların çocuklarda cinsellikle ilgili bazı davranışlar hakkındaki gözlem ve tutumları ile ilgili 5 olmak üzere toplam 30 sorudan oluşmuştur.

Veri girişi ve analizi için SPSS 11.00 programı kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir. İstatistiksel yöntem olarak X2 testi ve Mc-Nemar testi kullanılmıştır.

### Sonuçlar

Çocukların yaş ortalaması 4,7 (SD:0,9)'dir. Çocukların %61,7'si erkektir. Anne ve babaların eğitim durumları, meslekleri ve yaş grupları Tablo 1'de verilmiştir.

Anne ve babaların çocukların cinsel eğitimi konusundaki bilgi ve tutumları Tablo 2'de verilmiştir. Annelerin %96.6'sı ve babaların %93.3'ü çocuklara cinsel eğitim vermenin gerekli olduğunu düşünürken, annelerin %74.1'i ve babaların %64.7'si çocuklarına cinsel eğitim vermektedir. Cinsel eğitimi vermesinin uygun olduğu düşünülen kişiler içinde hem anneler (%70.7) hem babalar (%55.0) için ebeveynler ilk sırada yer almaktadır. Annelerin %60.3'ü ve babaların %52.5'i çocuğun cinsel gelişim özellikleri ile ilgili bilgi düzeyini yeterli bulmaktadır. Annelerin %79.3'ü ve babaların %71.2'si

çocuğun cinsel eğitiminin konuyla ilgili soruları sormaya başlamasıyla birlikte başlaması gerektiğini düşünmektedir.

Hem annelerde hem babalarda çocuğun cinsiyetine, ebeveynlerin eğitim düzeyine, mesleklerine, yaş gruplarına ve ailenin aylık gelirine göre cinsel eğitim verme durumu için istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ).

Hem anneler hem babalar için çocuğun cinsel gelişim özellikleri ile ilgili bilgi düzeyini değerlendirmesi, çocuğun cinsel gelişim özellikleri ile ilgili bilgi kaynakları, çocuğun cinsel eğitimine başlama zamanı hakkındaki düşünceleri, çocuğun karşı cinsin özelliklerini bilme gerekliliği hakkındaki düşünceleri, cinsel eğitimi vermesinin uygun olduğu düşünülen kişi bakımından çocuğun cinsiyetine göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ).

Anne ve babalar arasında çocuğa cinsel eğitim verme durumu ( $K = 0.682$ ) ve çocuğun cinsel gelişim özellikleri ile ilgili bilgi düzeyini değerlendirme ( $K = 0.785$ ) bakımından tutarlılık saptanmış; istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ).

Anne ve babaların çocukların cinsellikle ilgili sorularını yanıtlama biçimleri Tablo 3'tedir.

Çalışma grubundaki 60 çocuktan 14'ü (%23,3) ebeveynlerle aynı odada yatmaktadır; 30'unda (%50) sabahları ebeveynlerin yatağına gelip birlikte olma alışkanlığı vardır. Çocuğunda sabahları ebeveynlerin yatağına gelip birlikte olma alışkanlığı olan annelerin ve babaların sırasıyla 12'si (%40,0) ve 9'u (%30,0) çocuğun bu davranışını gelişiminin bir parçası olarak görmekte, 9'u (%30,0) ve 11'i (%36,7) zamanla geçeceğini düşünmekte, 9'u (%30,0) ve 10'u (%33,3) kendi yatağında yatması gerektiğini düşünmektedir.

Ebeveynle aynı odada kalma, sabahları ebeveyninin yatağına gelme, evde çıplak dolaşma bakımından çocuğun cinsiyetine göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ).

Anne ve babaların çocuklarda cinsellikle ilgili bazı davranışlar hakkındaki gözlem, tutum ve davranışları Tablo 4'tedir.

Hem anneler hem babalar için çocuğun cinsel organını kendi kendine oynayarak ya da sürtünerek uyardığını gözleme, çocuğun kendi cinsinden farklı davranışları olduğu gözlemi

**Tablo 1.** Anne ve babaların eğitim durumları, meslekleri ve yaş grupları (Ankara, 2006)

	Anne	Baba
Eğitim Durumu	n (%)	n (%)
İlkokul mezunu	0 (0,0)	3 (5,0)
Ortaokul mezunu	1 (1,7)	17 (28,3)
Lise mezunu	19 (31,8)	27 (45,0)
Üniversite mezunu	37 (63,8)	12 (20,0)
Yüksek lisans	1 (1,7)	1 (1,7)
Meslek		
Çalışmıyor	1 (1,7)	0 (0,0)
İşçi	2 (3,4)	3 (5,0)
Memur	49 (84,5)	37 (61,7)
Hakim	6 (10,3)	9 (15,0)
Serbest meslek	0 (0,0)	9 (15,0)
Öğretim üyesi	0 (0,0)	1 (1,7)
Subay	0 (0,0)	1 (1,7)
Yaş		
20-29	6 (10,0)	1 (1,7)
30-39	45 (75,0)	46 (76,7)
40-49	8 (13,3)	13 (21,7)
50 ve üzeri	1 (1,7)	0 (0,0)
Toplam	<b>58 (100,0)</b>	<b>60 (100,0)</b>

**Tablo 2.** Anne ve babaların çocukların cinsel eğitimi konusundaki bilgi ve tutumları (Ankara, 2006)

	Anne	Baba
<b>Çocuklara cinsel eğitim verilmesi gerekliliği</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
Gereklidir	56 (96,6)	56 (93,3)
Gerekli değildir	2 (3,4)	4 (6,7)
<b>Çocuğa cinsel eğitim verme durumu</b>		
Veriyor	43 (74,1)	37 (61,7)
Vermiyor	15 (25,9)	23 (38,3)
<b>Çocuğun cinsel gelişim özellikleri ile ilgili bilgi düzeyini değerlendirmesi</b>		
Yeterli	35 (60,3)	31 (52,5)
Yetersiz	23 (39,7)	28 (47,5)
<b>Cinsel eğitimi vermesinin uygun olduğu düşünülen kişi</b>		
Anne-baba	41 (70,7)	33 (55,0)
Uzman	13 (22,4)	19 (31,7)
Öğretmen	4 (6,9)	8 (13,3)
<b>Çocuğun cinsel gelişim özellikleri ile ilgili bilgi kaynakları</b>		
Konu ile ilgili kaynaklar	45 (77,6)	33 (55,0)
Görsel ve yazılı basın	8 (13,8)	14 (23,3)
Konu ile ilgili uzman kişi	2 (3,4)	5 (8,3)
Yakın çevre	3 (5,2)	8 (13,3)
<b>Çocuğun cinsel eğitimine başlama zamanı hakkındaki düşünceleri</b>		
Konu ile ilgili soruları sormaya başlamasıyla	46 (79,3)	42 (71,2)
3 yaştan sonra	9 (15,5)	9 (15,3)
İlkokula başlarken	2 (3,4)	5 (8,5)
Ergenlikte	1 (1,7)	3 (5,1)
<b>Çocuğun karşı cinsin özelliklerini bilme gerekliliği hakkındaki düşünceleri</b>		
Gereklidir	58 (100,0)	51 (86,4)
Gerekli değildir	0 (0,0)	8 (13,6)
<b>Çocuğun cinsel konularla ilgili sorularını yanıtlama biçimleri</b>		
Çocuk eğitimi ve psikolojisine yönelik kitaplardan edinilen bilgileri aktarmak	32 (55,2)	27 (45,0)
Kaynağa başvurmadan bildikleriyle açıklamak	18 (31,0)	24 (40,0)
Büyükdüğün zaman öğrenirsin deyip konuyu kapatmak	5 (8,6)	4 (6,7)
Kaynağa başvurmadan bildikleriyle geçiştirerek yanıtlamak	3 (5,2)	4 (6,7)
Bu tip soruların ayıp olduğunu ve konuşulmaması gerektiğini söylemek	0 (0,0)	1 (1,7)
<b>Çocuğuna cinsel eğitim vermeyen ana babaların eğitim vermeme nedenleri</b>		
Eğitime başlamak için nasıl yaklaşım göstereceğini bilememek	7 (46,7)	9(39,1)
Erken bilgilendirmenin yanlış olacağını düşünmek	3 (20,0)	6 (26,1)
Açıklamaların ardından daha detaylı soruların sorulmasından korkmak	1 (6,7)	6 (26,1)
Yeterli bilgiye sahip olmadığından nasıl açıklama yapacağını bilememek	2 (13,3)	2 (8,7)
Soru sormadığı için açıklamada bulunmamak	2 (13,2)	0 (0,0)

bakımından çocuğun cinsiyetine göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

### Tartışma

Ebeveynlerin okul öncesi dönemde çocuklarına verecekleri temel bilgiler çocukların ileriki yaşamlarında biçimlenecek davranış kalıplarının alt yapısını oluşturacağı için sağlıklı cinsel yaşama sahip yeni nesillerin yetiştirilmesinin koşullarını oluşturur.

Çocuklarda ortaya çıkan patolojik cinsel davranışlar, cinsel istismar ya da çocuğun aile

çevresinin özellikleri ile ilgili sorunlardan kaynaklanabilmektedir (6). Olağan olmayan cinsel davranışların gözlenmesi cinsel istismara uğramış çocukların farkına varılabilmesi için yol gösterici niteliktedir (7). Okul öncesi çocuklarda olağan olan ve olmayan cinsel davranışların saptanması, sorunlu cinsel davranışların tanımlanabilmesine olanak tanır (6). Diğer yandan ayrıntılara inildiğinde gelişme geriliği olan çocuklarda olduğu gibi cinsel davranış örüntüleri farklı kategorideki çocuklar arasında farklılık gösterebilmektedir (8).

Çalışmamız Ankara il merkezindeki bir



**Tablo 3.** Anne ve babaların çocukların cinsellikle ilgili sorularını yanıtlama biçimleri (Ankara, 2006)

	Anne	Baba
<b>Karşı cinsle aradaki farkın ne olduğu sorulduğunda yanıtlama biçimleri</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
Kızlarla erkeklerin cinsel organları farklıdır	32 (55,2)	28 (47,5)
Biraz daha büyüdüğü zaman anlatacağını söylemek	6 (10,3)	7 (11,9)
Kızlar oturarak erkekler ayakta çiş yapar	5 (8,6)	8 (13,6)
Kızlar etek giyer erkekler pantolon	4 (6,9)	2 (3,4)
Kızların saçları uzundur erkeklerin kısa	2 (3,4)	2 (3,4)
Soruyu duymamış gibi davranma	1 (1,7)	2 (3,4)
Soru sorulmadı	8 (13,8)	10 (16,9)
<b>Çocuğun sorularını yanıtlarken kullanılan örnekler</b>		
Anne baba arasındaki sevgi ve ilgiden örnek vererek	37 (63,8)	33 (55,9)
İnsanlardan örnek vererek	19 (32,8)	24 (40,7)
Hayvanlardan örnek vererek	2 (3,4)	2 (3,4)
<b>Bebeğin nasıl dünyaya geldiğine ilişkin soruları açıklama biçimleri</b>		
Annen ve baban evlendikten sonra anne karnında büyüdün	32 (55,2)	31 (52,5)
Seni annen dünyaya getirdi	12 (20,7)	13 (22,0)
Babanın spermi annenın yumurtası ile vücudunda birleşti, sen dünyaya geldin	8 (13,8)	7 (11,9)
Büyüyünce anlatacağını söyleme	2 (3,4)	3 (5,1)
Soruyu duymamış gibi yaparak konuyu değiştirme	1 (1,7)	0 (0,0)
Soru sorulmadı	3 (5,2)	5 (8,5)
<b>Çocuğun anne karnından nasıl çıktığına ilişkin soruyu yanıtlama biçimleri</b>		
Bebek anne karnından çıkar	28 (48,3)	28 (47,5)
Bebek zamanı gelince çıkar	13 (22,4)	10 (16,9)
Bebek annenın iki bacağı arasındaki delikten çıkar	7 (12,1)	9 (15,3)
Duymazlıktan gelip soruyu değiştirme	0 (0,0)	1 (1,7)
Soru sorulmadı	10 (17,2)	11 (18,6)

kamu kuruluşuna bağlı kreş ve gündüz bakımevine devam eden çocukların ebeveynlerini içerdiği için incelenenlerin çoğunlukla sosyoekonomik bakımdan görel olarak orta üst gruba ait, lise ya da üzeri eğitim sahibi memurlardan oluştuğu söylenebilir.

Anne ve babaların tamamına yakının çocuklara cinsel eğitim verilmesinin gerekli olduğunu düşünmelerine karşın, çocuklarına cinsel eğitim verenlerin oranının bunu anneler için yaklaşık %20 babalar için yaklaşık %30 farkla geriden izlemesi, karşılanmamış bilgi ihtiyacının bir işareti olarak görülebilir. Annelerin %39,7'sinin ve babaların %47,5'inin çocuğun cinsel gelişim özellikleri ile ilgili bilgi düzeyini yetersiz olarak değerlendirmiş olması bu tabloyu daha somutlamaktadır.

Çocuklara cinsel eğitimi vermesinin uygun olduğu düşünülen kişi olarak ilk sırada hem annelerin (%70,7) hem babaların (%55,0) görüşlerine göre ebeveynlerin yer alışı, ebeveynlere yönelik bir tür eğitici eğitimi programı düzenlenmesi sürecinin eğitimde

gereksinimleri saptama aşamasına kanıt olarak değerlendirilebilir. Çocuğuna cinsel eğitim vermeyen ana babaların eğitim vermeme nedenleri içinde çoğunluğu bilgi eksikliğinden kaynaklanan nedenler alırken, kategorik olarak erken bilgilendirmenin yanlış olacağını düşünenlerin azınlıkta olması (anneler için %20,0 ve babalar için %26,1) ise bu kanıtları destekler niteliktedir.

Tuğrul'un 2-18 yaş arası çocuğu olan annelerle yaptığı çalışma sonuçlarına göre annelerin %89,8'i çocuğa cinsel bilgiyi annelerin, %4,8'i ise babaların vermesi gerektiğini düşünmektedir (9). Acer'in 3-4 yaş grubu çocuğu olan annelerle yaptığı çalışmada annelerin %60'ı çocuklarına cinsellikle ilgili bilgileri kendilerinin verdiklerini belirtmişlerdir (10). Bu çalışmalarda annelerin önde yer alışı çalışmaların anneler üzerinden yürütülmüş olmasına bağlı olabilir. Ancak genel olarak ebeveynlere rol biçilmesi çalışmamız sonuçlarını destekler niteliktedir.

