

# sted

'Bilimsel  
ve Dostça'

Cilt : 16

Sayı : 4

Nisan

2007

ISSN 1300-0853



Kadına Yönelik Bariyer Yöntem: Kadın Kondomu 44

Birinci Basamakta Bel Ağrısının Anksiyete,  
Depresyon ve Yaşam Kalitesiyle İlişkisi 52

Bir Grup Hekim ve Hemşirenin Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile  
İlgili Bilgi ve Düşüncelerinin İncelenmesi 57



## Yayın Yönetmenleri

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

## Yayın Kurulu

Doç. Dr. Özen Aşut Dr. Mehmet Özen  
 Dr. Aysun Balseven Odabaşı Dr. Fatih Sariöz  
 Dr. Zeren Barış Dr. Murat Sincan  
 Dr. Şamih Demli Dr. Figen Şahpaz  
 Dr. Betigül Gülliter Dr. Sevinç Yılmaz Yeltekin  
 Dr. R. Ekrem Kutbay Stj. Dr. Yılmaz Yıldız

## 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 Baskan 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 Büyükakkuş Dr. Mustafa Süllü  
 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

Doç. Dr. Özen Aşut

## Yayın Yönetim Merkezi ve İletişim Adresleri

Türk Tabipleri Birliği: Gazi Mustafa Kemal Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil  
 Sok. 2 Kat: 4 Maltepe 06570 Ankara  
 Tel: (0.312) 231 31 79/33 Faks: (0.312) 231 19 52-53  
 E-posta: [sted@ttb.org.tr](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: ???? Temmuz 2007

## Kadına Yönelik Bariyer Yöntem:

Kadın Kondomu 44

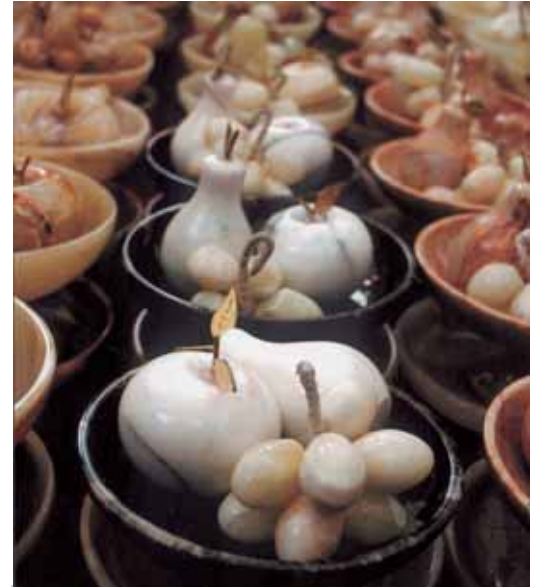
Dr. Deniz Çalışkan, Dr. Gülsün Kuyucu

## Birinci Basamakta Bel Ağrısının Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesiyle İlişkisi 52

Dr. Elif Onur, Dr. Hatice Gülhan, Dr. Yasemin Özbek, Dr. Derya Çavuş, Dr. Tunç Alkın

## Bir Grup Hekim ve Hemşirenin Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile İlgili Bilgi ve Düşüncelerinin İncelenmesi 57

Dr. Hilmiye Aksu, Dr. Eralp Atay, Dr. Banu Karaöz, Hem. Öznur Körükçü, Hem. Gonca Özmeri



## Kapak Fotoğrafı:

"Doku"

Dr. Ali Cansu Bozacı, Ankara  
 TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2006  
 Galeri Sanat Yapım Ödülü



### Merhaba,

"ÖSS'den "emekliliğimize" kadar talep ediyoruz! Hekimler olarak söz veriyoruz! Tıp fakültesini tercih ettiğimiz günden hekimlik yaşamımızı / yaşamımızı tamamladığımız güne kadar iktidarlardan, iktidar adayı partilerden, devletten, toplumdan beklentilerimiz var, topluma karşı sorumluluklarımız var.

Tıp fakültesine girişte, hekim adayı olmak açısından koşulların ve fırsatların eşit olmasını, tıp eğitiminin yetkin hekim yetiştirecek nitelikte olmasını, her düzeyde kamusal bir sorumlulukla/parasız verilmesini; özel dersane, özel tıp fakültesi gibi eşitsizliği arttıran seçeneklere sapsadan çalışkan, hekimliği insana hizmet için seçen, hekimlik mesleğini seven gençlerin seçilerek iyi birer hekim olarak yetiştirilmesini talep ediyoruz.

Bu toplumun bir yurttaşı olarak bütün eğitim süreçlerinin parasız / kamusal bir sorumlulukla yerine getirilmesi talebini dile getiren, özel dersane gerçeğini eğitim sürecinin bir "vazgeçilmez"i olmaktan çıkartarak çocuklarımızı yaşama döndürecek ve fırsat eşitliği sağlamaya katkı sunacak çabaları yürekten desteklemeye, Tıpta Uzmanlık Sınavı dersanelerinin gereksizliğini her ortamda vurgulamaya ve işlevsiz kılmak için bir programı altı ay içerisinde netleştirmeye ve takiben yürürlüğe koymaya hekimler olarak söz veriyoruz. ...



Fotoğraf: "Hercai" Dr. Derya Aksu, Konya  
STED Fotoğraf Yarışması 2006 Sergi Ödülü

Tıp fakültesi eğitiminin hekim olma açısından bir "kök hücre" yetiştirme süreci olduğunu düşünüyor, eğitimin ülke gereksinimlerinden kopuk uzman yetiştirme yönelimli değil, genel pratisyenlik disiplini özendirme temelinde olmasını, tıp fakültesini bitiren hekimlerin genel pratisyenliği tercih etmesi için ekonomik - sosyal haklar açısından desteklenmesini talep ediyoruz. ...

Sağlık hizmetlerinin birinci basamakta piyasa koşullarına açılması, terk edilmesi ve iş güvencesiz / sözleşmeli istihdam demek olan aile hekimliği sisteminin derhal durdurulmasını, sağlık ocaklarında ekip anlayışı içinde toplum katılımını öngören sağlık ocağı kurullarının işler ve sevk sisteminin zorunlu hale getirilmesini talep ediyoruz.

Engellerin, rekabet ortamının kaldırılması, dayanışmacı-ekip anlayışının desteklenmesiyle eş zamanlı olarak, bir geriye dönüşü değil, bütün Türkiye ölçeğinde dün olandan daha da iyisini ve gelişkinini oluşturmak için sağlık ocaklarında olağanüstü bir çabanın derhal ateşleyicisi olmaya hekimler olarak söz veriyoruz. ...

Hekim ve diğer sağlık çalışanlarının çalışma ve özlük haklarında, dolayısıyla yaşam koşullarında düzeltme ve iyileştirme yapmadan, hata kaynaklarını azaltmaya yönelik önlemleri kamusal bir sorumlulukla almadan, hekim-hasta ilişkisini bir hasım ilişkisine dönüştüren "malpraktis yasası" gibi hekim hatalarından para kazanma ve özel sigorta şirketlerine para aktarma düzenlemelerini red ediyor, bu tür yasaların yol açtığı çekinik tıp uygulamaları ile hastaların mağduriyetine ve hekim - hasta ilişkisini tahrip edecek çabalara girilmemesini talep ediyoruz.

Hekim hatalarının azaltılması ve mümkünse ortadan kaldırılması için yapılması gerekenleri her sağlık kuruluşu için o birimde çalışanlarla birlikte en geç bir yıl içerisinde belirlemeye ve gereği yapılmak üzere yetkililere ileterek süreci aktif izlemeye hekimler olarak söz veriyoruz...."\*.

### Bilimsel ve dostça kalın...

\*Ankara Tabip Odası Sağlık Politikaları Komisyonu'nun hazırladığı 28 maddelik "Talep Ediyoruz! Hekimler Olarak Söz Veriyoruz!" metninden alındı. Metnin tamamına [www.ttb.org.tr](http://www.ttb.org.tr) adresinden erişebilirsiniz. "

# Kadına Yönelik Bariyer Yöntem: Kadın Kondomu

A Barrier Contraceptive Method for Women: Female Condom



Dr. Deniz Çalışkan\*, Dr. Gülsün Kuyucu\*\*

## Öz

Bu derleme çalışmasında, kadına yönelik yeni bir bariyer yöntem olan kadın kondomunu tanıtmak, etki mekanizması, etkinliği, olumlu-olumsuz yönleri, kimler kullanabilir, kimler kullanamaz, kullanım kuralları, yan etkileri, izlemi ve uyarı belirtileri konusunda bilgi vermek ve kadın kondomu ile ilgili sıkça karşılaşılan soruları yanıtlamak amaçlanmıştır.

Kadın kondomu cinsel ilişki öncesinde; hem gebelikten, hem de cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan (CYBE) korunmak amacıyla vajene yerleştirilen 17 cm uzunluğunda, dayanıklı, yumuşak, şeffaf, poliüretan bir kılıftır. Penis ile vajen serviks ve dış genital organlar arasında bir bariyer-engel oluşturur. Düzenli ve doğru kullanımda başarısızlık hızı %5'tir. Lateksten daha güçlü ve kokusuzdur. Alerjiye neden olmaz ve lateksten farklı olarak hem su bazlı, hem yağ bazlı kayganlaştırıcılar ile kullanılabilir. Kadın kondomunun bilinen bir yan etkisi yoktur. Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (US FDA) 1993 yılında kadın kondomunun satışı ve dağıtımına onay vermiştir.

**Anahtar sözcükler:** Kadın kondomu, derleme.

## Abstract

The aim of this review study is to introduce a new barrier method for women, female condom, and to answer frequently asked questions like how it works, its effectiveness, advantages and disadvantages, who can use it and who cannot, how to use it, its side effects, its follow-up and complications.

The female condom is a strong, soft, transparent, 17 cm-long polyurethane sheath inserted into the vagina before sexual intercourse, providing protection against both pregnancy and sexually transmitted diseases (STDs). It forms a barrier between the penis and the vagina, cervix and external genitalia. Annual pregnancy rates with consistent and correct use is 5%. It is odorless and is stronger than latex. It causes no allergic reactions, and unlike latex, it may be used both with oil-based and water-based lubricants. The female condom has no known side effects. In 1993, the US Food and Drug Administration (FDA) approved the female condom for marketing and distribution.

**Key words:** Female condom, review.

## Giriş

Gelişen cinsel sağlık/üreme sağlığı (CSÜS) yaklaşımı doğrultusunda birinci basamakta sunulan CSÜS hizmetinin temel amacı istenmeyen gebelikleri önleyerek yüksek riskli gebelik, hastalık ve ölümleri azaltmanın yanı sıra CYBE ve komplikasyonlarını önlemek, bireylere bilinçli ve sağlıklı-güvenli üreme ve cinsel davranışı özendirici hizmet ve danışmanlık sağlamak olarak genişletilmiştir (1,2).

Kondom kullanmadan yaşanan her türlü cinsel ilişki, vajinal bir enfeksiyonu ya da adet kanaması olan kadınlarla ve cinsel organ bölgesinde akıntı, yara, şişlik olan erkeklerle yaşanan korunmasız cinsel ilişkiler, korunmasız oral/anal ve dezenfekte edilmemiş cinsel oyuncaklarla temaslar "güvenli olmayan cinsel temas" olarak tanımlanmakta ve CYBE açısından yüksek riskli davranışlar kabul edilmektedir (3).

CYBE ve yol açtığı sağlık sorunlarındaki artışa paralel olarak CSÜS hizmetlerinde sunulan doğum kontrol yöntem

danışmanlığında bariyer yöntemlerin önemi-rolü artmaktadır. Bariyer yöntemler, cinsel ilişki esnasında spermin kadının vajinasına geçmesini engelleyen yöntemlerdir. Kondom (erkek-kadın), diyafram, servikal başlık, spermisitler bu grupta ele alınmaktadır (4). Bariyer yöntemler, doğum kontrol yöntemi olarak çiftleri istenmeyen gebeliklerden korurken aynı zamanda CYBE'den de korumaktadır (2). Bariyer yöntem seçeneği olarak kadın kontrollü yeni bir yöntem olan kadın kondomu 1993 yılından bu yana kullanılmaktadır (5).

Aile planlaması danışmanlığında yöntem yelpazesinin geniş olması, kişinin kendisine en uygun yöntemi seçmesinde kolaylık sağlamaktadır (2). Bu nedenle, bu çalışmada diğer yöntemlere göre daha yeni bir yöntem olan kadın kondomu hakkında yapılan çalışmaların gözden geçirilmesi, birinci basamakta çalışan sağlık çalışanlarının konu ile ilgili bilgi kazanması, kadın kondomu ile ilgili sıkça sorulan sorulara uygun yanıtların verilebilmesi amaçlanmıştır.