Tuğrul'un çalışmasında annelerin %17,4'ü cinsel eğitime 3-6 yaş arasında, %39,6'sı ilköğretim yıllarında, %26,2'si lise yıllarında,

**Tablo 4.** Anne ve babaların çocuklarda cinsellikle ilgili bazı davranışlar hakkındaki gözlem, tutum ve davranışları (Ankara, 2006)

	Anne	Baba
<b>Çocuğun cinsel organını kendi kendine oynayarak ya da sürtünerek uyardığını gözleme</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
Evet	24 (41,4)	24 (40,7)
Hayır	34 (58,6)	35 (59,3)
<b>Çocuğun kendi kendini uyardığı fark edildiğinde sergilenen davranışlar</b>		
Görmezlikten gelip dikkatini dağıtmaya çalışma	11 (45,8)	8 (33,3)
Gelişiminin bir aşaması olarak doğal karşılama	6 (25,0)	8 (33,3)
Rahatsız olmakla birlikte tepki vermeyip üzerinde durmama	4 (16,7)	4 (16,7)
Bu davranıştan hoşlanmadığını belirtip bir daha yinelenmesini isteme	3 (12,5)	3 (12,5)
Utlanması gerektiğini söyleme	0 (0,0)	1 (4,2)
<b>Çocuğun evde çıplak ya da külotsuz dolaşması karşısındaki tutum</b>		
Üşüteceğini giyinmesi gerektiğini söyleme	19 (32,8)	10 (16,9)
Bu davranışın ayıp olduğunu söyleme	18 (31,0)	20 (33,9)
Böyle bir davranış gözlemlememe	13 (22,4)	14 (23,7)
Dikkatini başka yöne çekmeye çalışma	6 (10,3)	11 (18,6)
Doğal karşılama	2 (3,4)	4 (6,8)
<b>Çocuğun kendi cinsinden farklı davranışları olduğu gözlemi</b>		
Var	14 (24,1)	13 (22,0)
Yok	44 (75,4)	46 (78,0)
<b>Çocuğun kendi cinsinden farklı davranışları olduğunu gözlemleme sonrası davranışlar</b>		
Kişilik gelişimini etkileyeceği endişesiyle kendi cinsiyetine uygun davranması gerektiğini söyleme	9 (64,3)	9 (69,2)
Zamanla geçeceğini düşünerek doğal karşılama	2 (14,3)	3 (23,1)
Dikkatini başka yöne çekmeye çalışma	2 (14,3)	1 (7,7)
Komik bulma	1 (7,19)	0 (0,0)

%7,7'si ise yetişkinlikte başlanması gerektiğini ifade etmektedir (9). Bizim çalışmamızda annelerin (%94,8) ve babaların (%86,5) büyük çoğunluğunun cinsel eğitime başlama zamanı olarak uzmanlar tarafından önerilen biçimde konu ile ilgili soruların sorulmaya başlandığı zaman ya da üç yaş öngörmesi ebeveynlerin cinsel eğitimin okul öncesi çocukluk döneminden itibaren başlamasına yönelik olumlu tutum içinde olduklarını göstermektedir.

Annelerin (%8,6) ve babaların (%8,4) küçük bir kısmının çocuğun cinsellikle ilgili sorularını "büyüdüğün zaman öğrenirsin" ya da "bunlar konuşulmaması gereken ayıp sorular" diyerek yanıtlamıyor oluşu, olumlu tutumun ebeveynleri davranışlarıyla da desteklendiğini ortaya koymaktadır. Diğer yandan Tuğrul'un çalışmasında annelerin %49,6'sının, Acer'in çalışmasında %27,3'ünün çocuğun cinsellikle ilgili sorularını yanıtlarken utanma ve heyecan hissettiğinin belirtilmesi, ebeveynlerin davranışlarını kolaylaştıracak girişimlere gereksinim olabileceğini düşündürmektedir (9,10).

Hem anneler hem babalarda cinsel eğitim verme durumu için gerek çocuğun cinsiyeti, gerekse ebeveynlerin eğitim düzeyi, meslekleri, ailenin aylık geliri gibi sosyoekonomik değişkenlere göre anlamlı fark saptanmamış olması, cinsel eğitim vermenin bu parametreler dışında kültürel etmenlerin oluşturduğu başka değişkenler üzerinden belirlendiğini düşündürmektedir. Okul öncesi çocuğu olan İsveç ve Amerikan ebeveynlerini karşılaştıran bir çalışmada sonuç olarak kültürel değerlerin çocukların cinsel davranışlarının biçimlenmesinde etken faktör olduğu belirtilmektedir (11).

Çocuğun cinsiyetine göre ebeveynlerin bilgi düzeyi, bilgi kaynakları, eğitime başlama zamanı, karşı cinsin özelliklerini bilme, eğitimi vermesinin uygun olduğu düşünülen kişi için anlamlı fark saptanmamış olması, çocuklara yönelik cinsiyet ayrımcılığı yapılmadığını göstermesi bakımından olumlu bir sonuç olarak değerlendirilebilir.



<http://img142.imageshack.us/img142/2149/k9yp9.jpg>

Babaların çocukların cinsellikle ilgili davranışlarında kız ve erkek çocuklar için fark olduğu, anneler için fark olmadığını belirten sonuçlar vardır (12). Çalışmamızda çocuğa cinsel eğitim verme durumu ve çocuğun cinsel gelişim özellikleri ile ilgili bilgi düzeyini değerlendirme bakımından anne ve babalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamış olması, ebeveynler arasında da toplumsal cinsiyet rolleri üzerinden temellenen davranış farklılıkları bulunmadığına işaret etmesi nedeniyle bir başka olumlu sonuç olarak görülebilir.

Çocukların karşı cinsin beden özelliklerini merak etmesi doğal olduğu için her iki cinsiyetin anatomisinin öğretilmesinin önemli olduğu belirtilmektedir (13). Çalışmamızda annelerin tamamı babalarinsa %86.4'ü çocuğun karşı cinsin özelliklerini bilmesi gerektiğini düşünmektedir. Diğer yandan ebeveynler karşı cinsle farkın ne olduğunu açıklarken sıklıkla "kızlarla erkeklerin cinsel organlarının farklı olduğu" açıklamasını (annelerin %55,2'i ve babaların %47,5'i), yapmışlar, diğerleri ya soruyu yanıtlamamış ya da doğru mesajları net olarak içermeyen dolaylı yanıtlar vermişlerdir.

Ben nereden geldim sorusunu soran çocuk "nerde doğdum, ben evlatlık mıyım, annenin vücudundan nasıl çıktım, bebek nasıl yapılır" sorularından birisinin yanıtını arıyor olabilir (13). Bu yaşlarda çocuklar her zaman var olduklarına inandıkları için, çocukların önceleri

var olmadıklarını anlamaları güç olabilir (13). Anne ve babaların çocuğun dünyaya gelişi işle ilgili soruları "Bebekler annenin vücudunun içinde özel bir yerde büyürler. Anne ve baba bebeği, annenin vücudundaki küçük yumurta ve babanın vücudundan bir tohum ile yaptılar." şeklinde yanıtlamaları önerilmektedir (13). Çalışmamızda babadan gelen tohum ile annedeki yumurtanın birleşmesi ile dünyaya geldiği açıklamasında bulunanların oranı ise düşüktür (annelerin % 13.8'i ve babaların %11.9'u).

Bebeğin anne vücudundan çıkışı ile ilgili soruları ebeveynlerin yaklaşık yarısı "anne karnından çıkar" şeklinde yanıtlamışlardır. Çocuklarda bebeğin anne karnından anne karnının yarılması suretiyle alındıkları inancı olabileceği için normal şartlarda bebeğin annenin iki bacağı arasındaki delikten çıktığı mesajının verilmesi daha açıklayıcı olabilir (13). Çalışmamızda bu açıklayıcı yanıtı verenlerin oranı anneler için %12.1 ve babalar için %15.3'tür.

Farklı çalışmalarda ebeveynlerin çoğunun cinsel konular hakkında çocuklarıyla serbestçe konuşabildikleri, ancak özgül ayrıntıların tartışılmadığı, tartışılan konuların sıklıkla cinsel organ farklılıkları, gebelik ve doğum ile ilgili olduğu vurgulanmaktadır (15-16). Annelerin görüşlerini değerlendiren bir çalışmada çocuğun cinsel organ adlarını anlamasının, ebeveyn eğitim düzeyi, çocuğun yetişkin çıplak erkekle karşılaşma durumu, karşı cinsten kardeşi olma ve birlikte uyuma ile ilişkili olduğu saptanmıştır (17).

Çalışmamızda annelerin %41,4'ü ve babaların %40,7'si çocuğun cinsel organını kendi kendine oynayarak ya da sürtünerek uyardığını gözlemiştir. Çocuklarda en sık gözlenen davranışlar, ebeveynlerin gözlemlerini değerlendiren bir çalışmada, kendi cinsel organına dokunmak ve doktorculuk oynamak olarak bulunmuşken, kreş çalışanlarının gözlemlerini değerlendiren bir çalışmada cinsel organlar hakkında merak ve sınırlı olarak cinsel organlara dokunma olarak bulunmuştur (7,18). Çocuklarda erişkinlere benzer cinsel davranışların çok seyrek gözlemlendiği belirtilmektedir (7).

Çalışmamızda çocuğun cinsel organına dokunduğu gözlemi olan annelerin %25'i, babaların %33,3'ü bu davranışı doğal karşılamışlardır. Daha yüksek eğitim düzeyine sahip ebeveynlerin cinsel davranışlar



<http://img.mynet.com/kadinca/082005/09kidgender1.jpg>

konusunda daha müsamahalı olduklarını belirten sonuçların yanı sıra çocuklardaki cinsel davranışların ebeveynlerin ekonomik düzeyi, çocuklarda cinsellik ile ilgili tutumları, aile yapısının konuya açıklığı etmenlerinden etkilendiğine işaret eden araştırma sonuçları bulunmaktadır (7,19).

Kendini uyarma gelişimin bir parçasıdır; hem erkek hem de kızlar erken yaşlardan itibaren kendilerini uyarmak için dokunurlar (13). Anne babalar toplum içinde olmanın farklılığını öğretmek için bunun doğal fakat mahrem bir şey olduğunu mesajını vermeye çalışabilirler (13).

Ebeveynlere verilecek eğitimlerde çocuklardaki hangi cinsel davranışların olağan gelişimlerinin bir sonucu olarak gözlemlenebileceğinin belirtilmesi gereksiz endişelere kapılmalarını önleyebilecektir.

Annelerin % 24.1'i ve babaların % 22.0'ı çocuklarının kendi cinsinden farklı davranışları olduğu gözleminde bulunmuşlardır. Bu gözlemi olan ebeveynlerin büyük çoğunluğu (annelerin % 64.3'ü ve babaların % 69.2'si) çocuğun gelişimini etkileyeceği endişesiyle kendi cinsiyetine uygun davranması gerektiğini söylemişlerdir. Çocukluktaki cinsiyet uygunsuzluklarının daha sonraları erkek ve kadın homoseksüalite için iyi bir yordayıcı olduğu belirtilmektedir (14). Karşı cins davranışlarının ebeveyn tarafından pozitif pekiştirilmesinin çocuğun cinsel yöneliminde etkili olabilmektedir (14). Cinsel davranışlar bakımından cinsiyetler arasında kreşte anlamlı farklılık saptanmışken evde saptanmadığı, ebeveynlerin kreş öğretmenlerine kıyasla çocuklarda daha çok cinsel davranış gözlemledikleri ve bunun çocukların kreşte bazı davranışlarının kısıtlanmış olmasının doğal sonucu olarak görülebileceği belirtilmektedir (6). Bununla birlikte çocuk cinsel davranışları çalışmalarında çalışmanın geçerliliğini artırmak için hem ebeveyn hem öğretmenlerin gözlemlerinin veri alınması önerilmektedir (6). Bizim çalışmamızda kreş öğretmenlerinin görüşlerinin değerlendirmeye alınmamış olması, çalışmanın eksik bir yönünü oluşturabilir.

Çalışmamızdaki çocukların %23,3'ü ebeveynle aynı yatakta yatmaktadır ve %50'sinin sabahları ebeveynlerin yatağına gelip birlikte olma alışkanlığı vardır. Bu alışkanlığa sahip çocukları olan ebeveynlerin yaklaşık üçte biri çocuğun kendi yatağında yatması gerektiğini düşünmektedir. Oysa çocukluk döneminde ebeveynlerin yatağında uyumanın erişkin dönem cinsel yaşama olumsuz bir etkisinin olmadığı bildirilmektedir (12).

Olağan olmayan cinsel davranışlar cinsel istismara uğramanın belirtisi olabileceği için, ebeveynlerin çocuklarındaki olağandışı davranışları ayırt edilebilmelerini sağlayacak bilgiye sahip olmaları, diğer yandan çocuklarını cinsel istismara karşı daha korunaklı kılacak temel bilgileri verebilmeleri, çocuğun fiziksel ve psikolojik gelişim sürecinin sağlıklı ilerlemesi için yaşamsal önem taşır.

Çalışmamızın sonuçları ebeveynlerin çoğunluğunun okul öncesi çocuklarının cinsel eğitimine olumlu yaklaşmakla birlikte bu konuda bilgilenme ihtiyacı içinde olduklarını



göz önüne sermektedir. Okul öncesi çocuğu olan ebeveynlere yönelik eğitim programları sağlık eğitim planlamaları içine dahil edilerek bilgi açığının kapatılması yönünde yol alınabilir. Cinsel eğitim verme durumu için ebeveynlerin sosyoekonomik değişkenleri bakımından fark saptanmamış olması, çalışmamızın kültürel etmenlerin olası rolüne işaret eden bir sonucu olarak okunabilir. Cinsel yaşam ile ilgili konuları tabu olarak çerçeveleyen bir toplumsal kültürün egemenliği altındaki ebeveynlerin çocuklarının cinsellikle ilgili sorularını yanıtsız bırakmaları ya da cinselliğin, hakkında konuşulması uygun olmayan bir konu olduğu mesajını iletecek davranışlarda bulunmaları, sağlıklı cinsel yaşamın üzerini sorularla perdeleyen kültürün sosyal kalıtımına yol açabilecektir. Leylekleri emekli etmenin zamanı gelmiş olabilir...

**İletişim: Dr. Hakan Tüzün**

**E-posta: drtuzunh@yahoo.com**

#### **Kaynaklar**

- 1- <http://www.anasinifi.com/okuloncesiegitim.htm> (Erişim Tarihi : 8.06.2007)
- 2- TC Milli Eğitim Bakanlığı Talim ve Terbiye Kurulu Başkanlığı, 36-72 Aylık Çocuklar İçin Okul Öncesi Eğitim Programı, [http://www.eas-music.org/file\\_upload/23\\_tmpphpxkW7GS.pdf](http://www.eas-music.org/file_upload/23_tmpphpxkW7GS.pdf) (Erişim Tarihi : 8.06.2007)
- 3- <http://www.cocukgelisim.com/cinselgelisim.htm> (Erişim Tarihi : 8.06.2007)
- 4- Yavuzer H. Çocuğunuzun İlk 6 Yılı. 3.basım. Remzi Kitabevi, 1998, İstanbul.
- 5- Artan İ. Çocuklarımızın Cinsel Soruları ve Anne Babalara Öneriler "Anne Bu Ne?" <http://www.kolej.org/dergi/sayi88/cocuk.shtml> (Erişim Tarihi : 8.06.2007)
- 6- Larsson I, Svedin CG. Teachers' and parents' reports on 3- to 6-year-old children's sexual behavior—a comparison, Child Abuse & Neglect 2002; 26:247–266
- 7- Oostveen JM, Meulmeester JF, Cohen-Kettenis PT. Ned Tijdschr Geneesk. Sexual behavior of young children 1994 ;138(44):2200-4.
- 8- Lagerberg D. Parents' observations of sexual behaviour in pre-school children. Acta Paediatr. 2001 Apr;90(4):367-9
- 9- Tuğrul B, Artan İ. Çocukların Cinsel Eğitimi İle İlgili Anne Görüşlerinin İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2001; 20 : 141- 149.
- 10- Acer D. Üç ve Dört Yaş Grubu Çocukların Annelerine Yöneltilmiş Oldukları Cinsellikle İlgili Sorular ve Annelerin Verdikleri Yanıtların İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi. Ankara 1999.
- 11- Larsson I, Svedin C G, Friedrich W N. Differences and similarities in sexual behavior among pre-schoolers in Sweden and USA. Nordic Journal of Psychiatry, 2000; 54, 251–257.
- 12- Lewis RJ, Janda LH. The relationship between adult sexual adjustment and childhood experiences regarding exposure to nudity, sleeping in the parental bed, and parental attitudes toward sexuality. Arch Sex Behav. 1988 Aug;17(4):349-62
- 13 - <http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/cocukruh/cinsel2.htm>
- 14 - [http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/cocukruh/atipik\\_cinsel.HTM](http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/cocukruh/atipik_cinsel.HTM)
- 15- Deehan A, Fitzpatrick C. Sexual behaviour and knowledge of normal children as perceived by their parents. Ir Med J. 1993 Jul-Aug;86(4):130-2
- 16- Brilleslijper-Kater S N, Baartman H E M. What do young children know about sex? Research on the sexual knowledge of children between the ages of 2 and 6 years. Child Abuse Review, 2000; 9, 166–182.
- 17- Fraley MC, Nelson EC, Wolf AW, Lozoff B. Early genital naming. J Dev Behav Pediatr. 1991 Oct;12(5):301-4.
- 18- Davies SL, Glaser D, Kossoff R. Children's sexual play and behavior in pre-school settings: staff's perceptions, reports, and responses. Child Abuse Negl. 2000 Oct;24(10):1329-43
- 19- Larsson I, Svedin CG. Sexual behaviour in Swedish preschool children, as observed by their parents. Acta Paediatr. 2001 Apr;90(4):436-44.

**STED Okuyucu Danışma Kurulu'nda yer almak ister misiniz?**  
Lütfen bize Dergi ile ilgili değerlendirmelerinizi yazınız. Bundan sonraki sayılar sizin de katkınızla oluşsun. Sizden gelecek her türlü katkı, öneri ve eleştiri bizim için çok önemli... İletişim kolaylığı için açık adresinizi, telefon numaralarınızı ve varsa elektronik posta adresinizi eklemeyi unutmayınız.



Dr. A. Şebnem Soysal\*, Dr. Şahin Bodur\*\*

### Öz

Yaşamın ilk üç yılında ortaya çıkan çoğu psikopatolojik, bebek ile birincil bakıcısı arasındaki ilişkiden doğmaktadır. Yeterli bakımın verilmediği ortamlarda büyüyen çocukların toplumsal ilişkide güçlükler yaşadığı, son 100 yıldır araştırmacıların ilgisini çekmektedir. Kişinin, bebeklik döneminde geliştirdiği bağlanma biçiminin ileri yaşamında kuracağı ilişkilerinde belirleyici bir rol oynadığı ve romantik ilişkilerini etkilediği çeşitli araştırmalarla ortaya konmuştur. Bu bağlamda, bu yazı kapsamında çocuk psikiyatrisi alanında özgül bir etiolojiye sahip tek bozukluk olan tepkisel bağlanma bozukluğu ele alınmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Tepkisel bağlanma bozukluğu, bağlanma, ebeveyn depresyonu.

### Abstract

Most of the psychopathologies seen in the first three years of life are related to the quality of infant-primary caregiver relationship. In the past hundred years, researchers have been interested in the social interaction difficulties faced by the children who were raised without adequate care. It is suggested that the quality of the infant's attachment plays an important role in the social interactions and romantic relationships of his/her adult life. In this article, we will discuss reactive attachment disorder, which is the only disorder in child psychiatry with a specific etiology.

**Key words:** Reactive attachment disorder, attachment, parental depression.

Yaşamın ilk üç yılında ortaya çıkan çoğu psikopatoloji arasındaki bebek ile birincil bakıcısı arasındaki ilişkiden doğmaktadır. Yeterli bakımın verilmediği ortamlarda büyüyen çocukların toplumsal ilişkide güçlükler yaşadığı son 100 yıldır araştırmacıların ilgisini çekmektedir. Kişinin, bebeklik döneminde geliştirdiği bağlanma biçiminin ileri yaşamında kuracağı ilişkilerinde belirleyici bir rol oynadığı ve romantik ilişkilerini etkilediği çeşitli araştırmalarla ortaya konmuştur (Miral ve Baykara 1998, Soysal 1999,).

Tepkisel Bağlanma Bozukluğu (TBB) ilk kez Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistikler El Kitabı'nın üçüncü basımında (DSM-III) bebeklik ve çocukluk dönemine ilişkin bozukluklar içinde yer almış ve ayrıntılandırılmıştır. Bozukluğun beş yaşından önce başlaması gerekmektedir. TBB'nin en önemli belirtisi, bebeğin ya da küçük çocuğun yaşamındaki pek çok alanda önemli ölçüde bozulma ve gelişim dönemlerine göre uygunsuz toplumsal ilişki kurma biçimi görülmesidir. Kalıcı bağlanmanın kurulmasını önleyici biçimde birincil bakıcının sık sık değişmesi ya da çocuğun temel, sosyal ve duygusal gereksinimlerinin sürekli göz ardı

edilmesi de bozukluğun ölçütleri içerisinde yer almaktadır (APA 1994).

TBB'nin ketlenmiş ve ketlenmemiş olmak üzere iki tipi vardır. Ketlenmiş tipte bebek ya da çocuk gelişim basamaklarına uygun olarak iletişime giremez. Aşırı ketlenmiş, uyarılmış ya da ambivalan bir davranış örüntüsü gösterir. Ketlenmemiş tipte ise bebek ya da çocuk seçici bağlılıklara giremez. Rastgele ve uygunsuz toplumsal ilişkiler kurar. TBB'de duygusal ve davranışsal sorunların yanı sıra beslenme bozukluğu ve fiziksel gelişme gerilikleri de olabilir (Kaplan ve Saddock 1994, Richters ve Volkmar 1994).

TBB'ye ilişkin olarak yapılan epidemiyolojik çalışmalar çok sınırlıdır. Hastalık çok seyrek görülmektedir. Çocukluğun özgül bir etiolojiye sahip olduğu tek bozukluktur. TBB'ye yol açan en önemli etken, sağlıksız ve yetersiz bakımdır. Kurum bakımında olan, uzun süre hastanede tedavi gören, süregelen hastalığı olan ve kötü muamele gören bebek ya da çocuklarda görülmektedir. Bu çocuklarda alıcı ve ifade edici dil gelişimi, bilişsel gelişim ve dikkat süreçlerinin bozulması; kişiler arası ilişkilerde yetersizlik, sosyal davranış bozukluğu ve fiziksel hastalıklarla açıklanamayan gelişme gerilikleri olduğu saptanmıştır. Erken doğan

\*Uzm. Psk., Gazi Ü. Tıp Fak. Pediatri AD, Ankara

\*\*Arş. Gör.; Gazi Ü. Tıp Fak. Çocuk Psikiyatrisi AD, Ankara

bebekler, bu açıdan önemli bir risk gurubudur (Charles ve Robert 1994). Bunun nedeni; erken doğan bebeklerin doğum haftalarına bağlı olarak süre tıbbi gözlem altında tutulmaları ve bu nedenle de ailelerinden ayrı kalmalarıdır. Bu durum hem bebeği, hem de aileyi olumsuz yönde etkilemektedir. Goldberg ve arkadaşları (1986), erken doğan bebeklerin anneleriyle olan ikili ilişkilerinin, zamanında doğan bebeklerin anneleriyle kurdukları ilişkiden farklı olduğunu bildirmektedirler. Araştırmacılar, bu durumu her iki tarafın maruz kaldığı yaşam olaylarıyla (belirsizlik, depresyon, stres, kaygı vb.) açıklamaktadırlar. Bebeğin durumuna göre, annelerin bir bölümü konuşmama, sosyal geri çekilme ve uyumsuz davranışlar sergilerken, bir bölümü de doğrudan psikolojik yardım almak için başvurumaktadırlar. Bu nedenle, bebek ile anne-baba arasındaki ilişkilerin düzenlenmesi gerekmektedir. Amerika ve Avrupa ülkelerinde yaygın olan erken girişim programları ve kendi kendine yardım gruplarının anne-bebek, baba-bebek, anne-baba ve anne-baba-çocuk ilişkilerinin sağlıklı biçimde düzenlenmesinde etkili olduğu görülmüştür. Bu gruplarda; anne-babanın içinde bulunduğu durum, çocuğun kabulü ve çevresel etkenler üzerine odaklanmaktadır. Bu yardımlar ailenin ve bebeğin durumuna göre bazen hastanedeyken, bazen de taburcu olduktan sonra başlatılmaktadır. Minde ve arkadaşları (1980), kısa süreli yardım gruplarına katılan annelerin bebekleriyle olan ilişkilerinin niteliğinin arttığını gözlemişlerdir. Bu bebeklerin; düşük sosyoekonomik düzeydeki ailelerin çocukları olduğu, bebek ile anne arasındaki ilişkide uyumsuzlukların görüldüğü ve sıklıkla örselenmeye uğradıkları bilinmektedir (Barrera ve arkadaşları 1986).

Bir bebeğin huy ve alışkanlıklarının belirlenmesinde bağlanmanın sağlıklı bir biçimde kurulmasının payı büyüktür. Cynthia ve arkadaşları (1993), bağlanma ilişkisinin en erken dönemde, doğumdan sonraki saatlerde ve günlerde oluştuğunu belirtmektedirler. Bebeğin ve annenin, ilk temastan ve daha sonraki birliktelikten uzak kalmaları, bağlanmanın niteliğini etkilemektedir.

Bağlanmanın temelini oluşturan ve ilişkide en önemli rolü üstlenen annenin ruhsal durumunun gebeliğin başından itibaren önemli rol oynadığı ve bu durumun doğumdan

sonraki bir yıl içinde de sürdüğü belirtilmektedir. Bu noktada, ebeveynin duygu durumunun ve demografik özelliklerin bebek üzerindeki etkilerinin irdelenmesinin gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

Çocuğun gelişim dönemlerinin başlangıcında yeterli sevgi ve bakım göremeyen bebeklerin, limbik sistemdeki hücrelerinin yeterli gelişimi gösteremedikleri belirlenmiştir. Bunun sonucunda, bu merkezde anormallikler görülmektedir (Joseph 1992). Çocuğun duygusal anlamda bağlandığı kişilerden ayrılması, sosyal becerilerini de olumsuz yönde etkilemektedir. Yaşamının ilk üç yılında anne-babasına güvensiz bir biçimde bağlanan çocukların, okul öncesi dönemde sorun çözme konusunda güvenli bağlanma geliştiren çocuklara göre daha zor bir dönem yaşadıkları görülmüştür (Zeanah ve arkadaşları 1997). Bağlanma ilişkisinin niteliği konusunda okul öncesi çocuklarla yapılan çalışmaların sonuçları incelendiğinde; güvenli bağlanma geliştiren çocukların yaşitlarına göre sosyal becerilerinin yüksek, olumlu duygulanımlarının olumsuz duygulanıma göre daha fazla olduğu, yetişkinlerle işbirliği ve uyum içerisinde bulunabildikleri görülmüştür. Güvensiz bağlanma geliştiren çocuklarınsa, sosyal ayrışmaya eğilimli, sinirli, rahatsız, huzursuz, akranlarına ve öğretmenlerine karşı saldırgan, uyumsuz, depresif, imgeleme gerektiren oyunlarda başarısız oldukları ve sorumluluklarını yerine getiremedikleri gözlenmiştir. Gerilimli direnç gösteren çocukların ise, sıklıkla fiziksel şiddet uyguladıkları, düzeni bozucu davranışlar sergiledikleri, kurallara düşünmeden karşı çıktıkları ve aniden öfkelenedikleri belirlenmiştir. Gerilimli, kaçınan bağlanma geliştiren çocuklarınsa, çevrelerindeki kişileri kontrolleri altına alma eğiliminde oldukları ve öfkelerini doğrudan ifade edemedikleri belirlenmiştir (Perry ve arkadaşları 1990).

Bakerman ve Brown (1980), erken doğan bebeklerle zamanında doğan bebeklerin bağlanma ilişkilerini inceledikleri çalışmalarında, bir yaşına gelmiş olan bir grup bebeğe Ainsworth'ün Yabancı Durum Testi'ni uygulamışlar; sonuçta anlamlı farklar elde edememişlerdir. Goldberg ve arkadaşları (1986) de benzer sonuçların bulunduğu araştırmalardan söz etmektedirler.