**Şekil 1.** Farklı ülkelerde satışa sunulan kadın kondomları

Kadın kondomu gerek sağlık, gerek sosyal yönden kadının kendini korumasını sağlamada önemi gittikçe artan bir bariyer yöntemdir (5). CYBE açısından kadınların erkeklere göre daha duyarlı ve daha büyük risk altında olduğu bilinmektedir (6). HIV/AIDS açısından heteroseksüel yolla partnerleri nedeniyle enfekte olan kadın sayısı giderek artmaktadır. HIV/AIDS'li 40 milyon insanın yarısı, Sahraaltı Afrika'da yeni olguların %60'ı kadındır,. HIV/AIDS'li kadınların çoğunluğu evli ya da kalıcı ilişkileri olan kadınlar olup virüsü genellikle erkek partnerlerinden kapmaktadırlar (7). Bariyer yöntemlerin CYBE'ye karşı koruyuculuğu ile ilgili yapılan çalışmalarda, kadın ve erkek kondomunun koruyuculuğu eşit kabul edilmekte ve CYBE'lere karşı koruyuculuğun %60-96 arasında değiştiği belirtilmektedir (7,8,9). Kadın kondomu, özellikle cinsel eşleri kondom kullanmayan kadınlara CYBE'den korunma ve doğurganlığını kontrol etme şansı vermektedir. Kadının; üreme sağlığını kontrol etme hakkı, kadına yönelik bariyer yöntem olan kadın kondomu ile mümkün olmaktadır. WHO ve UNAIDS gibi uluslararası sağlık kuruluşları, ulusal üreme sağlığı programları içinde ikili özelliği (gebelikten ve CYBE'lerden koruma) nedeniyle kadın kondomuna geniş yer ayırmaktadır. Güney Afrika, Brezilya, Gana ve Zimbabve gibi ülkelerin giderek artan kadın kondom alımları etkili ve verimli programların istemi ve kullanımı artıracaklarını göstermektedir (5,10).

#### **Tarihçesi**

Kadın kondomu erkek kondomuna alternatif olarak geliştirilmiştir ve bu yöntem kadınların kendilerini CYBE'den korumak için

daha fazla kontrolünün olacağı bir yöntem olarak belirtilmektedir (6,11).

İlk kez 1992 yılında Avrupa'da piyasaya sürülen kadın kondomu günümüzde çeşitli markalarla (Femidon, Reality, Women's Choice) satışa sunulmaktadır (11,12). İkili etkisi sayesinde, HIV/AIDS dahil CYBE'den korunmanın yanı sıra, gebeliği de önlemektedir. Özellikle eşleri erkek kondomu kullanmayan kadınların kendilerini koruyabilmelerini sağlamaktadır.1993 yılında U.S. FDA onayı alınmıştır (10).

Üç tip kadın kondomu üzerinde çalışılmaktadır. Bunlardan en yaygın olarak kullanılanı, Reality vaginal kondomdur. 17 cm uzunluğunda bir poliüretan kılıftır, ucunda fleksibl halkalar vardır. İç halka pubis arkasına oturarak, dış halka dış labiaları kapatmaktadır (5,13,14). Diğeri, tampon gibi plastik bir uygulayıcısı olan "Kadınların Tercihi Kadın Kondomu" (Womens Choice Female Condom)'dur. Bu yöntem, erkek kondomuna benzer, ancak erkek kondomundan %30 daha kalın, lateksten yapılmış bir kılıftır. Klinik deneylerde takılması ve çıkarılması daha kolay ve ucuz olduğu için, kullanıcıların tercih edeceği bir kondom olacağı düşünülmüştür. Üçüncü tip kadın kondomu ise lateksten ve tüm perineyi-dış genital organları örtecek biçimde tasarlanmış ve CYBE'den kadını daha iyi koruma sağlayacağı düşünülmüştür, araştırmalar halen sürmektedir (14).

Maliyeti daha az olan lateksten yapılmış kadın kondomlarının en az poliüretandan yapılmışlar kadar iyi olduğu bildirilmektedir (13, 15, 16, 17).

#### **Etki Mekanizması ve Etkinliği**

Kadın kondomu 17 cm uzunluğunda, yumuşak ve ince bir poliüretan tabakasından yapılmış, vaginanın içini tümüyle kaplayan, tek tarafı kapalı silindir bir kılıftır. Poliüretanın özelliği nedeniyle vaginanın içine yerleştirildiğinde kısa zamanda vajina duvarlarına sıkı bir biçimde tutunur ve vücut ısısına uyum sağlar. Kılıfın açık olan ucunun etrafını saran ve bir tane de kapalı olan ucun içinde serbest olarak bulunan bükülebilir iki halkası vardır. Kapalı olan kısımdaki halka serviksi sararken, açık uçtaki halka kadının dış genital sisteminde kalır. Böylece dış genital kısmın en ucundan tüm vajinanın iç yüzeyini kaplayarak, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan ve gebelikten korumayı sağlar. Özellikle dış genital kısmın da örtülmüş

olması genital veziküllerle seyreden Human Papilloma Virüs'e karşı korunmada kadın için önemli bir olumlu yön olarak görülmektedir. Poliüretan yapısı nedeniyle, lateksten yapılan erkek kondomuna göre iki kat daha kalın ve laboratuvar deneylerinde virüslere geçirgenliği çok daha düşük bulunmuş bir maddedir (2, 4, 5, 11, 12). Kayganlaştırıcı olarak silikon kullanılmıştır, ayrıca lateks kondomlardan farklı olarak hem su, hem de yağ bazlı spermisitler ile birlikte kullanılabilir (5).

Yöntem kullanımı ile ilgili olarak kullanımda ve doğru kullanımda etkililiği diğer yöntemlerle karşılaştırmalı olarak Tablo1'de verilmiştir (18).

Doğru ve düzenli kullanımda başarısızlık hızı %5 kabul edilmektedir (4, 5, 18). Kullanımdaki ilk zamanlarda hem başarı, hem de kullanıma ilişkin mekanik sorunlarla karşılaşma oranının yüksek olduğu gösterilmiştir. On beş ve üzerinde sayıda kullanımda bu hızlar düşmektedir ve genel olarak etkinliğinin erkek kondomu kadar olduğu kabul edilmektedir. Verilen eğitimden sonra uygulamanın zor olduğunu belirtenlerin oranı %25 den %3'e gerilemiştir (10). İlk bakışta estetik kaygılarla yöntemin kabul görmeyeceği önyargısına karşın, giderek artan sayıda kadın tarafından kullanılmaktadır (14).

**Olumlu Yönleri:** En önemli olumlu yönü, kadın kondomu kullanımı ile iki farklı etki (istenmeyen gebelik ve CYBE'den korunma olanağı) birlikte sağlanmaktadır.

İkinci olumlu yönü kontrolünün kadında olmasıdır. Erkekten var olan HIV/AIDS virüsünün cinsel ilişkiyle kadına bulaşma olasılığı, kadından erkeğe bulaşma olasılığına

göre 15 kat daha yüksek bulunmuştur. Özellikle erkek kondomu kullanımında erkek eşin isteksiz davranması durumunda kadının kendini koruması için bir olanaktır (6).

Poliüretandan yapılmış olması nedeniyle, lateks alerjisi olanlar için iyi bir seçenektir.

Özel dönemlerde (menstruasyon/ laktasyon/ peri-post menopoz vb.) rahatlıkla kullanılabilir.

Kadın kondomu ilişki kalitesini çok az etkilemektedir.

Lateksten yapılmış olanlar daha ucuz olup toplum bazlı kullanımlarda daha ekonomik gibi görünmektedir (8).

Kadın kondomu ilişkiden sekiz saat öncesinde takılabilmektedir.

Kondomu takmak için ilişkiyi bölmeye gerek kalmamaktadır ve kadın kondomu uygulanması için ereksiyonun olması gerekmemektedir. Bu, özellikle ileri yaş erkekler için önemli bir olumlu yöndür (2).

**Olumsuz yönleri:** Kadın kondomunun uygulanması için eğitim gerekmektedir. Özellikle yüz yüze danışmanlığı izleyen modeller üzerinde yapılan eğitimler ile kullanımın, yalnızca broşürler ile kullanımı öğrenen kişilere göre daha yüksek olduğu bildirilmektedir (19).

Kadın kondomu kullanmak için kadının kendi anatomisini iyi bilmesi gerekir. Bu da uzun bir danışmanlık sürecini gerekli kılar.

Doğru uygulamayı öğrenmede ilk deneyim sonrası tekrarlar gerekmektedir. Kadınların ilk deneyimde kadın kondomu kullanıp-kullanmama kararını vermemeleri istenmektedir. En az 15 uygulama sonrasında uygulamada ustalaşma, uygulama süresinde



Şekil 2. Kadın kondomu

**Tablo 1.** Doğum kontrol yöntemlerinin etkililiği ve devam hızları

Yöntem	İlk bir yıllık kullanımda 100 kadın başına gebelik		İlk bir yıllık kullanımda yönteme devam hızı
	Uygun kullanılmadığında	Doğru ve düzenli kullanıldığında	
Yöntem kullanmama	85	85	
Spermisitler	29	18	42
Geri Çekme	27	4	43
<b>Periyodik Kaçınma Yöntemleri</b>			51
Takvim Yöntemi	25	9	
Semptomteral yöntem	25	2	
Diyafram	16	6	57
Kondomlar			
Erkek	15	2	53
Kadın	21	5	49
Progesteron içeren haplar (Emzirme Hapı-Minipil-Femulen)	8	0.3	68
<b>Rahim İçi Araçlar</b>			
TCu-380 A	0.8	0.6	78
Progesteron içeren RİA	0.1	0.1	81
Kombine oral kontraseptifler	6-8	0.1	
DMPA-Depo Provera	3	0.3	56
Kombine enjektabel preparatlar (Mesigna)	3	0.05	56
Norplant	0.05	0.05	84
<b>Cerrahi sterilizasyon yöntemleri</b>			
Tüp ligasyonu	0.5	0.5	100
Vazektomi.	15	0.10	100

kısalma ve karşılaşılan mekanik sorunlarda belirgin azalma olduğu saptanmıştır. Poliüretandan yapılmaları, lateksten 2 kat kalın bir materyalden üretilmeleri nedeniyle fiyatı erkek kondomuna göre görece daha pahalıdır (5, 6). Maliyeti azaltmak için tekrar kullanımı konusunda çalışmalar sürmektedir. Ancak halen bir kullanımlık olduğu belirtilmektedir (20,21).

#### Kimler Kullanabilir ?

Bu yöntem, gebelikten korunmak isteyen çiftler, CYBE'lerden (HIV/AIDS dahil) korunmak isteyen çiftler,

Lateks ya da spermisit alerjisi nedeniyle erkek kondomu kullanamayan çiftler, özel dönemlerde (menstruasyon, laktasyon, perimenapoz), ereksiyon sorunu yaşayan çiftler tarafından kullanılabilir (2,5).

#### Kimler kullanamaz ?

Yöntemin kullanılmaması gereken herhangi bir durum tanımlanmamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün doğum kontrol yöntemlerinin kullanımı ile ilgili yaptığı geniş çaplı değerlendirmede; yaş, parite, postpartum-postabortal dönem, pelvik cerrahi girişim, ektopik gebelik öyküsü, sigara, obezite, sistemik hastalıklar (kardiyovasküler,

nöropsikiyatri-endokrin-hematolojik-gastrointestinal-enfeksiyonlar-kanserler-meme vb.) ve ilaç kullanımı göz önünde bulundurulduğunda kadın ve erkek kondomu kategori 1 (en uygun seçenek) olarak ele alınmaktadır (18).