Araştırmalarda belirgin bir farkın bulunmamasının nedeni, erken doğanların özelliklerinden (doğum yaşı, geçirdiği hastalıklar, tedavi süresince aileye olan yakınlık, evde gördüğü ilgi vb.) kaynaklanmış olabilir.

TBB'nin ayırıcı tanısında; yaygın gelişimsel bozukluk, zeka geriliği ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun (DEHB) araştırılması gerekmektedir. Yaygın gelişimsel bozuklukta dil ve sosyal gelişim bozukluğu belirgin ve geriye dönüşüzdür. TBB olan çocuklar yeterli ilgi ve bakım gördüklerinde bu kapasiteye sahiptir. Otizmin diğer belirtilerini göstermezler. Zeka geriliği olan çocuklar genellikle gelişim düzeyine uygun tutarlı bir bağlanma gösterirler. Temel bakımlarını yapan kişiyi tanırlar ve bilişsel gelişim düzeylerine göre onunla bir iletişimleri vardır. Ketlenmemiş alt tipte çocuğun atılgan ve aşırı hareketliliği DEHB'yi düşündürtebilir. Ancak bu çocukların yeni tanıdıkları kişilere bile uygunsuz ve yapışkan ilişki kurma özellikleri DEHB'den ayrılan en belirgin özellikleridir (Charles ve Robert 1994, Richters ve Volkmar 1994).

TBB'nin tedavisinde sosyal çevrenin yapılandırılması gerekmektedir. Özellikle anne-babanın eğitilmesi, çocuk ile olan iletişimin kalitesinin artırılması sağlanmalıdır. Yakın akrabaların da bu ilişki örüntüsü içerisinde yer almasını sağlamak oldukça önemlidir. Eğer çocuğun ortamının düzenlenmesi olanaklı değilse, ortamdaki alınması gerekmektedir.

Çocuğa bakım veren kişinin sürekli değişmemesi, bakımı veren kişinin psikolojik durumunun sağlıklı olması önerilir. Hastanede uzun süre tedavi olan çocuklar için yoğun destek programlarının uygulanması, dokunma ve müzik terapileri sorunun çözümünde etkili olarak kullanılan yöntemlerdir (Charles ve Robert 1994, Miral ve Baykara 1998, Soysal 1999, Richters ve Volkmar 1994)

Sonuç olarak, kişinin ilerideki ilişki biçimlerinin belirlenmesinde yaşamın ilk günlerinde kurulan bağlanma örüntüsünün etkisi tartışılmaz bir gerçektir. Yaşamın ilk aylarından itibaren biçimlenen bağlanma ileride karşı cinsle olan ilişkileri ve eş seçimini de etkilemekte midir? günümüzde araştırmacıların bağlanma konusunda araştırdıkları diğer bir sorudur. Öyle ki, erken bağlanma ilişkisinin gelecekteki sevgi ilişkilerinin prototipi olduğu ileri sürülmektedir (Waters ve ark. 1994). Bu nedenle; bebeklik

döneminde yaşanan patolojik bağlanma örüntülerinin gelecekteki ilişkiler üzerindeki etkisi (anne-babadan akranlara, akranlardan eş seçimine kadar bağlanma örüntülerinde oluşan değişiklikler) günümüzde önemini koruyan bir konu niteliğindedir.

**İletişim: Dr. A. Şebnem Soysal**

**E-posta: asebnemsoysal@gazi.edu.tr**

#### **Kaynaklar**

- 1-Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal Ve Sayımsal ElKitabı. IV. baskı,(DSM - IV). (Çev. E. Köroğlu). Amerikan PsikiyatriBirliği, WashingtonD.C.Ankara: Hekimler Birliği Yayınları. 1994.
- 2-Bakerman R ve Brown J.Early Interaction:Consequences For Socialand Mental Development at 3 Years.Child Development.1980; 55: 718-728.
- 3-Barrera ME, Rosenbaum, P.L. Ve Cunningham CE. Early Home InterventionWith Low-Birth-Weight InfantsandTheirParents. Child Development.1986; 57: 20-33.
- 4-Charles HZ, Robert NE. Attachment disorders in infancy and childhood. Rutter M, Taylor E, Hersov I (eds.). Child and Adolescent Psychiatry. 1994.s: 490-505.
- 5-Cyntia A, Stifter CA, Coulchan CM, Fish M.Linking Employmentto Attachment:The Mediating Effects of Maternal Separation Anxiety and Interactive Behavior. Child Development. 1993;64: 1451-1460.
- 6-Goldberg S, Perrotta M, Minde K,Cortor C. Maternal Behavior andAttachment in Low - Birth - Weight Twinsand Singletons. Child Development. 1986; 57:34-46.
- 7-Joseph R. The RightBrain andtheUnconscious Discovering the StrangerWithin. New York: Plenum Press.1992.
- 8-Kaplan HI, Sadock BJ. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 6. Baskı. Baltimore: Williams&Wilkins. 1994.s:245-239.
- 9-Minde EJ, Shosenberg N, Marton P, Thompson J, Burns S. Self-Help Groupsin PrematureNursery - Acontrolled Evaluation. Journal of Pediatrics. 1980; 96: 933-940.
- 10-Miral S, Baykara A. Bebeklik, çocukluk ya da ergenliğin diğer bozuklukları. Psikiyatri Temel Kitabı 2. Cilt. Güleç C, Köroğlu E. (eds.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 1998. s: 1165-1175.
- 11-Perry DG, Perry LC, Boldizar JP. Learning of Aggression. M. Lewis ve S. M. Miller (Eds.). Handbook of Developmental Psychopathology. New York: Plenum Press. 1990.
- 12-Richters MM, Volkmar FR. Reactive attachment disorder of infancy or early childhood. J Am Acad Child Psychiatry.1994;33: 328.
- 13-Soysal AŞ. Erken Doğan Bebeklerle Normal Doğan Bebeklerin Psikomotor ve Duygusal Gelişimlerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bir Çalışma. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Hacettepe ÜniversitesiSosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, 1999.
- 14-Waters E, Posada G, Crowell JA, Ling Lay K. The Development of Attachment: from Control System to Working Models. Psychiatry.1994; 57: 32-42.
- 15-ZeanahCH, Boris NW, Larrie JA. Infant Developmant and Developmantal Risk: A Review ofthePast 10 Years. Journal ofAcademyfor ChildAdolescent Psychiatry. 1997; 2: 165-178.



	STED'den	I		TTB-STED Kredi Puanı ve Kitap Kazananlar	IX
	STED Yazarlarına Bilgi	II		Sağlık Ocaklarımızdan	X
	Zararsız (!) Sigara Kavramı <i>Dr. Nazmi Bilir, Dr. Dilek Aslan</i>	IV		Balıkesir Merkez 3 Nolu Sağlık Ocağı <i>Dr. Özlem Gündoğdu</i>	XIV
	Türkiye'nin Sağlıkını Okumak <i>Dr. Onur Hamzaoğlu</i>	VI		Klavvem Stetoskopum ve Ben "Word Belgesinde Üstbilgi-Altbilgi Kullanımı" <i>Arif Onan</i>	XV
	İlaç "2007'de İlaç Uyarıları" <i>Dr. Alper B. İskit</i>	VII		Mesleki Beceri "Intramuskuler Enjeksiyon Yapma Becerisi" <i>Dr. Orhan Odabaşı, Dr. Melih Elçin</i>	XVIII
	Kadın ve Sağlık "Tıpta Ahlaki Değer Sorunlarına Yeni Bir Yaklaşım: Feminist Biyomedikal Etik" <i>Dr. Serap Şahinoğlu</i>	VIII			

## STED Yazarlarına Bilgi

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

### Dergide yayımlanacak makalelerin aşağıda belirtilen özellikleri taşıması gerekmektedir:

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

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

#### 1. Başlık Sayfası: Bu sayfada bulunması gerekenler:

- **Başlık:** Kısa, ancak yeterince bilgi verici ve ilgi çekici olmalıdır.
- **Yazarlar:** Her yazarın en üst akademik derecesi, çalıştığı kuruluş ve iletişim bilgileri ile adı, ikinci adı varsa baş harfi ve soyadı belirtilmelidir. Yazar olarak gösterilen herkes yazarlığa hak kazanmış olmalıdır. (Bkz, STED Temmuz 2004 ya da [www.ttb.org.tr/STED/sted\\_yazar.pdf](http://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:** Bulguların metin, tablo ve şekiller üzerinde gösteriniz. Metin içinde önemli verileri vurgulayıp özetleyiniz. Teknik ayrıntılar ek olarak verilebilir. Bulguları, sayı ve yüzde olarak belirtiniz. Verilerin, en uygun tablo, şekil ve grafiklerle gösterilmesi için çaba harcanmalıdır.

**6. Tartışma:** Çalışmanın yeni ve önemli yönlerini ve çıkan sonuçları

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

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

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

**Tipik dergi makalesi**

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

ya da

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

**Kitap**

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

**Kitap bölümü**

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

**Web Sitesi**

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

**Kaynak göstermede diğer özellikler ve özel durumlar için Bkz,**  
[http://www.ttb.org.tr/STED/sted\\_yazar.pdf](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 aralıkla listelenmesi gereklidir.

**Yazılarda Uygulanacak Biçimsel Özellikler Kılavuzu**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Metinlerin Gönderilmesi**

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

Yazılar; "STED, TTB, GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sok. No:2 Kat:4 Maltepe 06570 Ankara" adresine postayla ya da [sted@ttb.org.tr](mailto: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](mailto:sted@ttb.org.tr) e-posta adresinden bilgi istenebilir.

**Ayrıntılar için:** [http://www.ttb.org.tr/STED/sted\\_yazar.pdf](http://www.ttb.org.tr/STED/sted_yazar.pdf)



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

## **Zararsız sigara olabilir mi?**

*Sigara içen kişiler, kendilerine ve çevredeki diğer kişilere zarar vermeden sigara içebilir mi?*

"Zararsız sigara" kavramı ile ilgili tartışmalar, sigaranın bırakılması çabalarının bir sonucu olarak, son aylarda gündemde olan bir konudur. Bir sigara bırakma yöntemi olarak tanıtılan, yazılı ve görsel medyada sıkça yer alan ve "elektronik sigara" olarak da bilinen bu ürünün tanıtımında bazı ünlü isimler de yer almaktadır. Bir pil ile çalışan bu ürün duman çıkarmakta, ucunda ateş görüntüsü olmakta ve kullanıcının nikotin almasını sağlamaktadır. Böylelikle kullanıcı sigarada bulunan diğer zararlıları almadan nikotin alabilmektedir. Ancak bu ürünün sigara bırakma aracı olarak yarar sağlayabileceği çok tartışmalıdır. Zira sigara bırakmanın temeli, nikotin bağımlılığının tedavisidir. Oysa bu araç nikotin alımını sürdürdüğü için nikotin bağımlılığının tedavisi anlamında bir yarar sağladığı söylenemez. Öte yandan, bu ürünün kullanımı sigara kullanımı ile çok benzerlik göstermektedir. Dolayısıyla ile bu ürünü kullanırken sigarayı yakmak, sigara benzeri bir ürünü parmakları arasında hissetmek, dumanı hissetmek ve içine çekmek gibi "ritüeller" sürmektedir. Bu nedenle, bu ürünün sigaranın bırakılması bakımından yararlı olacağı çok kuşkuludur. Üstelik sigaranın bırakılması için öncelikle kişinin bu konuda kararlı olması gerekmektedir. Sigarayı bırakma konusunda istekli ve kararlı olmayan bir kimsenin "sihirli" bir yöntemle sigaradan kurtulması olasılığı düşüktür.

"Zararsız sigara" kavramı ile ilgili olarak iki farklı tartışma yürütülebilir. "Zararsız sigara" denildiğinde, bu kavramın bir anlamı, kişinin başkalarına zarar vermeden sigara içmesi konusu olabilir. Bir diğer anlam ise, kişinin sigara içerken sigaranın zararını azaltması ya da kendisine zarar vermemesidir. Bu yazıda, her iki anlam da ayrı ayrı irdelenerek ele alınacaktır.

**a) Başkalarına zarar vermeden sigara içme:** Sigara kullanımının pasif etkilenim yolu

ile sigara içmeyen başka kişilere de zarar verdiği konusundaki bilgiler son 20 yıl içinde hızla artmıştır. Kendisi sigara içmediği halde sigara içilen ortamda bulunan kişilerde başlıca üç önemli sağlık sorununun arttığı çok sayıda çalışma ile ortaya konmuştur. Bunlar, akciğer kanseri, koroner kalp hastalığı ve beyin damar hastalıklarıdır (1). Sonuç olarak kendisi sigara içmediği halde sigara dumanından pasif olarak etkilenen kişilerin ölüm olasılığı, 1.16 ile 1.28 kat fazla bulunmaktadır. Bunun dışında, sigara dumanının yol açtığı tahriş etkileri ve hoş olmayan koku gibi diğer etkilenmeler de pasif etkilenim sonucunda ortaya çıkan diğer olumsuzluklar olarak düşünülebilir.

Sigara içenlerin çoğunluğu çevreye verdikleri zararın farkındadırlar ve bunun önüne geçmek amacı ile çaba göstermektedirler. Bu konuda daha duyarlı olan gruplar bebekler ve çocuklar olduğundan, sigara içenler çocukların yanında sigara içmemeye özen göstermektedirler. Bu amaçla en sık yapılan uygulama, çocuğun bulunduğu oda dışında sigara içmek olmaktır. Sigara içme yeri olarak da sıklıkla mutfak ya da balkon kullanılmaktadır. Bunun sonucu olarak pek çok ülkede "balkon içicileri" (*balcony smokers*) kavramı gelişmiştir. Ancak bu yılın ilk yarısında yayımlanan bir yazıda, balkonda sigara içenlerin dahi, ev içine girdiklerinde nefes yolu ile duman ve içindeki maddeleri iç ortama getirdiği saptanmıştır (2). Başka kimselerin yanında sigara içmediğini belirten bir kişi, içtiği sigaradan dolayı başka kimselere zarar vermediği kanısına sahip olmaktadır. Ancak söz konusu çalışma başkalarının yanında sigara içmemenin, o kişilerin etkilenmesini tam olarak önlemediğini, dolayısı ile bu konuda çözüm olmadığını ortaya koymaktadır.

Başkalarına verilen zarar söz konusu olduğunda başka bir boyut daha ele alınabilir. Sigara içen kişilerin elbette öncelikle kendi sağlıkları etkilenmektedir. Sigara içen bir kişinin bu nedenle sağlığını yitirmesi, kuşku yok ki birlikte olduğu diğer kişileri de olumsuz etkiler.