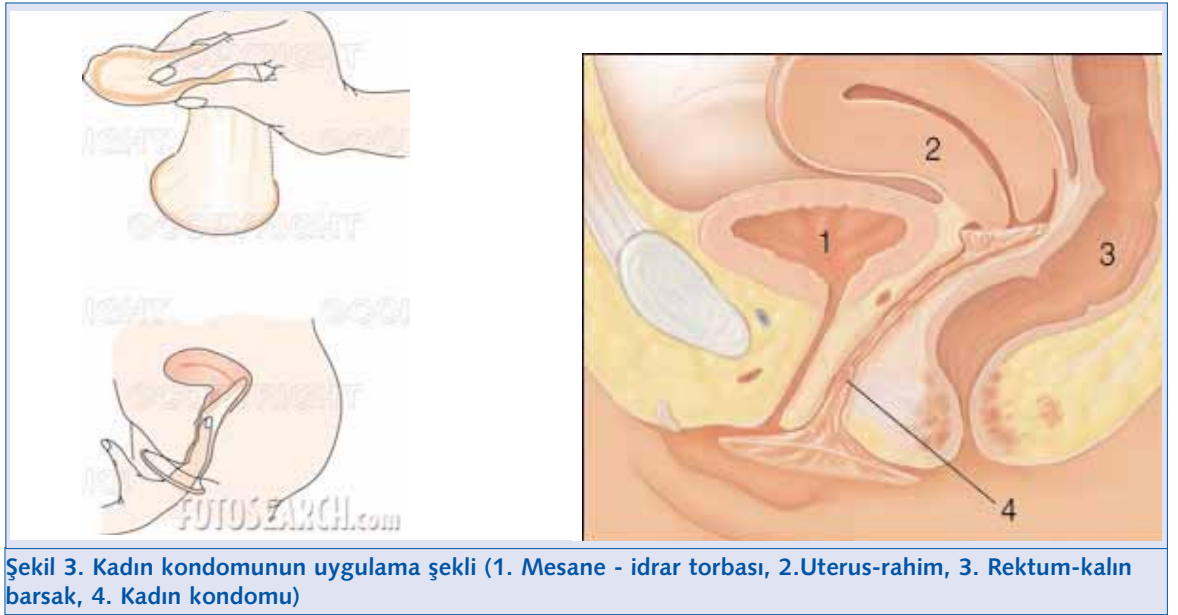
**Kullanım Kuralları:** Kadın kondomları poliüretan bir kılıf ile iç ve dış olarak iki değişik boyda halkadan oluşur. Halkalardan küçük olanı kılıfın kapalı ucunda bulunur ve vagina içine, serviksi örtecek biçimde yerleştirilir (5).

Açık ve tek büyük halka ise vulvada kalır. Erkek kondomu gibi genital teması ve semenin vaginaya dökülmesini önler. Vagina içini ve serviks ağzını örterek spermlerin uterus içine girmesini engeller (2,4,5).

#### Yan Etki ve İstenmeyen Yan Etkileri:

Kadın kondomunda en sık görülen yan etkiler mekanik sorunlardır. Özellikle kullanılmaya başladığı ilk zamanlarda uygulamada güçlük, iç halkanın ya da kondomun kayması, ilişki sırasında kondomun çıkması, ilişki sırasında sese neden olması, yırtılma vb. mekanik sorunlar yaşandığı belirtilmektedir (5,22,23).

Yapılan geniş kapsamlı bir çalışmada 7.895 kadın, 12.253 erkek kondomu kullanımında kadın kondomu için yırtılma riski %0.1, kayma



Şekil 3. Kadın kondomunun uygulama şekli (1. Mesane - idrar torbası, 2.Uterus-rahim, 3. Rektum-kalın barsak, 4. Kadın kondomu)

riski %3'tür, erkek kondomu için bu oranlar sırasıyla %3 ve %1 olarak belirtilmektedir (23). Bu sorunların uygulama sayısı arttıkça azaldığı belirtilmektedir. Bu nedenle kondom kullanıcılarına bu yöntemi en az üç kez uyguladıktan sonra devam edip etmeyeceklerine karar vermeleri istenmektedir ve mekanik sorunların 15. uygulamadan sonra azaldığı belirtilmektedir (5, 22, 23). Gebelik bu yöntemin istenmeyen yan etkisidir. Özellikle uygulama ya da çıkarma sırasında meni ile temas var ise acil kontrasepsiyon yöntemleri uygulanmalıdır. Yine mukozal temas olması durumunda CYBE riski de ekarte edilmelidir.

**İzlem ve Uyarı Belirtileri:** Kullanıcı kontrol ya da tekrar kondom reçete ettirmek amacıyla ilk bir ay içinde gelmelidir. İzlem danışmanlığında; yöntemden memnun kalıp kalmadığı, kullanım kurallarını doğru bir şekilde uygulayıp-uygulamadığı, uygulamada karşılaşılan sorunlar vb. araştırılmalıdır. Diğer yöntemlerde olduğu gibi ilk kullanıma başlanılan dönemde daha sık (3 ayda bir) olmak üzere daha sonrasında 6 aylık ya da yılda bir izlem önerilmelidir (2,5). Kullanım kurallarının doğru uygulanamaması ve/ya da yırtık sızıntı olması halinde 72 saat içinde acil kontrasepsiyon için sağlık kuruluşuna başvurmaları istenmelidir.

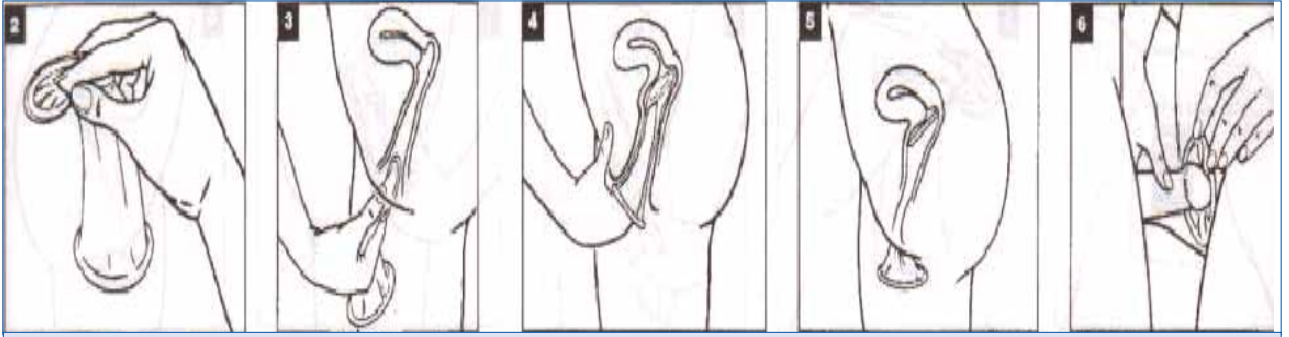
Gebelik söz konusu ise, çiftlerin tercihe göre gebeliğin devamı ya da sonlandırılması söz konusu olabilir. Gebeliğin devamı isteniyor ise konjenital anomali açısından herhangi bir sorun yaratmaz (2).

Kondoma devam etmek istemeyen ya da başka bir yöntem kullanmayı isteyen çiftlere yeniden danışmanlık hizmeti verilmelidir (2).

**Sonuç ve Öneriler:** Kadın kontrollü bir yöntem olarak kadın kondomunun, ikili (hem gebelikten, hem CYBE'den koruma) etkisi nedeniyle, diğer korunma yöntemleri içinde yerinin zaman içinde daha da güçleneceği beklenmektedir (4, 10, 24). Çok merkezli, maliyet, tekrar kullanım, yeni tasarımlar, etkililiği, kabul edilebilirliği ve devamlılığı konusunda geliştirmeyi amaçlayan araştırmalar halen yürütülmektedir (5). Özellikle yöntem tercihini etkileyen etmenler ve yöntemin sürekliliği ile ilgili niteliksel, davranışsal çalışmalara gereksinim duyulmaktadır (25). Kadın kondomunun yaygın kullanımının sağlanmasında ulusal CSÜS programlarında yer alması, yöntemle özel kampanyaların, eğitim programlarının yapılması, aile planlaması danışmanlığında yer verilmesi önemlidir (5).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı izniyle Femidom adı ile kadın kondomu piyasada bulunmaktadır (26). Yöntemin uygulamaya sokulması ürünün yalnızca eczane raflarında yer alması olmadığı bir gerçektir (10), 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasının sonuçlarına göre, Türkiye' de yaşayan 15-49 yaş grubundaki evli kadınların %90'ı erkek kondomunu bilirken, yalnızca %13.4'ü kadın kondomunu bilmektedir. Bu gruptaki kadınların %37.8'i geçmişte erkek kondomunu, %0.1'i kadın kondomunu kullandıklarını belirtmişlerdir (27).





#### **Kullanımda dikkat edilmesi gereken noktalar (2,5,11):**

- ✓ Kullanım tarihine dikkat ediniz. Kullanım süresi beş yıldır, bu süreyi geçmiş kondomları kullanmayınız.
- ✓ Her türlü ilişkide kondom kullanınız.
- ✓ Her ilişkide yeni bir kondom kullanınız.
- ✓ Kondomu dar cepte yada uzun süre cüzdanda taşımayınız.
- ✓ Kuru, kirli, esnekliğini kaybetmiş, sararmış, yapışkan ve/ya da zedelenmiş kondomları kullanmayınız.
- ✓ Kondomu su bazlı kayganlaştırıcılarla kullanabilirsiniz. Vazelin bebek yağı ya da yağlı kremlerle kullanmayınız. Bu maddeler kondomun zedelenmesine ve koruyuculuğunun bozulmasına neden olur.
- ✓ Kondom paketini açmak için dişinizi yada kesici aleti makas vb. kullanmayınız, kondom yırtılabilir. Tırnaklarınızın zarar vermemesine dikkat ediniz.
- ✓ Kondom uygulamadan önce ellerinizi yıkayınız.
- ✓ İlişkinin en başında cinsel sıvılar birbirine değmeden takınız.
- ✓ Eğer cinsel ilişkinin herhangi bir yerinde kondomun zarar gördüğünü hissederseniz kondomu hemen değiştiriniz.
- ✓ Kondomu zedelemekten dikkatlice parmaklarınızla paketi yırtarak açınız. Kondom üzerinde yeterli miktarda kayganlaştırıcı olduğunu kontrol ediniz.
- ✓ İç halkayı baş ve işaret parmağınızla sıkıştırınız.
- ✓ Kondomun kapalı ucu vaginaya girecektir.
- ✓ Vaginanın içine iç halkayı tutarak itiniz. İç halka olabildiğince derine yerleştiriniz.
- ✓ Dış halka vaginanın girişinde durmalıdır. Ayrıca dış halka vagina girişini cinsel ilişki süresince kaplamalıdır.
- ✓ Eğer iyi yerleştirilmedi, ilişki sırasında kayma hissedildi ise yada dışarıdaki halka haznenin içerisine doğru girdi ise ilişkiye ara verilip doğru şekilde yerleştirdiğinizden emin olunuz.
- ✓ İlişki sırasında penisin hareketi ile kondomun yerinden oynamadığından, hareket etmediğinden emin olunuz.
- ✓ Cinsel ilişki bitiminde, kondomun dış halkasını kendi etrafında çevirerek meninin dökülmesini engelleyiniz ve çekerek çıkarınız.
- ✓ İlişki sonrası kondomu yavaşça hazneden çıkarın ve bu sırada meninin vagene temas etmediğinden emin olunuz.
- ✓ Kullanılmış kondomu ucunu bağlayarak sperm saçmayacak şekilde çöp kutusuna atınız, tuvalete atmayınız.
- ✓ Kondomları güneş ışığından, sıcaktan ve nemden koruyunuz.
- ✓ Kondomu her kullandığınızda düzenli olarak kontrol ediniz. Yırtık sızıntı varsa ilk 72 saatte hemen en yakın sağlık kuruluşuna acil korunma için başvurunuz.

Kadın kondomunun tanıtılması, kullanımının artırılmasında topluma dayalı hizmet sunan birinci basamak ekibinin rolü-etkisi oldukça önemlidir. Bu nedenle hizmet içi eğitimler ile konu hakkındaki bilgilerin gözden geçirilmesinde katkı sağlaması amacıyla bu çalışma yapılmıştır. Özellikle sıkça sorulan sorular ve yanıtlarının ilgi çekeceği düşüncesindeyiz. Bu derleme öncesinde kadın kondomu konusunda edindiğimiz bilgileri hem üçüncü, hem birinci basamakta çalışan hekim-hemşire-ebe arkadaşlarımızla paylaşarak onların istekleri, önerileri, katkıları ve soruları ile bu metin oluşturulmuştur.

#### **Sıkça Sorulan Sorular ve Yanıtları;**

#### **1. Kadın kondomunun yerleştirilmesi-kullanılması güç müdür?**

İyi bir danışmanlık verilmesi durumunda kadın kondomunun kullanılması güç değildir. Danışman kullanım kurallarını anlaşılır bir şekilde açıklamalı uygulamayı göstermelidir. Kullanıcı en az bir kez kondom uygulamasını kendisi yaptıktan sonra rutin kullanıma başlamalıdır. Kullanıcı zaman içerisinde uygulama konusunda daha da ustalaşacağı, uygulamayı daha kolay, hızlı yapacağı konusunda desteklenmelidir. Uygulamayı en kolay hangi vücut pozisyonunda (oturarak, ayakta, yatarken vb.) yapabileceği konusunda deneme yapması önerilmelidir. Kullanıcının en az üç kez deneme yaptıktan sonra kullanıp-kullanmama kararı vermesi istenmelidir. İzlem danışmanlığı ile kullanıcılar desteklenmeye devam edilmelidir.

#### **2. Kadın kondomu pahalı mıdır?**

Şu an için üretilen poliüretan kadın kondomlarının maliyeti lateksten yapılan erkek kondomundan daha yüksektir. Bu nedenle lateks kadın kondomu üretimi çalışmaları devam etmektedir. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı izni alan tek marka Femidom poliüretan kondomdur. Bir paketten üç adet kadın kondomu çıkmaktadır ve satış fiyatı:18-25 YTL'dir.

#### **3. Aynı kadın kondomu birden fazla kullanılabilir mi?**

Birden fazla kullanım konusunda çalışmalar halen yürütülmektedir. Ancak bu konuda varılan ortak karar şu an için kadın kondomlarının erkek kondomunda olduğu gibi bir kullanımlık olduğudur. Bu nedenle her bir kadın kondomu yalnızca bir kez kullanılmalıdır

#### **4. Kadın kondomunun iç halkası ilişki sırasında eşimde bir rahatsızlık-temas-batma hissi yaratır mı?**

Bu konuda yürütülen çalışmalarda iç halkanın sabitleme görevi olması nedeniyle mutlaka kullanılması önerilmektedir. İç halka oldukça elastik olduğu için temas, ağrı vb. his yaratmadığı, hatta bazı çiftler tarafından cinsel ilişkiyi olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir.

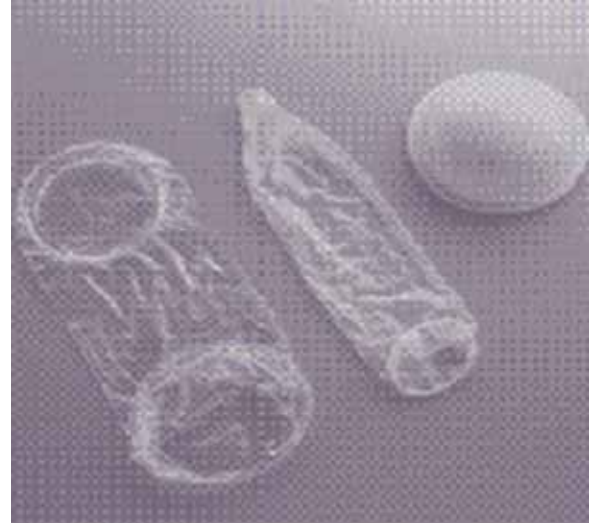
#### **5. Kadın kondomu ile birlikte erkek kondomu kullanılabilir mi?**

İki kondomun bir arada kullanılması önerilmemektedir. İlişki sırasında erkek kondomunda mekanik ve kimyasal sorunlar yaşanabileceği vurgulanmaktadır.

#### **6. Rahim içi aracı olan kadınlar kadın kondomu kullanabilir mi?**

Rahim içi araçlar (RIA) kişiyi gebelikten korumaktadır, CYBE'ye karşı koruyuculuğu yoktur. Bu nedenle CYBE riski altında olan kişilerin gebelikten RIA ile korunmaları durumunda CYBH'ye karşı da kadın kondomu kullanması önerilmektedir.

#### **7. Kadın kondomu erkek kondomundan daha büyük müdür?**



Şekilde orijinal boyda kadın erkek kondomu ve diyafram görülmektedir. Erkek kondomu kıvrılmış olarak ambalajlandığı için ilk etapta kadın kondomundan daha küçükmüş gibi algılanmaktadır. Uzunlukları aynıdır. Kadın kondomu için erkek kondomu benzeri kıvrılarak ambalajlama uygulayan markalar da bulunmaktadır.

**İletişim: Dr. Deniz Çalışkan**

**E-posta:** Deniz.Caliskan@medicine.ankara.edu.tr

## Kaynaklar

- 1- Özvarış ŞB. Üreme sağlığı aile planlaması içinde: Aile Planlamasında Temel Bilgiler, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, İstanbul 1997, p.1-15.
- 2- Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Cinsel sağlık/üreme sağlığı No: 3/B, Ankara 2005, p2-5, 35-45 181-183.
- 3- Polat D. Güvenli cinsel yaşam <http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/guvenlicinsellik.shtml> (erişim tarihi 03.07.2006)
- 4- International Planned Parenthood Federation. Family planning handbook for health professionals the sexual and reproductive health approach. Chapter7: Barrier Methods of Contraception, 1997, p.93-104
- 5- WHO The female Condom: A guide for planning and programming. [www.who.int/reproductivehealth/publications/RHR\\_00\\_8/PDF/female\\_condom\\_guide\\_planning\\_programming.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/RHR_00_8/PDF/female_condom_guide_planning_programming.pdf) (erişim tarihi: 27.06.2006)
- 6- WHO Regional Office for the Western Pacific. Promoting condom in clinics for sexually transmitted infections, 2001
- 7- Minnis AM, Padian NS. Effectiveness of female controlled barrier methods in preventing sexually transmitted infections and HIV: current evidence and future research directions. Sex Transm Infect 2005; 81: 193-200.
- 8- French PP, Lakta M, Gollub EL, Roger C, Hoover DR, Stein ZA. Use-effectiveness of the female versus male condom in preventing sexually transmitted disease in women. Sexually Transmitted Disease 2003; 30: 5: 433-439.
- 9- Holmes K, Levine R, Weaver M. Effectiveness of Condoms in Preventing Sexually Transmitted Infections. Bulletin of the World Health Organization 2004; 82(6): 454-461.
- 11-Tomruk DG, Bariyer Yöntemler içinde:Aile Planlamasında Temel Bilgiler, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı 1997, p.131-143.
- 10- Hoffman S., Mantell J., The Future of the female condom, International Family Planning Perspectives 2004; 30: 3-17.
- 12- cybe-hiv/aids'in önlenmesi ve kontrolü [http://www.tusp.saglik.gov.tr/turkce/mudahale\\_alanlari/genclik/\\_katilimci%20rehberi.doc/4%20gun/4\\_13\\_cybe/4\\_13\\_cinsel\\_yolla\\_bulasan\\_enfeksiyonlar\\_c4\\_12082005.doc](http://www.tusp.saglik.gov.tr/turkce/mudahale_alanlari/genclik/_katilimci%20rehberi.doc/4%20gun/4_13_cybe/4_13_cinsel_yolla_bulasan_enfeksiyonlar_c4_12082005.doc) (erişim tarihi 03.07.2006)
- 13- Beksinska M, Smit J, Mabude Z, Vijakumar G, Joanis C. Performance of Reality polyurethane female condom and a synthetic latex prototype: a randomized crossover trial among South African women. Contraception 2006; 73: 386-393.
- 14- Özyurda F, Aile Planlaması Ders Kitabı, Bölüm 7 Doğum Kontrol Yöntemleri, Hacettepe TAŞ, Ankara, p.57-104.
- 15- Smit J, Beksinska M, Vijayakumar G, Mabude Z. Short-term acceptability of the Reality polyurethane female condom and a synthetic latex prototype: a randomized crossover trial among South African women. Contraception 2006; 73: 394-398.
- 16-Smita J, Neelam J, Rochelle DSY, Kumar K, Callahan M, Suniti S, Sanjay M. Comparative acceptability study of the Reality female condom and the version 4 of modified Reddy female condom in India. Contraception 2005; 72: 366-3710
- 17-Buck J, Kang M, Straten A, et all, Barrier method preferences and perceptions among zimbabwean women and their partners, AIDS and behavior, December 2005; 9: 4: 415-422.
- 18-WHO, Medical eligibility criteria for contraceptive use, third edition, 2004, p.6, Barr1-10.
- 19-Hollander D. Female condom use rises if women receive good instruction and training. International Family Planning Perspectives 2002; 28: 3: 177-178.
- 20-Hollader D. Female condoms remain structurally sound after being washed and reused as many as seven times. International Family Planning Perspectives 2001; 27: 3: 155-156.
- 21-WHO Information Update: Considerations Regarding Reuse of the female kondom July 2002. [http://www.who.int/reproductive-health/rtis/consultation\\_on\\_reuse\\_of%20female\\_condom\\_Durban.en.html](http://www.who.int/reproductive-health/rtis/consultation_on_reuse_of%20female_condom_Durban.en.html) (erişim tarihi; 29.05.2006)
- 22-London S. Method-related problems account for most failures of the female condom. International Family Planning Perspectives 2003;29: 3: 147-148.
- 23-Hollander D. Failure rates of male and female condoms fall with use. International Family Planning Perspectives 2005; 31: 2: 94.
- 24-Nkhama G, Feters T. Female condom acceptability in Zambia , Sex Health Exch. 1999; 1: 14-5.
- 25-Macaluso M., Wang X., Brill I. et al. Participation and retention in a study of female condom use among women at high STD risk, Annals of Epidemiology 2005, 15: 2: 105-111.
- 26-Femidom <http://www.femidom.com.tc/> (erişim tarihi 03.07.2006)
- 27-Ünalın T, Koç İ, Tezcan S. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2003, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara, Bölüm Türkiye Aile Planlaması Ekim 2004, p.61-78.

# Birinci Basamakta Bel Ağrısının Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesiyle İlişkisi

The Relationship Between Low Back Pain and Anxiety, Depression and Quality of Life in the Primary Care



Dr. Elif Onur\*, Dr. Hatice Gülhan\*\*, Dr. Yasemin Özbek\*\*\*,  
Dr. Derya Çavuş\*\*\*\*, Dr. Tunç Alkın\*\*\*\*\*

## Öz

Birinci basamakta bel ağrısı (BA) yakınması sık karşılaşılan bir tıbbi yakınmadır. Bu çalışmada BA hastalarının yaşam kalitesinin (YK), minör tıbbi sorunları olan bireylerle karşılaştırılmasını ve anksiyete, depresyon ve ağrının özellikleri gibi etkenlerin YK'ye etkilerini araştırmayı amaçladık. Bu amaçla İzmir kırsalında BA yakınmasıyla birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran 100 hastayla (78'i kadın, 22'si erkek), aynı kurumlara başka yakınmalarla başvuran 44 kişilik kontrol grubu (39'u kadın, 5'i erkek) karşılaştırılmıştır. Depresif belirtilerin varlığı "Beck Depresyon Ölçeği" (BDÖ), anksiyete düzeyi ise "Durumluk-Sürekli Anksiyete Envanteri" (DSAE) ile ölçülmüştür. YK, "Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu" (YKÖ-KF) ile değerlendirilmiştir. BA'nın şiddeti, işi engellemesi, kendine bakımı- özbakım becerilerini- bozması, toplumsal yaşamı olumsuz etkilemesi ve uykuyu bozması YKÖ-KF alt ölçek puanları ve BDE toplam puanlarıyla korelasyon göstermekteydi. Tek yönlü varyans analizi, BA grubunda ortalama BDÖ puanlarının (BA grubu: 34.96 ± 11.63, kontrol grubu: 27.56 ± 9.51; F=13.54, p<0.001 ve ortalama DSAE puanlarının (BA grubu: 92.68 ± 19.87, kontrol grubu: 79.44 ± 16.29; F=14.62, p<0.001) daha yüksek olduğunu göstermiştir. Ağrı şiddeti ve süresi kontrol edilerek oluşturulan çoklu varyans analizi modeli ile (Pillai's trace=0.96, F=89.72, p<0.001), BDÖ puanlarının YKÖ-KF'nun psikolojik ve toplumsal alan alt ölçeklerinin daha düşük olmasına istatistiksel olarak anlamlı katkıda bulunduğunu göstermiştir. Bulgularımız, BA ile başvuran hastaların fiziksel, psikolojik ve toplumsal yönlerden YK'nin bozulmuş olduğunu göstermektedir. YK'nin bozulması anksiyete artışından çok, depresif belirtilerle daha güçlü bir ilişki göstermektedir. Dolayısıyla, BA'yı tedavi ederken, depresif belirtilerin de ele alınması hastaların YK'sini yükseltme hedefi için önemlidir.