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

\*\*Doç.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Ankara, Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi (SSUK) Üyesi

Evde babanın ya da annenin hastalanması aile içindeki kişileri etkilediği gibi, iş arkadaşının hastalandığını ya da sigara nedeni ile öldüğünü öğrenen çalışma arkadaşları da bu durumdan etkilenirler. Hatta konuyu biraz daha ilerleterek, sigara içen kişilerin sık hastalanmasının, iş arkadaşlarının iş yükünü artıracığı da düşünülebilir. Öte yandan, sigara içilmesi sonucu solunum yollarındaki tahriş etkisi nedeni ile, sigara içen kişilerin sık olarak öksürmesi, bu biçimde çevredeki kişileri rahatsız etmesi de söz konusudur.

**b- Kendine zarar vermeden ya da zararı azaltarak sigara içme:** Sigara kullanımının sağlık üzerindeki zararlı etkileri 50 yılı aşkın bir süreden beri bilinmektedir. Bu konuda çok güçlü kanıtlar vardır. Bu nedenle, sigara içenlerin bu davranıştan vazgeçmeleri yaşamsal önem taşımaktadır. Ancak, sigara içenlerin önemli bir bölümü sigarayı bırakmada zorlandıkları için sigara içmeyi sürdürürler. Bazı tiryakiler ise sigarayı daha az zarar verecek biçimde içmenin yollarını aramaktadırlar. Bunların başında, günde içilen sigara sayısının azaltılması gelir. Günde içilen sigara sayısının azaltılması, sigaranın neden olduğu sorunlar bakımından bir miktar risk azalması sağlarsa da, bu konuda güvenilir bir yaklaşım değildir. Zira 40 binden fazla kişinin 30 yıl süre ile izlendiği bir çalışmada, günde birkaç tane (1-4 adet) sigara içmenin de sağlık üzerinde olumsuz etki yaptığı ve bu kişilerde akciğer kanseri ve koroner kalp hastalığı nedeni ile ölüm olasılığının iki kat dolayında

arttığı ortaya konmuştur (3).

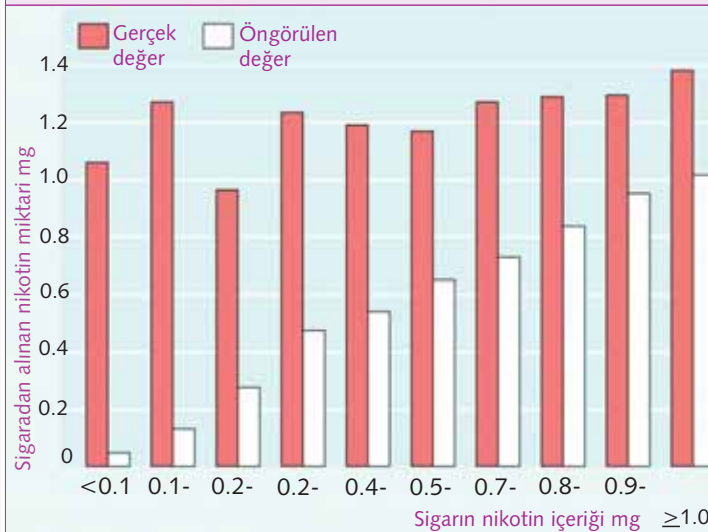
Zararsız ya da zararı azaltılmış sigara konusunda bir yaklaşım da "hafif" (light) sigara konusudur. Sigara üreticisi firmalar sigaranın zararları açıkça ortaya konduktan sonra katran ve nikotin miktarı azaltılmış sigara üretmeye başladılar. Amaç bu biçimde sigara kullanıcılarına "daha güvenli" bir sigara sunmak olarak ortaya kondu. Ancak kısa süre içinde bu sigaraların zararsız olmadığı, bu ürünleri kullanan kişilerin de sigaranın yol açtığı sağlık sorunlarına yakalandığı saptandı. Ayrıca "hafif" sigara içenlerin, gerçekte aldıkları nikotin miktarının tahmin edilenin iki katı ya da daha yüksek olduğu da saptandı. Üstelik, Şekil 1'de görüldüğü gibi, sigaranın katran miktarı azaldıkça beklenen nikotin alımı ile gerçekte alınan nikotin miktarı arasındaki farkın daha çok olduğu da belirlendi (4).

Son dönemlerde sigara içiminin önlenmesi için sigara yerine bazı tütün ürünlerinin kullanımı gündeme getirilmeye çalışılmaktadır. İsveç başta olmak üzere bazı toplumlarda bu yaklaşım SNUS isimli bir tütün ürünü için kullanılmaktadır (5). Oysa her türlü tütün ürünü sağlık için çok zararlıdır. Bu nedenle sigara ya da diğer tütün ürünlerinin kullanımının engellenmesi temel yaklaşım olmalıdır. Bu yaklaşım içinde de tütünün anımsatacak bir ürün kullanılmaması önemlidir.

**İletişim: Dr. Nazmi Bilir**

**E-posta: nbilir@hacettepe.edu.tr**

**Şekil 1.** Hafif sigara içenlerde nikotin alımı



Jarvis, M. *BMJ* 2004; 328:277-279

#### Kaynaklar

- 1- Hill SE, et.al, Mortality among "never smokers" living with smokers: two cohort studies, 1981-4 and 1996-9, *Brit Med Journal* 2004; 328: 988-989.
- 2- Invernizzi G, Ruprecht A, De Marco C, Paredi P and Boffi R., Residual tobacco smoke: measurement of its washout time in the lung and of its contribution to environmental tobacco smoke, *Tobacco Control* 2007; 16: 29-33.
- 3- Bjartweit K, Tverdal A., Health consequences of 1-4 cigarettes per day, *Tobacco Control* 2005; 14: 315-320.
- 4- Jarvis, M. Regulation of nicotine intake: actual and predicted intake per cigarette from low tar cigarettes. Data from health survey for England, *BMJ* 2004; 328:277-279
- 5- Ramstron L. Comparison between different pathways of tobacco use in Sweden-implications for the prevention of tobacco induced diseases. 6th Annual Conference ISPTID. November 2-4, 2007, USA, Abstract book, pp. 24-25.



# Türkiye'nin Sağlıkını Okumak

Dr. Onur Hamzaoğlu\*



**Tablo.** Coğrafi bölgelere ve yıllara göre sağlık personeli yardımı olmadan yapılan doğumların dağılımı (%) ve bazı eşitsizlik göstergeleri

Bölge/Yıl	2000	2006
Marmara	1.9	0.5
Ege	3.0	1.0
Akdeniz	3.9	2.3
İç Anadolu	4.1	1.5
Karadeniz	4.3	1.7
Doğu Anadolu	19.8	14.7
Güneydoğu Anadolu	17.3	12.2
Doğu Anadolu/Marmara (HO)	10.4	29.4
TAR (%)	66.9	87.8
<b>Türkiye</b>	<b>5.8</b>	<b>4.1</b>

Yukarıdaki tabloyu 21. yüzyıl Türkiye'sinin, annelerimiz üzerinden, sağlıktaki karnesi olarak değerlendirebiliriz. Bildiğimiz gibi sağlık personeli yardımı olmadan yapılan doğumun anlamı; öncelikle doğumun sağlık kurumu dışında, yani asepsi, antisepsinin olması gereken şekilde sağlanamayacağı, hem anneye, hem de bebeğe doğum sırasında ya da hemen sonrasında gerektiğinde tıbbi müdahalenin yapılamayacağı mekanlarda gerçekleşmekte olduğu ve doğum eylemi sırasında annelerin yanında deneyimli teyzelerin yanı sıra, bazen de hiç kimse olmadan, annelerin tek başlarına olabileceğidir.

Tabloya göre 2000 yılında 100 doğumdan yaklaşık altısı sağlık personeli yardımı olmadan yukarıda sözünü ettiğimiz koşullarda gerçekleşirken, altı yıl sonra bu oran yaklaşık dörde düşmüştür. Marmara Bölgesi'nde gerçekleşen doğumlarda da yaklaşık ikiden yarımaya düştüğünü görüyoruz. Beraberinde tüm bölgelerimizde de iyiye gidişlerin olduğunu söylemek mümkün. Ancak bu saptamamızın, tablomuzun üzerindeki örtüyü kaldırdığımızda değiştiğini görmekteyiz.

İkibin yılında en iyi durumdaki bölgemiz olan Marmara'da sağlık personeli yardımı olmadan yapılan bir doğuma karşılık, en kötü durumdaki bölgemiz olan Doğu Anadolu'da 10 doğum sağlık personeli yardımı olmadan yapılmıştır. Aradan altı yıl geçtikten sonra Marmara'da sağlık personeli yardımı olmadan yapılan bir doğuma karşılık, Doğu Anadolu'da 29 doğum sağlık personeli yardımı olmadan yapılmıştır (Hız Oranı (HO) sırasıyla; 10.4 ve 29.4). Özetle, sağlık personeli yardımı olmadan yapılan doğum

göstergesi üzerinden Marmara ile Doğu Anadolu bölgelerimiz arasındaki eşitsizlik son altı yılda yaklaşık üç katı kadar artmıştır.

Konuyu topluma atfedilen risk (TAR) hesaplamamız üzerinden de değerlendirebiliriz. Buna göre, Türkiye genelinin sosyoekonomik gelişmişlik düzeyini Marmara Bölgesi düzeyine çıkarabilirsek, başka bir ifadeyle Marmara Bölgesi'yle eşitleyebilirsek, sağlık personeli yardımı olmadan yapılan 100 doğumdan 2000 yılında yaklaşık 67'sinin, 2006 yılında ise 88'inin bu koşullarda gerçekleşmesine engel olabileceğimiz görülmektedir (TAR= %66.9 ve %87.8). Diğer bir ifadeyle, yıllar içinde, sağlık personeli yardımı olmadan yapılan doğumlar arasında engelleyebileceklerimiz artış göstermekte, özetle, bölgelerimiz arasındaki eşitsizliklerin büyüdüğüne tanıklık etmekteyiz.

Oysa, Türkiye'de söz konusu yıllar arasında kişi başına gelirin beş bin ABD dolarını aştığını, sağlık için harcanan paranın 10 kattan fazla arttığını, bu harcamalar içinde kamunun payının %85'leri aştığını biliyoruz. Ayrıca ülkemiz, 2006 yılı itibarıyla 254 adet manyetik rezonans ve 566 adet bilgisayarlı tomografi cihazının varlığının yanı sıra, teknoloji üreten birçok ülkeyle eş zamanlı kullanılmaya başlandığının reklamlarına tanık olduğumuz pek çok tıbbi makinenin de dünyada ilk ithalatçısı olarak sağlıktaki ileri teknoloji 'cenneti' haline getirildi. Gelin görün ki bu 'cennet'te, tıp eğitiminde fizyolojik bir olay olarak tanımlanan doğum eylemlerinin bir bölümü, halen sağlık personeli yardımı olmadan gerçekleşmek zorunda. Üstelik yıllar içinde sorunun boyutu küçüleceği yerde büyüyor. Sağlık Bakanlığı ülkede sağlığı dönüştürerek nüfusunun tümünü sağlık kapsamına aldığı iddia ededursun, çocukları için her zaman özveriye hazır annelerimizi çocuklarını dünyaya getirirken sağlık hizmetinden mahrum etmeyi sürdürüyor.

**İletişim: Dr. Onur Hamzaoğlu**

**E-posta: ohamzaoglu@kou.edu.tr**

## Kaynaklar

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

Sağlık Bakanlığı(2001), Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yılığ 2000, Ankara.

<http://www.saglik.gov.tr/TR/istatistik/2006/menu.doc>, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yılığ 2006 (Ulaşım tarihi: 6 Aralık 2007).



*Dr. Alper B. İskit\**

## 2007'de İlaç Uyarıları

Bu yazıda çeşitli ilaç otoritelerinin, Ekim 2007 itibariyle ilaç konusunda bu sene yapılmış uyarıları özetlenmiştir...

### 1. FDA, Avandia (rosiglitazone) ile ilgili uyarı yayımladı...

Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) uyarısına göre Tip 2 diyabetli hastalarda Avandia kullanımına bağlı artmış kalp krizleri ve kalp hastalığına bağlı ölümler bildirilmekte. FDA bu uyarıya rağmen, rosiglitazone ile ilgili verilerin bu ilacın kalp krizlerini artırdığını göstermeye yeterli olmadığını ve ilacın yeni yapılmakta olan çalışmanın sonuçları belli olana kadar pazarda kalmasının uygun olacağına karar verdi. Bu konuda New England Journal of Medicine'da (NEJM) yeni bir araştırma yayımlandı. Bu araştırmanın analizine göre veriler Rosiglitazone'un kalp krizi riskini arttırdığını göstermiyor ancak kalp yetmezliği riskinde bir artış gözlenmektedir. Daha sonra üretici firmalar rosiglitazone (Avandia) ve pioglitazone (Actos) kutularına potansiyel riskle ilgili bir uyarı yazmayı kabul etti.

### 2. Lumirakoksib'de (Prexige) ciddi karaciğer yan etkileri....

Avustralya Terapötik Ürünler Ajansı (TGA), Novartis'in osteoartrit ilacı Lumirakoksib'in (Prexige) ciddi karaciğer yan etkilerinden dolayı ruhsatını iptal etti. Lumirakoksib non-steroidal antiinflatuvar ilaçlar grubundan, bir selektif COX-2 inhibitörü. Lumirakoksib, akut ağrı ve osteoartritin semptomatik tedavisinde, ameliyat sonrası, diş ve primer dismenore ağrılarında kullanılmaktadır. Türkiye'de de Prexige'in 100 mg formu pazara verilmiş ancak üretici firma Novartis bu dozda "ağrı kesici" endikasyonunun iptal edilmesi için T.C. Sağlık Bakanlığı'na başvuruda bulunmuştu.

### 3. Sık kullanılan influenza ilaçları için FDA uyarısı...

Influenza tedavisinde kullanılan oseltamivir (Tamiflu) ve Zanamivir (Relenza) ile gözlenen nöropsikiyatrik yan etkiler nedeniyle FDA uyarı yayımladı. İlaçların kullanımında deliryum, varsanı ve anormal davranışlar gibi yan etkiler gözlenirken bulguların ilaca mı yoksa "Influenza" tablosuna mı bağlı olduğu henüz kesinlik kazanmadı.

### 4. Zelmac piyasadan çekildi...

FDA, sağlık çalışanları ve hastaları, "İrritabl Bağırsak Sendromu" olan kadın hastaların kısa süreli tedavisinde ve 65 yaş altındaki kronik kabızlığı olan hastalarda kullanılan Zelmac (tageserod) isimli ilacın piyasadan çekilmesini üretici firma Novartis'in kabul ettiği konusunda uyardı. Novartis Türkiye'de de nisan ayında Amerika'da olduğu gibi Sağlık Bakanlığı'na başvurarak, Zelmac'ı geri çekmek istemini yazılı olarak aktardı.

### 5. Bayer, Trasylol satışını askıya aldı...

Kalp ameliyatları sırasında kanamayı önlemek amacı ile kullanılan Trasylol'un (Aprotinin), Kanada'da yapılan bir klinik çalışmada ölüm riskini artırdığının gösterilmesi üzerine ilacı, üretici firma Bayer tarafından piyasadan çekiliyor.

**İletişim: Dr. Alper B. İskit**

**E-posta: alperi@hacettepe.edu.tr**

Teşekkür:

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



Dr. Serap Şahinoğlu\*

## Tıpta Ahlaki Değer Sorunlarına Yeni Bir Yaklaşım: Feminist Biyomedikal Etik

Tıp tarihini incelediğimizde kadınların hayli uzun ve zorlu direnişleri yenerek tıp fakültelerine girdiklerini ve hekim olduklarını görebiliriz. Bunun ilk örneği olan Elizabeth Blackwell tüm karşı koymalara karşın 1849 yılında hekim olarak diplomasını almıştır (1). Bizdeki ilk kadın hekim ise Blackwell'den yaklaşık 70 yıl sonra Dr. Safiye Ali (Elbi)'dir. Ancak o, ülkesinde tıp eğitimi yapamadığı için Almanya'da eğitimini tamamlamış ve daha sonra ülkesinde hizmet vermiştir. Dr. Safiye Ali ülkesinde hekim olarak çalışma hazırlıklarındayken, 1922 yılında 10 genç kadın Haydarpaşa'daki tıp fakültesine kayıtlarını yaptırarak tıp eğitimlerine başlayabilmişlerdir.

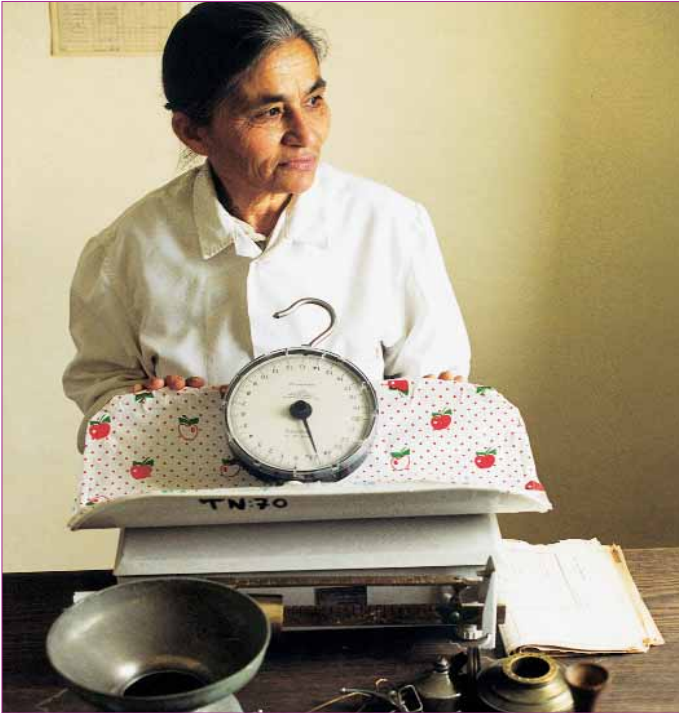
Çoğu zaman günümüzde kadının tıp fakültesine girmesi ya da hekim olmasına duyulan tepki; geçmişte olduğu gibi doğrudan yapılan bir karşı duruş biçiminde olmasa da, bu

kez karşımıza çıkan durum, toplumsal cinsiyet olgusunun tıp kurumu içindeki yansımaları biçiminde olmaktadır. Bir başka deyişle, önceleri tıp fakültesine girmesi bir sorun oluşturan kadınlar, bu kez de kadınsı denen tıp alanlarına uygun bulunmaktadır. Böylece onlar; düzenli çalışma saatleri, gece nöbetleri olmayan temel tıp ya da cildiye, çocuk hekimliği gibi kadınsılık ve annelik kavramları ile sıkı bağları olan tıp alanlarında uğraşlarını sürdürmektedir.

Dahası, tıptaki yönetici kadrolarını incelediğimizde, dünyadaki eğilime paralel ve tüm öteki alanlardakine benzer olarak, kadın sayısının erkeklerle kıyaslandığında oldukça düşük olduğu görülecektir. Örneğin Ankara'da 2001 yılında yapılan bir araştırmanın sonuçlarında olduğu gibi:

Ankara Tıp Fakültesi'ndeki kadın bölüm başkanı oranı %39.3, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde %26.8'dir. Klinik şefliği pozisyonunda çalışan kadın oranları Ankara Hastanesi'nde %32.1, Numune Hastanesi'nde %34.7 ve SSK Dışkapı Hastanesi'nde %8.3'tür. Tüm hastanelerin ortak özelliği kadınların kadın - yoğun dallarda yönetici olmalarıdır. Erkek - yoğun bir dalda kadın yönetici örneğine rastlanmamıştır (2).

Kadının tıp içinde var oluşu güçlüklerle doludur. Tıp içerisinde kadınların bu konuda bilinçlendirilmesi ayrıca ele alınması gereken önemli bir temel konudur. Kuşkusuz geçen yüzyıldan başlayarak kadınlar tıpta sağlık çalışanı olarak önemli haklar elde etmişlerdir. Ancak yine de "bazı alanların kadınlara uygun bulunmaması"; tıpkı öteki alanlardaki gibi sağlıkta da yönetici düzeyine gelmiş kadınların "daha erkeksi bir yaklaşım benimseyerek daha başarılı, daha profesyonel olabileceğine" duyulan inanç, bu sorunun bireylerin düşüncelerinin derinlerinde, toplumsal cinsiyet olgusuyla da örtüşük biçimde bulunduğu çarpıcı örnekleri arasındadır (3).



Fotoğraf: "Hayatım ve Sosyalleşim" Dr. Abdül Kadir Ekinci, Ankara STED Fotoğraf Yarışması 2001 Büyük Ödül

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

\*\*Tıpta Ahlaki Değer Sorunlarına Yeni Bir Yaklaşım: Feminist Biyomedikal Etik başlıklı çalışmanın ilk bölümü Ağustos 2007 sayısında yayımlanmıştır.





Dr. Elizabeth  
Blackwellwww.nlm.nih.gov

TUS ya da Tıpta Uzmanlık Sınavı'nın, 1987 yılından başlayarak günümüze kadar hekimleri oldukça zorlayan bir sınav olması "bu konudaki en iyi seçenek mi" gibi sorular bir yana bırakıldığında, hekimlere

tıptaki herhangi bir uzmanlık alanına girebilmede daha eşitçi bir ortam yarattığı ve hekimlerin daha az cinsiyet ayrımcılığına uğraması sağladığı söylenebilir. Şimdi yukarıdaki araştırmaya yeniden dönerek TUS sonrasında hekimlerin hangi tıp alanlarını seçtiklerini incelersek, bu konuda önemli bir farklılaşma olduğunu görebiliriz:

Numune Hastanesi'nin 1986 – 2002 yılları arasındaki personel listeleri üzerinden TUS'un kadınların belli alanlara girişi üzerindeki etkileri incelenmiştir. 1986 yılında ortopedi ve kulak burun boğaz bölümlerinde hiç kadın hekim bulunmazken, sırasıyla %7.6 ve %6.6 oranlarında kadın hekim girişi olduğu; genel cerrahi, üroloji ve radyoloji için bu oranların sırasıyla %4'ten %9.8'e, %5.5'ten %10'a, %19.5'ten %41.1'e çıktığı gözlenmiştir (2).

Kuşkusuz süreç içinde tıp fakültelerine giren kadınların, dahası tıp fakültelerindeki kadın öğretim elemanlarının sayısı aritmetiksel olarak artmış olmakla birlikte, kadın doktorların bazı anabilim dallarında yoğunlaşmaları dikkat çekicidir. Burada özellikle tıp alanlarındaki kadın erkek oranları yerine, hala bazı tıp alanlarının kadınlara uygun değilmiş olarak algılanması (4) ve bunun bir biçimde kadın hekimlere hissettirilmesi, kadın hekimlerin gerek uğraşları, gerekse yöneticilikleri sırasında karşılaştıkları sorunlar bu konuda tartışılması gereken noktaların başında yer almaktadır.

İletişim: Dr. Serap Şahinoğlu

E-posta: serapsahinoglu@yahoo.co.uk

#### Kaynaklar

- 1- Bagchi A K (1994). Great Women of Sciences, Konark Pub., Delhi.
- 2- Gelegen D G (2003). Tıp Mesleğinde Toplumsal Cinsiyet İklimi: Ankara'da Kadın Hekimler Üstüne Bir Çalışma. Uluslararası Katılımlı 3.Ulusal Tıp Etiği Kongresi Kitabı içinde, Der. A D Erdemir ve ark., Türkiye Biyoetik Derneği Yay., Bursa, 1: 457-464.
- 4- Şahinoğlu Pelin S (1998) Kız öğrencilerin tıp fakültesine kabulünün 75. yılını kutlarken. N Yıldırım (ed), Sağlık Alanında Türk Kadını, Novartis Yay., İstanbul, 486-489.
- 3- Şahinoğlu S. (2001). Kadın ve kadın bedeninin tıp uğraşındaki yeri. E Bilal (ed) I. Edirne Tıp Tarihi Günleri Bildirileri Kongre Kitabı, Trakya Üniversitesi Rektörlüğü Yay., Edirne, 253-265.

## TTB- STE Kredi Puanı ve Kitap Kazananlar



### Haziran 2007 sayımızdaki Ödüllü Bulmaca'dan kredi puanı kazananlar

- 1- **Yüksel Tur**, 2- Serdal Kanuncu (Ankara), 3- İlyas Korkmaz (Antalya), 4- Mualla Onrat, 5- Şermin Altunel Uzun (Eskişehir), 6 - Kemal Demirkıran (İstanbul), 7- **Cengiz Kaplan**, 8- İzzet Yılmaz (Kırklareli), 9- **İbrahim Yakutbay**, 10- Seher Yeşilyurt (Kütahya), 11- Mustafa Şahin (Malatya), 12- Mustafa Atasoy, 13- **Cengiz Semercioğlu**, 14- Emel Şenyer, 15- **Nur Figen Akdağ**, 16- Fatma Canki (Tekirdağ).

Yıldız (\*) konulmuş olanlar, Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma Merkezi'nin "Yaşlılık Gerçeği" adlı kitabını armağan ediyoruz.



# Sağlık Ocaklarımızdan

## Balıkesir Merkez 3 Nolu Sağlık Ocağı



*Dr. Özlem Gündoğdu\**

Sağlık ocağımız 1985 yılına kadar İl Halk Sağlığı Laboratuvarı'nın birkaç odasında, 1986 yılından sonra da belediye başkanlığına ait 3-4 dükkanın birleştirilmesi sonucu oluşturulan oldukça yetersiz koşullarda hizmet vermiştir. 1989 yılında ocağımız çalışanları ve bölge halkının katılımı ile dernek kurulmuş, 1992 yılında belediyeden arsa sağlanarak 1993 yılında binanın yapımına başlanmıştır. Sağlık ocağımız, Sağlık Bakanlığı ve çalışanlarımızın aktif çabaları sonucu yardımlar toplanarak 30 Ekim 1997 tarihinde hizmet vermeye başlamıştır. 1997 yılından bugüne yeni binasında etkin, verimli, eşit, yaygın, çağdaş ve sürdürülebilir çalışma ile temel sağlık hizmetlerinde yürütülen tüm konularda anlamlı ve hizmetin kalitesini artırıcı, yaşamsal istatistik verilerinin kabul edilebilir, iyi bir düzeyde yürütülebilmesini amaçlamaktadır.

Sağlık ocağımız 1986 yılında yedi köy ve 60.000 nüfusa hizmet verirken, yeni sağlık ocaklarının açılması sonucunda şu anda hizmet bölgemizde köy ve sağlık evimiz yoktur. İlimizde toplam 132 adet sağlık ocağı bulunmaktadır. Merkez ilçede 17, köylerde de 12 olmak üzere toplam 29 sağlık ocağı bulunmaktadır.

Sağlık ocağımız dört mahallede 20.784 nüfusa hizmet vermektedir. İlimizdeki merkez

sağlık ocakları içerisinde en yoğun ve iş hacmi en fazla olanlarından biridir. Bölgemizdeki mahallelerde hane sayısı toplamı, 7.030'dur.

Sağlık ocağımızın sorumlu olduğu bölgede toplu yaşanan yer olarak iki adet lise ve bir adet ilköğretim okulu vardır. Okulların öğrenci sayıları toplamı 4.450'dir.

Bölgemizde son beş yıllık ev takip fişlerinde (ETF) nüfus piramitleri incelendiğinde, 50-85+ yaş gruplarında kısmi olarak yüzde altı artış söz konusudur. 0-4 ve 5-9 yaş gruplarında ise eksilme görülmektedir. 0-4 yaş grubunda %20 azalma, 5-9 yaş grubunda %9 azalma olmuştur. 0-4 ve 5-9 yaş gruplarındaki bu azalmada aile planlamasının katkısı olduğu düşünülmektedir. İlimizde son beş yıllık kaba doğum hızı (KDH) binde 9,2-10,1 iken, Türkiye'de ise binde 23,4'tür. (Türkiye ortalaması, Anne-Çocuk Sağlığı/Aile Planlaması Genel Müdürlüğü verisidir). Sağlık ocağı bölgemizde ise binde 10,4-11,1 oranında olup Türkiye ortalamasının oldukça altındadır. Genel doğurganlık hızı ilimizde binde 35-38 iken sağlık ocağı bölgemizde binde 38-40'tır. Yaşa özel doğurganlık hızı karşılaştırıldığında; sağlık ocağı bölgemizde doğurganlık hızının en yüksek olduğu yaş grupları 20-24 (%33), 25-29 (%35) ve 30-34'tür (%22). (Türkiye ortalaması Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü verilerine göre yaşa özel doğurganlık hızlarının en yüksek olduğu gruplar 20-24 ve 25-29 yaş gruplarıdır.) Yaşa özel doğurganlık hızlarımız Türkiye'nin genel görüntüsüne uygundur.