**Anahtar sözcükler:** Bel ağrısı, anksiyete, depresyon, yaşam kalitesi.

## Giriş

Bel ağrısı (BA) yakınması birinci basamakta oldukça sık karşılaşılan bir tıbbi yakınmadır. Toplumdaki yaşam boyu yaygınlığı oldukça yüksek olup, gelişmiş ülkelerde bu oran yüzde 60-85 arasındadır (1). Eskişehir kırsalında yapılan bir yapılan bir araştırmada erişkinlerdeki BA sıklığı yüzde 50.7 olarak

## Abstract

Low back pain (LBP) is a common complaint in the primary care setting. In this study, we compared the quality of life (QoL) of patients with LBP and patients with minor medical problems and investigated the effects of factors like anxiety, depression and pain on the QoL. In a rural area of İzmir, 100 patients with LBP (78 females, 22 males) and as a control group, 44 patients with minor health problems (39 females, 5 males) who consulted to the same primary care centre were enrolled. Depressive symptoms were measured with Beck Depression Inventory (BDI), anxiety level with State-Trait Anxiety Inventory (STAI) and QoL with World Health Organisation Quality of Life Scale, Short Form (WHOQOL-BREF-TR). The intensity of LBP correlated with the BDI total scores and the following WHOQOL-BREF-TR subscale scores: hindering from work, damaging self-caring skills, affecting social life negatively and disrupting sleep. One-way analysis of variance (ANOVA) revealed that the mean BDI scores (LBP patients: 34.96 ± 11.63, control group: 27.56 ± 9.52; F=13.54, p<0.001) and the mean STAI scores (LBP patients: 92.68±19.87, control group: 79.44 ± 16.29; F=14.62, p<0.001) were significantly higher in the LBP group. The multiple ANOVA model constructed with the intensity and duration of pain revealed that the BDI scores significantly contributed to the low scores in the psychological and social subscales of WHOQOL-BREF-TR (Pillai's trace=0.96, F=89.72, p<0.001). Our results show that QoL in patients with LBP is disturbed physically, socially and psychologically. Disturbances in QoL had a stronger relationship with depressive symptoms than increased levels of anxiety. In conclusion, it is necessary to manage depressive symptoms in order to improve the QoL of patients while treating LBP.

**Key words:** Low back pain, anxiety, depression, quality of life.

belirlenmiştir (2). BA, tüm hekime başvuru nedenleri içinde beşinci sıradaki yakınma olup, başvuruların yarıdan fazlası birinci basamak hekimlerine yapılmaktadır (3). Etiyolojisi ne olursa olsun bel ağrısı kişilerin günlük yaşamını, çalışma kapasitesini ve ruhsal durumunu olumsuz yönde etkilemektedir. Yüksek prevalansına karşın hekimlere ayırıcı

\* Yrd. Doç.; Dokuz Eylül Ü. Tıp Fak. Psikiyatri AD, İzmir

\*\*Dikili Merkez İki No'lu Sağlık Ocağı, İzmir

\*\*\* Dikili Belediyesi Sağlık Merkezi İzmir

\*\*\*\* Dokuz Eylül Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Hemşire, İzmir

\*\*\*\*\* Prof. Dokuz Eylül Ü. Tıp Fak. Psikiyatri AD, İzmir

tanı ve tedavi sorunları yaratmaktadır. Hastaların çoğunda BA özgül bir anatomik lezyona ya da bilinen bir patofizyolojik düzeneğe bağlanamamakta, üstelik düz radyografi, hatta bilgisayarlı tomografi ve MR görüntüleri bile tanı için pek yararlı olmamaktadır (3). Bu hastaların yüzde 85'inde BA nonspesifiktir (4).

BA gelişiminde rolü olan risk etkenleri "düşük ekonomik düzey, ağır fizik çalışma, sık eğilme, dönme, ağırlık kaldırma ve uzun statik postür" olup, psikososyal risk etkenleri arasında "anksiyete, depresyon ve işyeri stresleri" bulunmaktadır (3, 4). Depresyon ile ağrının sıklıkla beraber görüldüğü ve kronik ağrısı olan hastalarda anksiyete ve depresyon düzeylerinin sağlıklılarından daha yüksek olduğu çok sayıda çalışmayla gösterilmiş olmakla birlikte, BA ile ruhsal sorunlar arasındaki neden-sonuç ilişkisi henüz tam olarak aydınlatılamamıştır (5-8).

Bireylerin kendi fiziksel sağlıklarını, ruh sağlıklarını ne ölçüde bağımsız olduklarını, toplumsal ilişkilerini, ve içinde buldukları çevreyi öznel olarak değerlendirdiği "yaşam kalitesi" olarak kavramlaştırılmıştır (9). BA yakınması olanların yaşadığı ağrı ve hareket kısıtlılıklarının, bu kişilerde mesleki ve toplumsal rol işlevlerinde bozulmalar yarattığı için yaşam kalitelerini de olumsuz etkileyeceği kolayca kestirilebilir. Nitekim yapılan çalışmalar, hem BA'nın, hem de BA'ya eşlik eden anksiyete-depresyonun yaşam kalitesini bozduğunu göstermektedir (7, 8, 10,11).

Ancak, tüm bu çalışmalar daha çok kliniklere başvuran hasta gruplarında yapılmıştır. Özellikle ulusal literatürümüzü TÜBİTAK Tıp Dizini'nden ve Çukurova Psikiyatri Dizini'nden (1990'dan sonra yayınlanan 27 psikiyatri dergisini içermektedir) taradığımızda bu konunun birinci basamak düzeyinde hiç incelenmemiş olduğunu saptadık. Bu çalışmada, birinci basamak kurumlarına bel ağrısı yakınmasıyla başvuran hastaların yaşam kalitesinin, minör bedensel belirtileri olan hasta grubunun yaşam kalitesi düzeyleriyle karşılaştırarak, anksiyete, depresyon ve BA'nın nitelikleri gibi değişkenlerin yaşam kalitesine olası etkilerini araştırmayı amaçladık.

#### **Gereç ve Yöntem**

Çalışma için "Dokuz Eylül Üniversitesi Klinik ve Laboratuvar Araştırmaları Etik Kurulu"ndan izin alınmış olup, çalışmaya

katılmayı kabul edenlerden yazılı aydınlatılmış onam alınmıştır. İzmir İli'nin Dikili İlçesinde, Dikili Merkez İki No'lu Sağlık Ocağı'na ve Dikili Belediyesi Sağlık Merkezine BA yakınmasıyla başvuran 18-65 yaş aralığındaki 100 hasta (78'i kadın, 22'si erkek) ile ağrı yakınması oluşturmayan minör sağlık sorunları (İYE, ÜSYE, dermatit vb) nedeniyle aynı merkezlere başvuran 44 kişilik kontrol grubu (39'u kadın, 5'i erkek) çalışmaya alınmıştır. Psikotik bozukluğu, demansı, nörolojik hastalıkları ya da şiddetli kronik tıbbi hastalıkları olanlar çalışmaya alınmamıştır.

Katılanların sosyodemografik verilerinin yanı sıra BA grubunda ağrının süresi ve bel dışı ağrıların (sirt, boyun, ekstremiteler vb) varlığı ve sayısı sorularak kaydedilmiştir. Ayrıca BA grubunda "ağrının şiddeti", "ağrının iş yapmasını ne kadar engellediği", "ağrının toplumsal yaşamı bozma derecesi", "ağrının kendine bakımı bozma miktarı", "ağrının uykuyu bozma derecesi" gibi BA'ya ait klinik özellikler 100 mm'lik bir Görsel Analog Ölçek ile hastalar tarafından değerlendirilmiştir. Depresif belirtilerin varlığı Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) (12), anksiyete düzeyleri Durumluk-Süreklilik Anksiyete Envanteri (DSAE) (13) ile ölçülmüştür. Her iki özbeöz niteliğindeki ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır (14, 15). Çalışmaya alınanların yaşam kalitesi ise Türkçe Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF-TR) (YKÖ-KF) ile değerlendirilmiştir. Ölçek, Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilmiş olup ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Eser ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (9). Bu ölçek kişinin öznel olarak gözetilen kapalı uçlu sorulara likert tipi yanıtları içermektedir. Ölçekteki toplam 26 soru dört alanı kapsamaktadır. Bu dört alan "fiziksel, psikolojik, toplumsal ilişkiler ve çevre" alanlarıdır.

Elde edilen demografik veriler veri sınıflarına uygun olarak Ki-kare ya da t-testi ile karşılaştırıldı. Hasta grubunda ağrının özellikleri, DSAE puanları, BDÖ puanları ve yaşam kalitesi ölçeği puanları arasındaki ilişki Pearson korelasyon testi ile incelendi. Ardından her iki grubun DSAE puanları, BDÖ puanları ve yaşam kalitesi ölçeği puanları tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile karşılaştırıldı. Hasta ve kontrol grubunun yaşam kalitesi alt ölçek puanları yönünden karşılaştırılması çoklu varyans analizi

(MANOVA) ile gerçekleştirildi. Tüm istatistiksel analizlerde SPSS 11.0 programı kullanıldı.

### Sonuçlar

Hasta grubu ile kontrol grubu arasında yaş, cinsiyet, eğitim ve çalışıyor olma gibi değişkenlerde bir fark yoktu (Tablo 1). BA hasta grubunda başvuru anındaki ağrı süresi ortalaması  $31.6 \pm 51.2$  ay olup, olguların yalnızca yüzde 39'da ağrı altı aydan daha kısa süreliydi. Ağrının şiddeti, ağrının işini engellemesi, kendine bakımı bozması, toplumsal yaşamı olumsuz etkilemesi ve uykuyu bozması gibi ağrıya ilişkin özellikler YKÖ-KF alt ölçek puanlarıyla ve BDE toplam puanlarıyla korelasyon göstermekteydi (Tablo 2).

Tek yönlü varyans analizi BA grubunda saptanan depresyon belirtilerinin (Ortalama BDÖ puanları BA hasta grubu:  $34.96 \pm 11.63$ , kontrol grubu:  $27.56 \pm 9.51$ ;  $F=13.54$ ,  $p<0.001$ ) ve anksiyete düzeyinin

(Ortalama DSAE puanları BA hasta grubu:  $92.68 \pm 19.87$ , kontrol grubu:  $79.44 \pm 16.29$ ;  $F=14.62$ ,  $p<0.001$ ) kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek olduğunu göstermiştir (Tablo 3).

Ağrı şiddeti ve süresi kontrol edilerek oluşturulan çoklu varyans analizi modeli ile (Pillai's trace=0.96,  $F=89.72$ ,  $p<0.001$ ), BDÖ puanlarının YKÖ-KF'nin psikolojik ( $F=14.32$ ,  $P=0.001$ ) ve toplumsal ilişkiler ( $F=7.05$ ,  $p=0.016$ ) alan puanlarının daha düşük olmasına istatistiksel olarak anlamlı katkıda bulunduğunu göstermiştir. YKÖ-KF fiziksel alanının puanları ağrının süresi ( $F=4.79$ ,  $p<0.001$ ) ve ağrı şiddeti ile olumsuz etkilenmekteydi ( $F=4.34$ ,  $p<0.003$ ).

### Tartışma

Çalışma sonuçlarımız, BA yakınmasıyla birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin kontrollerden daha yüksek olduğunu ortaya

**Tablo 1.** Hasta ve kontrol grubu demografik özelliklerinin karşılaştırılması

	Hasta	Kontrol	İstatistik	df	p
Ort. Yaş (yıl)	43.9±10.2	46.1±12.5	t=-1.107	142	0.27
Ort. Eğitim (yıl)	8.5±4.4	9.9± 6.1	t=-1.573	142	0.11
Cinsiyet (n)					
Kadın	78	39			
Erkek	22	5	X <sup>2</sup> =2.26	1	0.13
Çalışanlar (n)					
Çalışıyor	46	22			
Çalışmıyor	54	22	X <sup>2</sup> =0.19	1	0.67

**Tablo 2.** Ağrının klinik özelliklerinin görsel analog ölçekle belirlenen düzeyleri ile DSAE, BDÖ ve YKÖ-KF alt alanlarının korelasyonları.