Sağlık ocağımızda gebe izlem oranları il ortalamasının %50 üzerinde, Türkiye ortalamasının ise üç katıdır. İlimiz genelinde doğumların ortalama %96-99'u hastanede yaptırılırken, sağlık ocağı bölgemizde bu oran %99,5-100'dür, Türkiye ortalamasının oldukça üzerindedir. Bölgemizde, evli kadınlar arasında etkili aile planlaması yöntemleri kullananlar Türkiye ortalaması düzeyindedir. Ancak modern yöntem kullananlar Türkiye



\* 2006 yılı TTB Nusret Fişek Sağlık Ocağı Ödülü Başvuru Dosyası'ndan özetlenmiştir.

ortalamasının üzerinde (%50,68), geleneksel yöntem kullananlar ise (%20,16) Türkiye ortalamasının altındadır. 15-49 yaş grubundaki kadınların yıllık ortalama izlem sayıları incelendiğinde sağlık ocağı ortalamamız il ortalamalarının üzerindedir. Toplam doğurganlık hızı (TDH) 2003 Türkiye ortalaması binde 2,2'dir. Sağlık ocağımız 2006 yılı oranı ise binde 1,2'dir. Sağlık ocağımızın gerek bebek gerekse çocuk başına düşen yıllık ortalama izlem sayıları ilimiz ve Türkiye ortalamalarının oldukça üzerindedir Sağlık Bakanlığı'nın aşılama takvimine uygun olarak yenidoğanların ve çocukların aşılama eksiksiz yapılmaktadır. Son üç yılda yaptığımız çalışmalarda kızamık aşısı oranı %94-102, DBT3-OPV3 aşısı oranı %90-103, BCG aşısı oranı %85-97 olup Marmara Bölgesi ve Türkiye ortalamasının üzerindedir. 2006 yılında okullara BCG/PPD uygulaması Sağlık Bakanlığı genelgesi ile kaldırıldığından yapılmamıştır. Okul aşılarında tetanoz yerine dT (erişkin tip difteri-tetanoz) yapılmıştır. Okul aşılama takvimine uygun olarak bölgemizdeki ilköğretim okulunun aşıları tamamlanmıştır.

Bölge nüfusumuz yaklaşık aynı kalmak üzere, hasta muayene sayılarımız her geçen yıl artmaktadır. 2006 yılında poliklinik muayene sayımız 67.251'dir. Bölgemizde sağlık ocağımıza yıllık başvuru ortalaması kişi başına 3'tür. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü ve Sağlık Bakanlığı'nın son Nüfus ve Sağlık Araştırması'nda bebek ölüm hızı, 1998 yılında 1000 canlı doğumda 42,7 iken 2003'te 29 olarak açıklanmıştır. Oysa sağlık ocağımız bölgesinde bu oran %4,61-17,24 aralığında değişmektedir.

Çevre sağlığı ile ilgili birçok temel konuda yetki ve sorumluluklar belediye başkanlıklarına, il ve ilçe özel idare müdürlüklerine; gıda konusunda yetki ve sorumluluklar yine belediyelere ve il-ilçe tarım müdürlüklerine; hava kalitesinin korunması ile ilgili yetki ve sorumluluklar da il çevre müdürlüklerine devredilmiştir. Gerek genel çevre sağlığı konuları, sıhhi-gayrisıhhi müesseseler, gerekse gıda konusunda 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, Gıda Maddeleri Tüzüğü ve 560 sayılı Gıdaların Üretimi, Tüketimi ve Denetlenmesine Dair Yasa ve bunlara bağlı olarak çıkarılan birçok yönetmelik ve yönerge ya değiştirilmiş ya da iptal edilmiştir. Sağlık Bakanlığı, koruyucu sağlık hizmetlerinin önemli bir

bölümünden çekilmiş ve sağlığın bütünselliği bu alanda da zedelenmiştir.

2006 yılında sağlık ocağı personelimiz; Hipotirodi ve Fenilketonüri Tarama Eğitimi, Verem Kontrol Programı, Anne Destek Grubu Eğitim Programı, Enfeksiyon Kontrolü Eğitim Programı ile bel ağrıları, organ ve doku nakli, birinci basamakta psikiyatrik hastaya yaklaşım, üreme sağlığı, kendi kendine meme muayenesi, aşılar, Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA), ishaller, anne sütünün önemi, emzirme konulu hizmet içi eğitimlerine katılmıştır.

Ulusal Anne Ölümleri Projesi kapsamında Mayıs 2005-Mayıs 2006 tarihleri arasında 12-50 yaş arasında ölen tüm kadınlar araştırılmıştır. Balıkesir bu çalışmaya katılan 29 il arasında yer almıştır. Sağlık ocağı hekimlerimizden Dr. Songül Kakıcı il proje doktoru olarak bu çalışmaya katılmıştır. Proje kapsamında Balıkesir'deki ilçe sağlık grup başkanlarına ve 980 civarındaki köy muhtarına eğitim verildi. Bildirilen tüm 12-50 yaş kadın ölümleri proje doktorumuz ve proje araştırmacısı ile ev ölümlerinde yakınları ile görüşülerek, sözel otopsi yapılarak araştırıldı. Hastane ölümlerinde ise hasta dosyaları incelenip doktorları ile görüşülerek kesin ölüm nedenleri belirlenmeye çalışıldı.

Yapılan çalışma ile ilgili 2006 yılı Haziran ayında ilgili kurumlarca 12 aylık verilerin sonuçları değerlendirilmeye başlanmıştır. Sağlık Bakanlığı ve Avrupa Birliği arasında imzalanan bir proje kapsamında kanser konusunda sürdürdüğü çalışmalarla ilgili olarak Devlet Hastanesi Kanser Erken Tanı ve Tarama Merkezi (KETEM) ile birlikte bölgemizde meme kanseri konusunda 15 Eylül 2004-Şubat 2007 tarihleri arasında iki aşamalı tarama yapılmıştır. Balıkesir Devlet Hastanesi KETEM'de yapılan taramaya; hastaneye olan yakınlık, ETF kayıtlarının düzenli olması ve nüfusun taramaya uygun olması gibi unsurlar dikkate alınarak 50-69 yaş grubu kadın nüfusu 1.933 olan Merkez 3 No'lu Sağlık Ocağı bölgesindeki dört mahallenin alınması kararlaştırılmıştır. KETEM sorumlu hekimi ve Merkez 3 No'lu Sağlık Ocağı sorumlu hekimi başkanlığında sağlık ocağı hekim ve ebelerinin de katılımı ile bir toplantı yapılarak planlanan meme kanseri taraması anlatılmıştır. İşbirliği içinde yapılacak olan bu çalışmada karşılıklı görüşler alınıp ortak bir çalışma planı



oluşturma konusunda ilk adımlar atılmıştır. Tarama bölgesi olarak seçilen dört mahallenin muhtarları ile Merkez 3 No'lu Sağlık Ocağı'nda bir toplantı düzenlenerek, meme kanseri taraması projesi anlatılıp destekleri istenmiştir. Taramaya 1.435 kişi katılmıştır. Katılım oranı %74,19 olmuştur. 1.435 kişilik katılan grup içinde iki kişide kanser saptanmış olup, bu da %1,39 oranına karşılık gelmektedir. İlk olgu invazif lobüler karsinom, ikinci olgu müsinöz karsinomdur. İkinci taramada öncelikle Merkez 3 No'lu Sağlık Ocağı ile ebelerinin yapması gerekenler belirlenmiştir. İkinci etapta hedef nüfus için kayda giren ve çıkan hastaların düzenlendiği yeni bir tarama listesi oluşturulmuştur. Şubat 2007 itibariyle ikinci etapta 750 kişi taranmış ve altı kişiye biyopsi yapılmıştır. İki kişiye invazif duktal karsinom tanısı konmuştur.

TRT, 8 Temmuz 2006 tarihinde sağlık ocağımızdan bir hekim ve bir ebenin gerçekleştirdiği meme taramasına katılan kadınlarla evlerinde röportaj ve çekim yapmıştır.

Sağlık ocağımız Bebek Dostu Sağlık Ocağı olup, anne sütünün özendirilmesi ve emzirmeyi sürdürmek ile ilgili gerekli eğitimleri ve uygulamaları sürdürmektedir. 2006 yılından itibaren uygulanmaya başlanan Çocuğun Psikososyal Gelişimini Destekleme (ÇPGD) Programı birinci basamak sağlık kurumlarında gebe ve çocuklara yönelik koruyucu sağlık

hizmetlerinden biridir. Gebelerin ve çocukların fiziksel büyüme ve gelişimi; mahalleler gezilerek Bebek ve Çocuk İzleme Fişi (Form:006), Gebe ve Lohusa İzleme Fişi (Form:005), yaş/kilo grafiği işlenmek suretiyle ebelerce izlenmekte, hekimlerce de bu izlemler kontrol altında tutulmaktaydı. Ancak ÇPGD programı kapsamındaki görüşme formu ile de çocuğu ruhsal ve sosyal boyutları ile izlemek ve desteklemek olanaklıdır. 2006 yılında bölgemizdeki 90 gebe ve 222 bebeğin hepsi ile 793 çocuktan 703'ü (%89) bu program kapsamında değerlendirilmiştir.

Doğrudan gözetimli tedavi uygulaması, tüberkülozlu hastalar için hastanın tüm tedavi süresince ilaçlarının her dozunu bir görevli ya da sorumlu kişinin gözetiminde içmesi ve bu durumun kaydedilmesi esasına dayanmaktadır. 2006 yılında Verem Savaş Dispanserleri ve Sağlık Ocakları/Sağlık Evlerinde başlatılan doğrudan gözetimli tedavi uygulaması oldukça akılcı bir tedavi biçimi olup bu uygulama sürdürülmelidir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde, halk sağlığını koruma ve geliştirmeyi hedefleyen 224 sayılı yasa ile getirilen sağlık hizmeti esas alınmalıdır. Sistemin amacına uygun olarak işleyebilmesi için de basamaklandırılmış sağlık hizmeti modeli benimsenmeli ve sevk zinciri işletilmeli, sağlık personeli tanımlanan işi dışında görevlendirilmemeli, asli uğraş alanlarında görevlendirilmeli, bireyi değil toplumu hedefleyen çağdaş, nitelikli, parasız, eşit, ulaşılabilir sağlık hizmeti sunulmalıdır. Bölge Tabanlı Sağlık Hizmeti uygulaması yararlı olacaktır. Gerek sağlık ocağı sisteminde, gerekse aile hekimliğinde hastaların öncelikle birinci basamakta tutulması esastır. Ancak bu tür sorunlar ve birinci basamakta reçete edilemeyen onlarca ilaç nedeni ile hastalar üst kademe sağlık kuruluşlarına gitmekte ve buralardaki yığılmalar artmaktadır.

Bu konuda çağdaş yaklaşımlar geliştirilmeli, hangi ilaçların yazılabileceğine ve sevk zincirinin nasıl işleyeceğine bütçe uygulama talimatları ile maliye bürokratları değil Sağlık Bakanlığı ve meslek kuruluşları (Türk Tabipleri Birliği ve Türk Eczacıları Birliği), uzmanlık dernekleri ve üniversitelerin bilim kurulları karar vermelidir.



# Klavyem, Stetoskopum ve Ben

Arif Onan\*



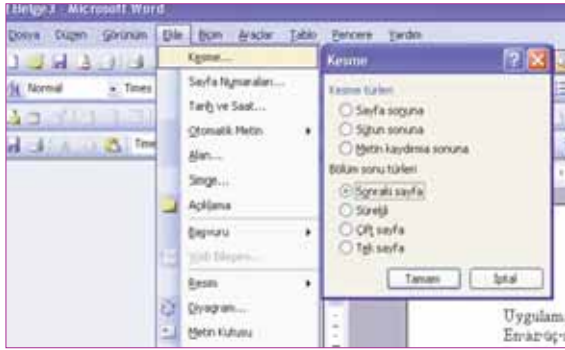
## Word belgesinde Üstbilgi – Altbilgi Kullanımı

Tez benzeri uzun metinler bölümlerden oluşur. Her bölümün kendi adı ve başlangıç, bitiş sayfası olması gerekebilir.

Bu durumu her bölümün iki sayfadan oluştuğu çoklu MSWord belgesi üzerinde göstereceğiz.

Önce yeni bir MSWord belgesi oluşturunuz. Belgede bölüm oluşturmak için aşağıdaki işlem sırasını uygulayınız.

- Ekle menüsünden kesme sekmesini tıklayınız.



- Ekranı gelen panelden bölüm sonu türleri grubundan sonraki sayfa seçeneğini işaretleyiniz. Böylece yeni bir bölüm oluşturabiliyoruz.

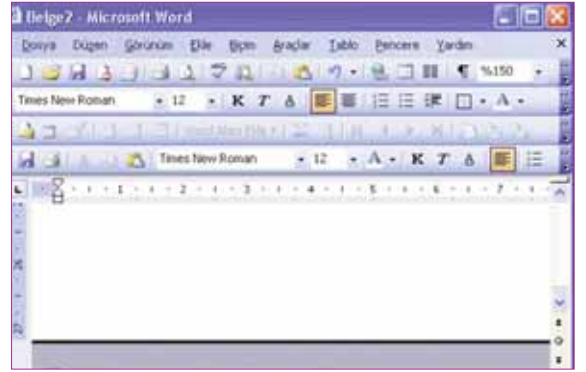
- Üç bölüm için de aynı işlemi yineleyiniz. Sonuçta belgenizde üç bölüm oluşmalıdır. Bölümler en az iki sayfadan oluşsun istiyoruz.

- Sayfaları oluşturmak için ekle menüsünden kesme sekmesini tıklayınız.



- Ekranı gelen panelden kesme türleri grubundan sonraki sayfa seçeneğini işaretleyiniz. Diğer bölümler için de aynı uygulamayı yineleyiniz.