	DSAE puanı	BDÖ puanı	Yaşam kalitesi ölçeği alt alanları			
			Fizik	Psikolojik	Toplumsal	Çevre
Ağrının süresi	-.173	-.186	.162	.227*	.212*	.355*
Ağrının şiddeti	.182	.285**	-.229*	-.224*	-.020	-.094
Ağrının işini engellemesi	.103	.203*	-.320**	-.248*	-.104	-.230*
Ağrının toplumsal yaşamı bozması	.223*	.250*	-.399**	-.291**	-.232*	-.251*
Ağrının kendine bakımı engellemesi	.079	.238*	-.208*	-.241*	-.075	-.212*
Ağrının uykuyu bozma derecesi	.202*	.293**	-.291**	-.294**	-.107	-.299**

Korelasyonun anlamlılık düzeyi (iki yönlü): \*\*  $p < 0.01$ , \*  $p < 0.05$

**Tablo 3.** Hasta ve kontrol grubu ölçek skorlarının ANOVA ile karşılaştırılması.

	Hasta	Kontrol	F	p
Durumluk anksiyete puanı	44.40±12.36	35.25±9.22	-18.84	<0.001
Sürekli anksiyete puanı	48.38± 9.55	44.22±9.31	5.87	<0.05
DSAE toplam puanı	92.68±19.87	79.44±16.29	14.62	<0.001
BDÖ puanı	34.96±11.63	27.56±9.51	13.54	<0.001
<b>Yaşam Kalitesi Ölçeği</b>				
Fizik alan	13.68±3.55	16.06±3.01	15.02	<0.001
Psikolojik alan	13.50±3.02	15.19±3.09	9.50	<0.01
Toplumsal alan	13.53±3.20	15.27±3.14	9.09	<0.01
Çevre alan	13.15±2.31	16.25±6.20	19.02	<0.001

koymuştur. Birçok araştırmancın sonuçları da aynı doğrultudadır (6, 8, 16, 17). Bulgularımıza göre BA hastalarında depresyon düzeyinin yüksek olması ağrı kaynaklı olan bazı klinik özellikler ya da yeti yitimleriyle (BA'nın şiddeti, BA'nın iş ve toplumsal yaşamı olumsuz etkilemesi ve kendine bakımı engellemesi ve uykuyu bozma derecesi gibi) bağıntı göstermektedir. Diğer taraftan anksiyete düzeyleri ise yalnızca BA'nın toplumsal yaşamı ve uykuya etkilemesiyle bağıntı göstermektedir. Bu durum anksiyetenin daha çok ağrının akut dönemlerinde ortaya çıktığı, ağrı süregelenleştikçe depresyon başta olmak üzere farklı psikopatolojilerin daha sık görülmesiyle açıklanabilir (17). Süregelen bel ağrılı hastaların yüzde 90'ından fazlasında eşlik eden bir ruhsal bozukluk olup bunların yüzde 60'ından çoğunu depresif bozukluklar oluşturmaktadır (18). Atkinson ve arkadaşlarının (1991), BA hastalarında yaptığı bir doğal izlem çalışmasında major depresyonun yaşam boyu sıklığı yüzde 32, altı aylık sıklığı ise yüzde 22 olarak saptanmıştır. Bu oranlar kontrol grubu için sırasıyla yüzde 16 ve yüzde 6'dır. Aynı çalışmada, ağrı başlangıcından sonra major depresyon gelişmesi görel riski 9.0'dır (19). Süregelen ağrı depresyon sıklığını artırmaktadır. Hasta grubumuzda da BA'nın ortalama süresi (31.6 ay) oldukça uzundur.

Başka araştırmalarda BA hafif-orta şiddette olsa bile bazı hastalarda yüksek düzeyde yeti yitimi meydana getirebildiği belirtilmiştir. Söz konusu çalışmada bu grup hastaların daha çok stres yaşadıkları ve daha fazla depresif oldukları saptanmıştır (20). Yazarlar özellikle BA düzeyi ile hastanın yaşadığı yeti yitimi orantısız ise, "stres, depresyon ve çalışma şartları" gibi bir dizi psikososyal etkenin tabloda rol oynayabileceğinin hekim tarafında mutlaka düşünülmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Bulgularımız birinci basamakta karşılaşılan BA hastalarında yaşam kalitesinin (fiziksel, psikolojik ve toplumsal yönlerden) kontrol grubuna göre bozulmuş olduğuna işaret etmektedir. Kişinin içinde bulunduğu durumdan ve yaşamından memnuniyetini ifade eden yaşam kalitesi düzeyi, birçok biyolojik, psikolojik, toplumsal (eğitim düzeyi, gelir vb.) ve çevresel değişkene bağlıdır (9, 21). Bedensel ve ruhsal sağlıklılık durumu, karmaşık bir kavram olan yaşam kalitesinin temel belirleyicilerinden birisidir. Dolayısıyla tek

başına bel ağrısı bile yaşam kalitesinin bozulmasına doğrudan ve belirgin bir katkı yapabilir. Nitekim hastalarımızda sorgulanan BA'nın klinik özellikleri (şiddeti, süresi, ağrının etkilediği işlevler) anksiyete ve depresyon düzeylerinin yanı sıra, YKÖ-KF alanlarıyla da çok sayıda bağıntı göstermektedir. BA'nın anksiyete artışından ziyade, depresif belirtilerle daha fazla sayıda bağıntı gösterdiği dikkati çekmektedir (Tablo 2). Hastaların uzun süredir ağrı çektikleri düşünüldüğünde, yakın tehlikelere (ağrının akut dönemi, tanı ve tedavideki belirsizlikler) yönelik olan anksiyete tepkisinden çok depresif belirtilerin öne çıkması beklenen bir durumdur. Ayrıca, BA hastalarında tüm yaşam kalitesi alanlarının ortalama puanları kontrol grubundan anlamlı derecede daha düşüktür (Tablo 3). Bu bulgularımız literatür ile uyumludur (8, 10, 11). Tüm bu etkenlerin birbirleriyle karşılıklı olarak etkileştikleri düşünüldüğünde, yaşam kalitesi açısından hangisinin daha belirleyici olduğu kolayca ayırt edilememektedir. İstatiksel analizlerimiz, YKÖ-KF'nin fiziksel alanını bozan ağrı şiddeti ve ağrı süresinden bağımsız olarak, "hastalardaki depresyon düzeyi yüksekliğinin" YKÖ-KF'nin psikolojik ve toplumsal ilişkiler alt alanlarını olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir. Başka deyişle BA'ya depresyon eklendiğinde kişilerin ruhsal ve toplumsal iyilik-memnuniyet hallerinde ek bozulmalar meydana gelmektedir.

Etiyolojisi çoğul etkenli olan kronik bel ağrıların birinci basamakta ele alınması sanılanın aksine kolay olmamaktadır. Croft ve arkadaşları (2001), bel ağrısı yakınmasıyla başvuran kişilerin yüzde 90'nının, ağrı ve ağrıyla ilişkili yeti yitimlerinin sürmesine karşın, hekimle ilişkilerini üç aydan fazla sürdürmediklerini bildirmişlerdir. Bu BA hasta grubu 12 ay sonra değerlendirildiğinde ancak yüzde 25'nin tamamen iyileşmiş olduğu saptanmıştır (22). Başka deyişle hastalar semptomatik olmalarına karşın artık sağlık hizmetlerine başvurmamaktadır. Bel ağrısı ve depresyon birlikteliğinin bu olumsuz gidişi daha da artıracığı kolayca kestirilebilir. Buna karşılık, birinci basamakta düzenlenecek olan etkin bir antidepressan ilaç tedavisinin, hem depresyon belirtilerini hem de yaşam kalitesini altı hafta içinde olumlu yönde değiştirebildiği araştırmalarla gösterilmiştir (23). BA'ya eklenen depresyona birinci basamakta müdahale edilmesi gereklidir.

Bu araştırmanın kesitsel nitelikte olması ve BA'nın etiolojisinin değerlendirilmeyerek heterojen bir hasta grubunun ele alınması sonuçların yorumlanmasında göz önünde tutulması gereken yöntemsel kısıtlılıklardır. Ayrıca BA hastalarında, depresyon ve anksiyete tanıları yerine yalnızca depresyon ve anksiyete belirtilerinin değerlendirilmiş olması da bir başka kısıtlılıktır. Fakat birinci basamakta BA'nın kesin etiolojisinin çoğu hastada belirlenememesi ve de subsendromal ya da eşik altı depresyon ve anksiyete belirtilerinin çok sık görülmesi bulgularımızı bu kısıtlılıklara karşın önemli kılmaktadır.

Sonuç olarak elde ettiğimiz veriler, bel ağrısının yaşam kalitesini bozduğu ve depresyon eklenmesiyle BA hastalarının yaşam kalitesinin daha da kötüleştiğini göstermektedir. Hem BA'nın, hem de depresyonun toplumda çok yaygın olmalarından ötürü birinci basamakta tedavi edilmesi gereken hastalıklar olduğu açıktır. Dolayısıyla, ağrıyı tedavi ederek hastaların yaşam kalitesini yükseltme hedefine ulaşmada, hastalardaki depresif belirtilerin de aktif biçimde sorgulanarak saptanması ve birinci basamakta ele alınması gereklidir. Uygun tedavi edilmeyen hastalarda ağrının süregelenleşmesiyle birlikte depresyon gelişme riskleri artacaktır. Erken dönemde etkin bir birinci basamak tedavisinin, BA belirtilerinin yanı sıra hastalara ruhsal, toplumsal ve ekonomik alanlarda da olumlu yönde katkıda bulunacağı unutulmamalıdır.

**İletişim: Dr. Tunç Alkin**

**E- posta:** tunc.alkin@deu.edu.tr

#### **Kaynaklar**

- 1- Dunn KM, Croft PR. Epidemiology and natural history of low back pain. *Eur Med Physiol* 2004; 40: 9-13.
- 2- Arslantaş D, Metintaş S, Kalyoncu C, Ünsal A, Işıklı B. Eskişehir kırsal kesimi erişkinlerinde bel ağrısı sıklığı. *Medikal Network Klinik Bilimler ve Doktor* 2003; 9: 391-5.
- 3- Atlas SJ, Deyo RA. Evaluating and managing acute low back pain in the primary care setting. *J Gen Intern Med* 2001; 16: 120-31.
- 4- Tulder MW, Koes BW. Low back pain and sciatica. *Clin Evid* 2001; 6: 864-83.
- 5- Deyo R, Diehl A. Psychological predictors of disability in patients with low back pain. *J Rheumatology* 1988; 27: 483-9.
- 6- Aaum P, Leino I, Magni G. Depressive and distress symptoms as predictors of low back pain, neck-shoulder pain, and other musculoskeletal morbidity: a 10-year follow-up of metal industry employees. *Pain* 1993; 53: 89-94.
- 7- Yazıcı K, Yazıcı A, Biçer A, Tot Ş, Şahin G, Buturak V. Kronik ağrı hastalarında anksiyete ve depresyonun yaşam kalitesine etkisi. *Klinik Psikiyatrisi Bülteni* 2003; 13: 72-7.
- 8- Yazıcı K, Tot Ş, Biçer A, Yazıcı A, Buturak V. Bel ve boyun ağrısı hastalarında anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2003; 6: 95-101.
- 9- Eser E, Fidaner H, Fidaner C, Eser SY, Elbi H, Göker E. WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri. *Psikiyatri, Psikoloji ve Psikiyatrisi Dergisi* 1999; 7: 23-40.
- 10- Gustavo Zanoli G, Jönsson b, Strömqvist B. SF-36 scores in degenerative lumbar spine disorders. Analysis of prospective data from 451 patients. *Acta Orthopaedica* 2006; 77: 298-306.
- 11- Al Windi A. The relations between symptoms, somatic and psychiatric conditions, life satisfaction and perceived health. A primary care based study. *Health Qual Life Outcomes*. 2005; 3: 28.
- 12- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4: 561-71.
- 13- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R.E. State-trait anxiety inventory "Self evaluation questionnaire". Palo Alto: Consulting Psychologist Press; 1979.
- 14- Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi* 1989; 7: 3-13.
- 15- Öner, N., LeCompte, A. Manual of State-Trait Anxiety Inventory. İstanbul: Boğaziçi University Press; 1985.
- 16- Linton SJ. A review of psychological risk factors in back and neck pain. *Spine* 2000; 25: 1148-56.
- 17- Kuloğlu M, Atmaca M, Geçici Ö, Tezcan AE. Kronik bel ağrılı hastalarda psikiyatrik tanı dağılımı. *Yeni Symposium* 2000; 38: 124-30.
- 18- Gatchel RJ, Polatin PB, Mayer TG, Garcy PD. Psychopathology and rehabilitation of patients with chronic low back pain disability. *Arch Phys Med Rehabil* 1994; 75: 666-70.
- 19- Atkinson JH, Slater M, Patterson TI, Grant I, Garfin SR. Prevalence, onset, and risk of psychiatric disorders in men with chronic low back pain: a controlled study. *Pain*. 1991; 45: 111-21.
- 20- Takahashi N, Kikuchi S, Konno S, Morita S, Suzukamo Y, Green J ve ark. Discrepancy between disability and the severity of low back pain: demographic, psychologic and employment-related factors. *Spine* 2006; 31: 931-9.
- 21- Bilir N, Özcebe H, Vaizoğlu SA, Aslan D, Subaşı N, Telatar TG. Van ilinde 15 yaş üzeri erkeklerde SF-36 ile yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri* 2005; 25: 663-8.
- 22- Croft PR, Macfarlane GJ, Papageorgiou AC, Thomas E, Silman AJ. Outcome of low back pain in general practice: a prospective study. *BMJ* 1998; 316: 1356-9.
- 23- Skevington SM, Wright A. Changes in the quality of life of patients receiving antidepressant medication in primary care: validation of the WHOQOL-100. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 261-7.