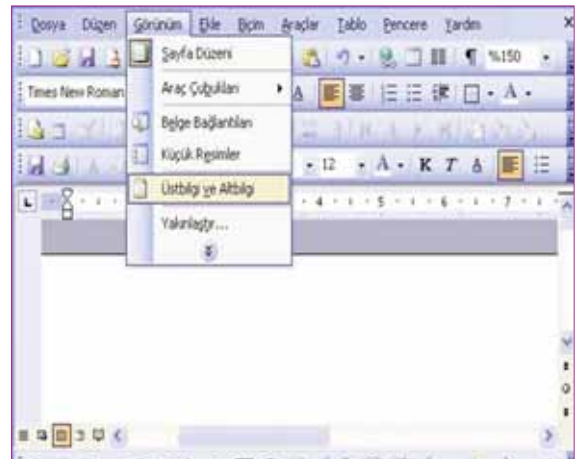
MSWord belgelerinin altında durum çubuğu vardır. Çalışmanızın durumunu durum çubuğundan izleyiniz.



### Durum Çubuğu

Belgenin sonuna ulaştığınızda bölüm üç, sayfa altı dipnotunu görüyorsanız sorunsuz biçimde uygulamayı yaptınız demektir. Bölümler ve sayfaları oluşturduğumuza göre bölümler için üstbilgi-altbilgi çalışmasına başlayabiliriz.

- Birinci bölüm 1. sayfada iken görünümünden "Üstbilgi ve Altbilgi" menüsünü tıklayınız.





MSWord belgenizin başlık bölümünde bir kutucuk açılacak ve üzerinde Üstbilgi-Bölüm 1 yazısı çıkacaktır. Örneği aşağıdaki resimde görebilirsiniz.



Üstbilgi penceresine giriş yazıp kapatırsanız tüm bölümlerin de giriş olarak adlandırıldığını görürsünüz.

Aşağıda durum çubuğu ikinci bölümde iken Üstbilgi-Bölüm 2'de giriş yazmaktadır.



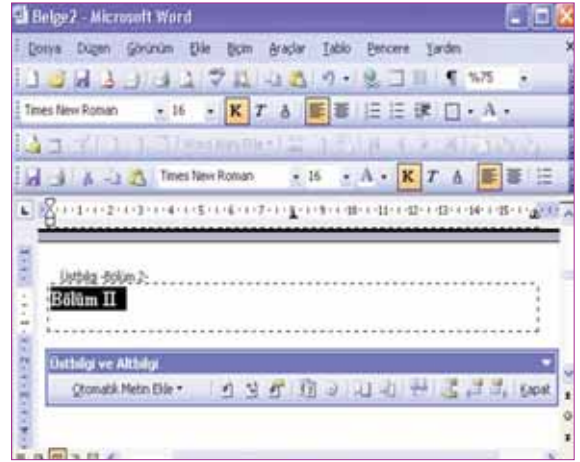
Oysa her bölümün kendi adı olmalı. Yukarıdaki üstbilginin sağ üst köşesine dikkat ediniz.

“Önceki Gibi” tanımı, bölüm bilgisini bir önceki bölümden olduğu gibi alsın anlamına gelmektedir.

İkinci bölümün farklı bir başlığı olsun istiyorsak bu ilişkiyi sonlandırmalıyız.

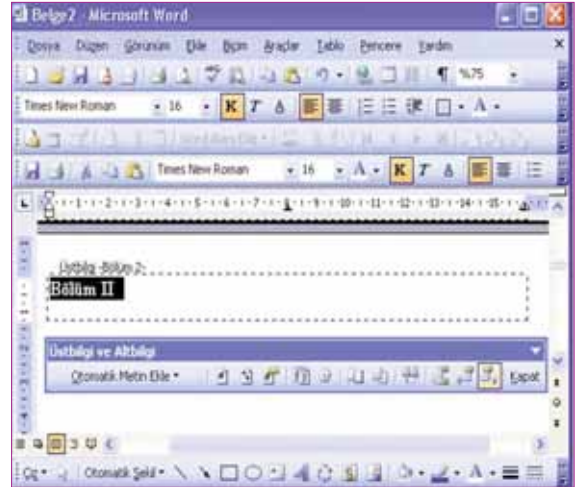
Bölüm 2 Sayfa 3 üstbilgisine ulaşip çift tıkladığınızda Üstbilgi ve Altbilgi araç çubuğu görünür olacaktır. Araç çubuğundan öncekine bağlan tuşunu kullanacak olursanız “Önceki Gibi” tanımının kaybolduğunu görürsünüz. Bundan sonra üstbilgi içine yapacağınız her değişiklik bu bölümü ilgilendirecektir.

Giriş başlığını değiştirdiğinizde giriş bölümü bu değişiklikten etkilenmeyecektir. Aşağıda uygulamanın yapılmış biçimini görmekteyiz.

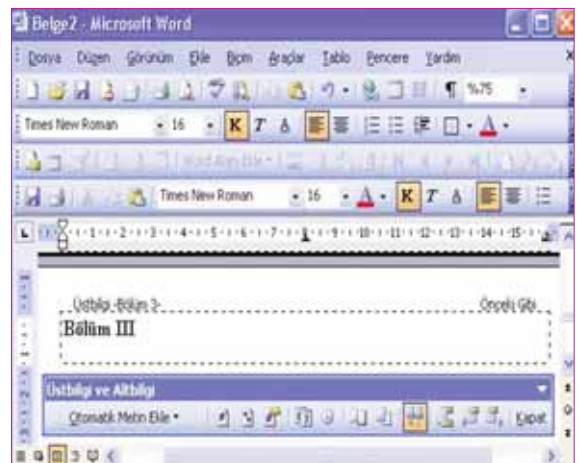


### Üstbilgi ve Altbilgi araç çubuğu

Bölümler arasında gezinirken Üstbilgi ve Altbilgi araç çubuğunda öncekini – sonrakini göster tuşlarını kullanarak gezinebilir, gerekli düzeltmeleri bu pencereden çıkmadan kolayca yapabilirsiniz.



Yararlı olması dileğiyle...



# Mesleksel Beceri

*Dr. Orhan Odabaşı\*, Dr. Melih Elçin\*\**

## Intramusküler Enjeksiyon Yapma Becerisi

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

**Araç:** Dikiş seti (portegü, penset, düz klemp, bistüri), steril örtü, enjektör, lokal anestetik madde, antiseptik madde, steril eldiven, dikiş materyali, steril tampon.

### Basamaklar

**Basamak 1.** Elleri yıkama (Resim 1).



Resim 1

**Basamak 2.** Hastaya işlem hakkında bilgi verme.

**Basamak 3.** Hastaya uygun pozisyon verme\*.

**Basamak 4.** Eldiven giyme (Resim 2).



Resim 2

**Basamak 5.** Enjektöre ilacı çekmeden önce ilacın uygunluğunu kontrol etme\*\* (Resim 3).

**Basamak 6.** Bir parça pamuğu alkolle ıslatma.

**Basamak 7.** Enjektörü steril ambalajından çıkarıp iğnesini takma.



Resim 3

**Basamak 8.** İlaç flakonunun kapağını steril olarak açma (Resim 4).



Resim 4

**Basamak 9.** Enjektörün kapağını açma.

**Basamak 10.** Enjektör iğnesini flakonun lastik tıpasından içeri sokma

**Basamak 11.** İlacı enjektöre çekme (Resim 5).



Resim 5

**Basamak 12.** Enjektör iğnesini flakondan çıkarma.

**Basamak 13.** Enjektörü dik tutup hafifçe vurarak hava kabarcıklarının üst bölgede toplanmasını sağlama (Resim 6).



Resim 6

**Basamak 14.** Enjektörün pistonunu hafifçe iterek havayı çıkarma.

**Basamak 15.** Enjeksiyon bölgesini belirleme\*\*\*.

**Basamak 16.** Enjeksiyon bölgesini alkollü pamukla 5 cm çapında içten dışa doğru dairesel hareketle bir defada slime (Resim 7).



Resim 7

**Basamak 17.** Enjeksiyon bölgesini pasif elin 1 ve 2. parmaklarıyla germe.

**Basamak 18.** Enjektörü iğnenin açık ucunu üstten göreceğ şekilde aktif el ile kalem tutar gibi tutarak dik açıyla ve hızla dokuya girme (Resim 8).



Resim 8

**Basamak 19.** İğne doku içinde iken enjektörü kıpırdatmadan sabit tutma.

**Basamak 20.** Enjektör pistonunu pasif elle geri çekerek kas içine girildiğini kontrol etme (Resim 9).



Resim 9

**Basamak 21.** İlaç yavaşça, dokuda basınç oluşturmayacak hızda enjekte etme

**Basamak 22.** Kuru pamukla bastırırken enjektörü aynı açı ve hızla geri çekme (Resim 10).



Resim 10

**Basamak 23.** Kanama duruncaya kadar enjeksiyon alanına kuru pamukla hafifçe bastırma.

**Basamak 24.** İğnenin koruyucu kapağını kapatmadan enjektörü delici kesici atık kutusuna atma (Resim 11).



Resim 11

**Basamak 25.** Kullanılan malzemeleri kırmızı çöp torbasına atma (Resim 12).



Resim 12

**Basamak 26.** Eldivenleri çıkarma (Resim 13).



Resim 13

**Basamak 27.** Elleri yıkama (Resim 14).



Resim 14

*\*Dorsogluteal bölge için hasta yüzüstü yatırılarak kalça eklemi içe rotasyon yapacak ve başparmaklar birbirine bakacak şekilde ayakları içe çevirme.*

*Deltoid bölge için hastayı sırtüstü ya da oturur pozisyona getirerek deltoid bölgesini açma.*

*\*\* Son kullanma tarihi, uygun ısı, renk, doğru ilaç.*

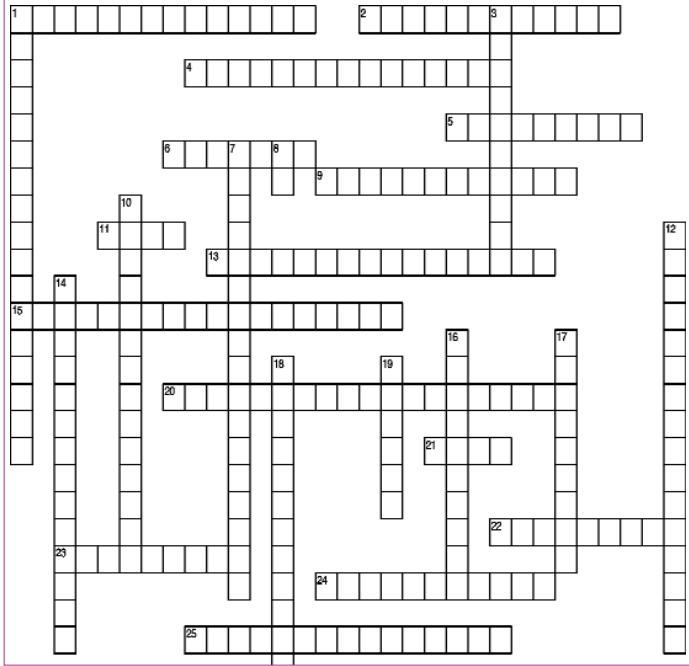
*\*\*\* Dorsogluteal bölge için gluteal bölgeyi krista iliaka, gluteal kıvrım ve koksaların arasındaki bölüme sınırlandırıp enine ve boyuna çizgilerle dört parçaya bölerek üst dış bölgeye enjeksiyon uygulanır.*



# 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 **Aralık 2007** sayımızda yayımlayacağız.



1- Üriner enkontinansın neden olduğu bir rahatsızlık, 1- Üriner enkontinans tedavisinde invaziv olmaması nedeniyle uygulanan yöntem, 2- İntramüsküler enjeksiyon yapmak için kullanılan bir bölge, 3- Epilepsi olan gebelerde nöbet riskini artıran bir ilaç, 4- Tepkisel bağlanma bozukluğu olan çocuklarda bozulan bir süreç, 5- Tepkisel bağlanma bozukluğunun bir tipi, 6- İdrar kaçırmaya neden olabilen bir solunum yolu bulgusu, 7- Özellikle yaşlı kadınlarda sık görülen bir hastalık, 8- Kegel egzersizlerinin en

az uygulanma sayısı (yazıyla), 9- Çocuklara bedenlerinin işlevlerini öğrenmeleri için verilmesi gereken bir eğitim, 10- Üriner enkontinans tedavisinde kullanılan bir yöntem, 11- Tepkisel bağlanma bozukluğunun ayırıcı tanısında düşünülmesi gereken bir hastalık (kısaltma), 12- Bir sigara bırakma yöntemi olarak medyada da sık görülen bir yöntem, 13- Bebek ile birincil bakıcısı arasındaki ilişkiden doğan bir bozukluk, 14- Tepkisel bağlanma bozukluğuna yol açan en önemli etken, 15- Kalp yetmezliği olan diabet hastalarında dikkatli kullanılması gereken bir ilaç grubu, 16- Tepkisel bağlanma bozukluğu için bir risk grubu, 17- Kalp ameliyatları sırasına kanamayı önlemek için kullanılan, ancak yan etkileri nedeni ile piyasadan çekilen bir ilaç, 18- Tip 2 diyabette kalp krizine neden olabileceği ileri sürülen bir ilaç, 19- İrritabl barsak sendromunda kullanılan ve piyasadan çekilen bir ilaç, 20- İdrar akımını durduran kas grubu, 21- Sigara yerine kullanılmasına kimi ülkelerde başlanan bir tütün ürünü, 22- Türkiye'deki ilk kadın hekim, 23- Tepkisel bağlanma bozukluğunun ketlenmiş tipinde görülen bir davranış şekli, 24- Nöropsikiyatrik etkilere yol açabilen bir grip ilacı, 25- Çocuğun etkilenmemesi için dışarıda sigara içenlere verilen ad.

## STED Haziran 2007 Ödüllü Bulmaca Doğru Yanıtları:

1- Raşitizm, 2- Vardiya, 3- Böbrek Yetmezliği, 4- Yaşlılık, 5- Mesleki Hata, 6- İndapamid, 7- Performans, 8- Bilir Kişilik, 9- Sağlık Ocağı, 10- Meslekten Alıkoyma, 11- Düşük Kiloluluk, 12- Sağlık Sektörü, 13- Gerçek Dışı Rapor, 14- Güney Asya, 15- Aminoglikozidler, 16- Zorunlu Hizmet, 17- Şişmanlık, 18- İstihdam Güvencesi, 19- Kişisel Sağlık Fişi, 20- Osteoporoz, 21- Adli Tıp, 22- Etik, 23- Aile içi Şiddet, 24- Sağlık Reformları, 25- Trafik Kazaları.