# Bir Grup Hekim ve Hemşirenin Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile İlgili Bilgi ve Düşüncelerinin İncelenmesi

A Study on the Knowledge and Opinions of a Group of Physicians and Nurses about the Transformation Project in Health



*Dr. Hilmiye Aksu\**, *Dr. Eralp Atay\*\**, *Dr. Banu Karaöz\*\*\**,  
*Hem. Öznur Körükçü\*\*\*\**, *Hem. Gonca Özmeri\*\*\*\**

## Öz

**Amaç:** Bu araştırma hekim ve hemşirelerin Sağlıkta Dönüşüm Projesi (SDP) ile ilgili bilgi ve düşüncelerinin incelenmesi amacı ile yapılmıştır.

**Yöntem:** Araştırma Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi (ADÜ) ile Aydın Devlet Hastanesi'nde çalışan 368 hekim ve hemşireye uygulanmıştır. Araştırmada 11.12.2005 -11.01.2006 tarihleri arasında, 161 hekim, 207 hemşire ile çalışılmıştır. Veriler, anket formu aracılığı ile yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Araştırma tipi kesitsel ve tanımlayıcıdır. Anket Formu, sosyodemografik özellikler ile hekim ve hemşirelerin SDP hakkındaki bilgi ve düşüncelerini içeren sorulardan oluşmaktadır. Verilerin analizinde SPSS 11.5 programı kullanılmıştır.

**Bulgular:** Araştırmaya katılanların %43.8'i hekim (161), %56.2'si hemşire (207) olup, %46.5'i ADÜ hastanesinde, %53.5'i ise Aydın Devlet hastanesinde çalışmaktadır. Bu araştırmada; hekimlerin %53.4'ünün, hemşirelerin %68.6'sının SDP hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları belirlenmiştir. Pratisyen hekimlerin %85'i "aile hekimliği" hakkında yeterli bilgi sahibidir. Katılımcılardan ADÜ'de çalışanların %39.8'i, devlet hastanesinde çalışanların ise %40.6'sı aile hekimliği uygulamasının birinci basamak sağlık hizmetlerini olumsuz etkileyeceğini düşünmektedir. Hekimlerin %65.8'i, hemşirelerin ise %41.5'i Genel Sağlık Sigortası (GSS) ile tüm vatandaşlarımızın sağlık hizmetlerinden eşit bir şekilde yararlanabileceğini düşünmektedir. Araştırmaya katılan hekimlerin %64'ü, hemşirelerin ise %37.2'si sağlık alanındaki sorunların SDP ile çözümlenemeyeceğini ifade etmiştir.

**Sonuç:** Araştırma sonuçlarına göre; hekimlerin %53.4'ü, hemşirelerin ise %68.6'sı ise SDP hakkında yeterli bilgiye sahip değildir. SDP'nin bir bölümünün gerçekleşmiş olmasına karşın çalışan sağlık personelinin henüz bu konuda yeterli bilgisinin olmaması dikkat çekicidir. SDP hakkında bilgi almak istedikleri kaynaklara bakıldığında; hekimlerin %44.4'nün tabip odası, hemşirelerin ise %39.9'nun Türk Hemşireler Derneği yerine sağlık müdürlüğü yanıtını vermesi, Aydın ilinde Türk Hemşireler Derneği'nin bulunmaması ile ilgili olabileceğini düşündürmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Sağlıkta Dönüşüm Projesi, hekim, hemşire.

## Abstract

**Objective:** This study has been performed in order to examine the knowledge and the opinions of doctors and nurses about the Transformation Project in Health.

**Method:** The study, conducted between December 11th, 2005 and January 11th, 2006, included 368 doctors and nurses in Aydın State and Adnan Menderes University Medical Faculty hospitals. 161 of the participants were doctors and 207 were nurses. The data was gathered by face-to-face interviews with the aid of a questionnaire form. It is a cross-sectional and descriptive research. The questionnaire consisted of questions related to the opinions and knowledge of doctors and nurses about the Transformation Project in Health and about sociodemographic features. In the analysis of the data, SPSS 11.5 program was used.

**Results:** 43.8% (161) of the participants were doctors and 56.2% (207) were nurses. 46.5% worked in Medical Faculty Hospital and 53.5% in Aydın State Hospital. In our research, it was found that 53.4% of the doctors and 68.6% the nurses did not have sufficient knowledge about the Transformation Project in Health. 85% of the practitioners had adequate knowledge about family medicine. 39.8% of the participants in Medical Faculty Hospital and 40.6% of the participants in the state hospital thought that application of the family medicine policy would affect the first level health services negatively. 65.8% of the doctors and 41.5% of the nurses agreed that all citizens would equally benefit from the health services with the general health insurance. 64% of the participant doctors and 37.2% of the nurses thought that the Transformation Project in Health could not solve the problems in the health services.

**Conclusion:** According to the research results, 53.4% of the doctors and 68.6% of the nurses did not have sufficient knowledge about the Transformation Project in Health. It is worth noting that although the project has been partly carried out, working health staff still does not know enough about it. 44.4% of the doctors stated that about the Transformation Project in Health, they preferred to receive information from the chamber of physicians. The reply of 39.9% of the nurses to this question being "the health directorate" instead of "Turkish Nurses Association" might be related to the fact that the Turkish Nurses Association does not have a branch in Aydın.

**Key words:** Transformation Project in Health, physicians, nurses.

\*Yrd.Doç.; Adnan Menderes Ü. Aydın SYO Doğum-Kadın Sağ. ve Hast. Hemşireliği AD, Aydın

\*\*Dr. Aydın Tabip Odası Genel Sekreteri, Aydın

\*\*\*Arş. Gör.; Adnan Menderes Üniversitesi Aydın SYO, Aydın

\*\*\*\*Hemşirelik Bölümü Mezun Öğrencisi

## Giriş

AKP seçim bildirgesinde, 58. ve 59. Hükümet Programı ile acil eylem planında sağlık için; sağlık sisteminin, kurumsal yapı, işleyiş, personel yapısı ve dağılımı ile, gereksinime yanıt veremeyecek duruma geldiği belirtilmektedir. Hükümetin, köklü değişiklikler yaparak herkesin ulaşabileceği nitelikli ve etkin çalışan bir sağlık sistemini oluşturmakta kararlı olduğu ifade edilmektedir. Ülkemizdeki toplam nüfusumuzun ancak yüzde 81'inin sağlık sigortası kapsamında olduğu, geri kalan yüzde 19'luk bir kitlenin herhangi bir sağlık güvencesi bulunmadığı tespiti yapılmaktadır (1).

Etkin, ulaşılabilir ve kaliteli bir sağlık sisteminin, nitelikli bir toplum için vazgeçilmez olduğu, devletin herkesin temel sağlık gereksinimini, gerekirse özel sektörle işbirliği yaparak yerine getirmek zorunluluğu vurgusu yapılmaktadır. Sağlıklı kuşaklar yetiştirebilmek için, sağlık hizmetlerinin tüm vatandaşların ulaşabileceği bir yapıya kavuşturulmasının kaçınılmaz durumda olduğu, sosyal güvenlik kuruluşlarının asıl yapması gereken işlerini engelleyen sağlık işleri ile uğraşmasının, bu kuruluşları da verimsiz kıldığı belirtilmiştir (2).

Sağlık Bakanlığı'nın 2003 yılı Haziran ayında çıkardığı Sağlıkta Dönüşüm Projesi kitabındaki ifadelerle göre nitelikli bir sağlık hizmeti için yapılması öngörülenler:

Devlet hastanesi, sigorta hastanesi, kurum hastanesi ayırımı kaldırılarak, hastaneler idari ve mali yönden özerkliğe kavuşturulacaktır. Sağlık Bakanlığı, oluşturulacak bu yeni sisteme göre yeniden yapılandırılacak, sağlık sektörüne rekabet getirilecektir.

Sağlık hizmetinin sunumu ile finansmanı birbirinden ayrılacaktır. Sağlık sigortası, uzun vadeli sigorta kollarından çıkarılacaktır. Nüfusun tamamını kapsayacak şekilde bir Genel Sağlık Sigortası Sistemi kurulacak, prim ödeme gücü bulunmayanların primleri devlet tarafından ödenecektir.

Aile hekimliği uygulamasına geçilerek, sağlam bir hasta sevk zinciri sistemi kurulması,

Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde bilişim teknolojisinden azami ölçüde yararlanılacak, sağlık bilgi sistemi kurulacaktır.

Hasta Hakları Yönetmeliği Dünya standartlarına göre yeniden düzenlenerek, hasta haklarının korunması konusundaki hukuki eksikliklerin giderilecektir.

Bu amaçlarla aynı kitapta; sağlıkta

dönüşüm projesinin amaçları, sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanın sağlanması ve sunulması olarak saptanmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nin temel ilkeleri ise; insan merkezlilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, güçler ayrılığı, desantralizasyon ve hizmette rekabet olarak belirlenmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nin bileşenleri de; planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı, herkesi tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası, yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmeti sistemi, bilgi ve beceri ile donatılmış, yüksek motivasyonlu, güler yüzlü sağlık hizmeti, hizmeti destekleyecek eğitim ve bilim kurumları, nitelikli ve etkili sağlık hizmeti için kalite ve akreditasyon, akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma ile sağlık bilgi sistemi olarak saptanmıştır (3).

Özetle hükümet sağlıkta dönüşüm projesinde; Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılmasını, birinci basamak sağlık hizmetleri için aile hekimliğini, ikinci basamak sağlık kuruluşlarının önce özerkleşmesini, sonra özelleşmesini sağlamak, sağlık finansmanını Genel Sağlık Sigortası ile yaşama geçirmek, hekimler ve sağlık çalışanlarının sözleşmeli personel olarak istihdam edilmesi yer almaktadır.

Hükümetin ve Sağlık Bakanlığı'nın belirlediği ve gerçekleştirilmeye çalıştığı Sağlıkta Dönüşüm Projesi için başta Türk Tabipleri Birliği olmak üzere birçok sendika ve sivil toplum kuruluşu, Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nin bir Dünya Bankası ve IMF projesi olarak bizim gibi ülkelere dikte ettirildiği düşüncesindedirler. Bulgaristan ve Doğu Avrupa ülkelerinde yıllar önce uygulanmaya başlanan, sağlık göstergelerinde ve sağlık hizmetlerinde büyük sorunların yaşandığı bilinmesine karşın aynı tip projenin ülke farklılıkları gözetmeksizin ülkemizde uygulanması düşündürücüdür. Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile sağlığın bir hak olmaktan çıkarılmak istendiği bilinmektedir. Sağlık hizmetlerin, piyasa koşullarına terk edilmesi sağlanmaya çalışılmaktadır. Yapılmak istenen bu değişiklikler ile sağlık sektörü değişik parçalara ayrılmak istenmektedir.

- Birinci basamakta getirilmek istenen aile hekimliği modeli, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin bütüncül bir alan olmaktan

**Tablo 1.** Katılımcıların çalıştıkları kurum ve mesleklerine göre dağılımları

	Sayı	%
<b>Çalışma Yeri</b>		
ADÜ	171	46,5
Devlet Hastanesi	197	53,5
<b>Meslek</b>		
Hemşire	207	56,2
Hekim	161	43,8
<b>Toplam</b>	<b>368</b>	<b>100,0</b>

çıkarmakta, yeni bir "rant" alanı yaratılmakta, sağlık ocağı sistemi çökertilerek, birinci basamak sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesidir.

- Hastanelerin "özerkleştirilmesi" hastanelerin kendilerine "yeter" işletmeler olmasıdır. Önce hastaneler özerkleştirilerek daha sonra özelleştirilecektir. Hastanelerde çalışacak hekimler ve sağlık personelinin sözleşmeli personel olarak çalışması öngörülmektedir.

- Genel Sağlık Sigortası aslında yeni bir sağlık vergisidir. Genel Sağlık Sigortası çerçevesinde sağlık hizmetleri temel teminat paketi ölçüsünde verilecek, diğer sağlık hizmetleri için özel sigortacılık gündeme gelecektir. Kırsal nüfus/tarım çalışanının çok, işsizliğin yaygın, kayıt dışı ekonomisi büyük, gelir dağılımda büyük eşitsizliklerin olduğu, kendi hesabına çalışanların bile, primini ödemekte çok zorlandığı ülkemizde Genel Sağlık Sigortası bilimsel olarak tercih olamaz.

- Sağlık Bakanlığı yeniden yapılandırılarak,

sağlık hizmeti sunumundan çekilerek piyasayı kontrol eden, denetleyen ve bir yapıya kavuşması istenmektedir (4, 5, 6, 7, 8, 9).

Bu bilgiler ışığında hekimlerin ve hemşirelerin, mesleki geleceklerini yakından ilgilendiren sağlıkta dönüşüm projesi hakkındaki bilgilerini, görüş ve isteklerini belirlemek amacı ile bu araştırma planlanmış ve uygulanmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Araştırma tipi kesitsel ve tanımlayıcıdır. Araştırma Adnan Menderes Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi (ADÜ) ile Aydın Devlet Hastanesi'nde çalışan hekim ve hemşirelere yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, Adnan Menderes Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi (ADÜ)'de çalışan 108 hemşire, 255 hekim (41 Profesör, 54 Doçent, 57 Yardımcı Doçent, 6 Uzman, 97 Araştırma Görevlisi); Aydın Devlet Hastanesi'nde çalışan 252 hemşire, 125 hekim (98 uzman., 27 pratisyen hekim) oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini, 11.12.2005 -11.01.2006 tarihleri arasında araştırmaya katılan 368 katılımcı (161 hekim ve 207 hemşire) oluşturmuştur. Veriler anket formu aracılığı ile yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Anket sorularını sosyodemografik özellikler ile hekim ve hemşirelerin SDP hakkındaki bilgi ve düşüncelerini sorgulayan sorular oluşturmaktadır. Verilerin analizinde SPSS 11.5

**Tablo 2.** Hekimlerin SDP hakkındaki bilgi durumlarına göre dağılımları

	Yeterli Bilgiye Sahip Olma Durumu					
	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%*
Pratisyen Hekim	13	81,2	3	18,8	16	9,9
Asistan	8	29,6	19	70,4	27	16,8
Uzman Hekim	34	54,8	28	45,2	62	38,6
Yardımcı Doçent	9	33,3	18	66,7	27	16,8
Doçent	8	38,1	13	61,9	21	13,0
Profesör	4	50,0	4	50,0	8	4,9
Toplam	76	47,2	85	52,8	161	100,0

\*Sütun yüzdesidir, diğerleri satır yüzdesidir.

**Tablo 3.** Hekimlerin SDP ile sağlık alanındaki sorunların çözümlenmesine ilişkin görüşlerine göre dağılımları

	Sağlık alanındaki sorunların sağlıkta dönüşüm projesi ile çözümlenmesi					
	Evet		Hayır		Fikrim yok	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Pratisyen Hekim	2	12,5	13	81,2	1	6,3
Asistan	-	-	16	59,3	11	40,7
Uzman Doktor	4	6,5	43	65,4	15	24,2
Yardımcı Doçent	1	3,7	17	63,0	9	33,3
Doçent	-	-	13	61,9	8	38,1
Profesör	1	14,3	1	14,3	6	85,8
Toplam	8	100,0	103	100,0	49	100,0

Programı kullanılmıştır. Araştırmada etik kurallara uyma gereğinden, hastanelerden yazılı onay ve katılımcılardan sözlü onay alınmıştır.

### **Bulgular**

Araştırmaya katılanların %43.8'i hekim (161), %56.2'si hemşire (207), %46.5'i ADÜ Hastanesi'nde, %53.5'i ise Aydın Devlet Hastanesinde çalışmaktadır. Araştırmaya katılan Aydın Devlet Hastanesi ve ADÜ Hastanesi'nde çalışan hekimlerin sayıları birbirine yakındır. Bu araştırmada hekimlerin %53.4'ünün, hemşirelerin %68.6'sının SDP hakkında yeterli bilgilerinin olmadığı görülmüştür. Pratisyen hekimlerin %81.2'sinin SDP hakkında yeterli bilgiye sahip oldukları, uzman hekimlerin %54.8'inin ve asistan, yardımcı doçent, doçent ve profesörlerin daha düşük oranda bilgi sahibi oldukları belirlenmiştir.

SDP hakkındaki bilgileri, pratisyen hekimler çalışma arkadaşlarının aktarımından, asistan hekimler basından, akademik hekimler ise konferans ve basından aldıklarını ifade etmişlerdir. Pratisyen hekimlerin %85'i "Aile Hekimliği" hakkında bilgi sahibidir. Diğer hekim gruplarında bilgi sahibi olma düzeyi %25-35 arasında değişmektedir.

ADÜ'de çalışan katılımcıların %39.8'i, devlet hastanesinde çalışanların ise %40.6'sı aile hekimliği uygulamasının birinci basamak sağlık hizmetlerini olumsuz etkileyeceğini düşünmektedir. Aile hekimliğinin birinci basamak sağlık hizmetlerini olumsuz olarak etkileyeceğini belirten pratisyen hekimlerin dağılımı %81.3 iken, diğer hekim gruplarındaki oran %40-50 arasındadır. Hekimlerin %65.8'i, hemşirelerin ise %41.5'i GSS ile tüm vatandaşlarımızın, sağlık hizmetlerinden eşit bir şekilde yararlanabileceğini düşünmektedir.

Hekimlerin %64'ü, hemşirelerin ise %37.2'si sağlık alanındaki sorunların SDP ile çözümlenemeyeceği görüşündedir. Pratisyen hekimlerin %81.2'si SDP'nin sağlık alanındaki sorunları çözemeyeceğini, diğer hekimlerin %30-40'ı ise bu konu hakkında fikirlerinin olmadığını belirtmişlerdir. Hekimlerin %87.6'sı, hemşirelerin ise %83.1'i SDP'nin uygulamaya konulmasını desteklememektedir. Katılımcıların bilgi almak istedikleri kaynaklara bakıldığında, hekimlerin %44.4'ü Tabip Odası'ndan, hemşirelerin ise %39.9'u Sağlık Müdürlüğü'nden bilgi almak istediklerini belirtmişlerdir.

### **Tartışma**

Araştırma sonuçlarına göre; hekimlerin %53.4'ü, hemşirelerin ise %68.6'sı SDP hakkında yeterli bilgiye sahip değildir. Bu sonuç, sağlık personeline SDP hakkında yeterli bilgi verilmediğini düşündürülebilir. Araştırmada pratisyen hekimlerin %81.2'si SDP hakkında yeterli bilgiye sahip olurken, uzman hekimlerin %54.8'i ve pratisyen dışındaki diğer hekimlerin daha düşük oranda bilgi sahibi olması SDP'nin kendilerini çok fazla etkilemeyeceğini düşünceleri ile ilgili olabilir.

SDP hakkındaki bilgileri pratisyen hekimler, çalışma arkadaşlarının aktarımından, asistan hekimler, basından, akademik hekimler ise konferans ve basından aldıklarını belirtmişlerdir. Aydın Tabip Odası'nın uzun süredir yapmış olduğu çalışmalara katılan hekimlerin SDP hakkında bilgi sahibi olduğu düşünülebilir. Aile hekimliği hakkında pratisyen hekimlerin %85'inin, bilgi sahibi olduğunu belirtmesi, bu konuya pratisyen hekimlerin ilgili olduğu, diğer hekimlerinde pratisyen hekimlere göre bilgisinin az olması, aile hekimliği uygulamasının yalnızca pratisyen hekimleri ilgilendirdiği düşüncesi ile ilgili olabilir. Hekimlerin %65.8'i GSS ile tüm vatandaşlarımızın sağlık hizmetlerinden eşit bir şekilde yararlanacağını düşünmektedirler. Bu durum hekimlerin GSS hakkında eksik bilgiye sahip olduklarını düşündürmektedir. Bilgi alınmak istenen kaynaklara bakıldığında hekimlerin çoğunun (44.4'ü) tabip odası, hemşirelerin ise çoğunun 39.9'u) Türk Hemşireler Derneği yerine sağlık müdürlüğü yanıtını vermesi Aydın ilinde Türk Hemşireler Derneğini şubesinin olmaması ile ilgili olabileceğini düşündürülebilir.

**İletişim: Dr. Hilmiye Aksu**

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

#### **Kaynaklar**

- 1- www.akp.org.tr. 18 Mart 2006.
- 2- www.basbakanlik.gov.tr. Erişim Tarihi: 18 Mart 2006 (58. ve 59. Hükümet Programı).
- 3- www.saglikbakanligi.gov.tr. Erişim Tarihi: 18 Mart 2006
- 4- Sağlıkta Dönüşüm Programı, 2003 Türkiye'sinde Halka ve Hekimlere/ Sağlık Personeline Ne Getiriyor?, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Birinci Baskı, Ekim 2003, Ankara.
- 5- Hamzaoğlu O., Sağlıkta Dönüşüm Sözlüğü, Türk Tabipleri Birliği Kocaeli Tabip Odası, Temmuz, 2004, Kocaeli.
- 6- Sağlıkta Dönüşüm Çıkmaz Sokakta!, Aile Hekimliği Pilot Uygulaması, Ankara Tabip Odası, Kasım 2005, Ankara.
- 7- Aile Hekimliğinde Son Durum, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Birinci Baskı, Eylül 2006, Ankara.
- 8- Kapaklı E., Pala K., Şahpaz F., Yavuz C. I., Düzce-Aile Hekimliği pilot bölge uygulaması çalışma raporu, Pratisyen Hekimlik Derneği Yayınları, İstanbul.
- 9- Düzce İli Aile Hekimliği pilot uygulaması Değerlendirme Raporu, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Birinci Baskı, Mayıs 2006, Ankara.

	STED'den	I		ilaç	X
	STED Yazarlarına Bilgi	II		"Tedavide Farmakokinetik Parametreler" Dr. Alper B. İskit	
	Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi ve Ulusal Tütün Kontrolü Çalışmaları	IV		Kredilendirilen Etkinlikler	XI
	Dr. Nazmi Bilir, Dr. Dilek Aslan,			Günlüğümden	XII
	Türkiye'nin Sağlıkını Okumak	VI		"Yaşasın 23 Nisan" Dr. Banu Mutlu	
	Dr. Onur Hamzaoğlu			Sağlık Ocaklarımızdan	XIV
	Kadın ve Sağlık	VII		Adala Sağlık Ocağı/Manisa	
	"Türkiye'de Toplumsal Cinsiyet, Kadın ve Sağlık"			TTB-STE Kredi Puanı ve Kitap Kazananlar	XVI
	Dr. Şevkat Bahar Özvarış			Ödüllü Bulmaca	XVII

## STED Yazarlarına Bilgi

Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED), Türk Tabipleri Birliği'nce birinci basamak sağlık hizmeti veren hekimlerin bilgi ve becerilerinin yenilenmesi ve geliştirilmesi amacıyla ayda bir yayımlanan bilimsel, hakemli bir dergi olup 2005 yılı başından beri TÜBİTAK Türk Tıp Dizini içinde yer alacaktır. STED'de birinci basamağın çalışma alanına giren konularda yapılmış araştırma yazıları, derlemeler, olgu sunumları, sağlık ocağı ve AÇS-AP merkezi gibi birinci basamak kurum 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:** Bulguları metin, tablo ve şekiller üzerinde gösteriniz. Metin içinde önemli verileri vurgulayıp özetleyiniz. Teknik ayrıntılar ek olarak verilebilir. Bulguları, sayı ve yüzde olarak belirtiniz. Verilerin, en uygun tablo, şekil ve grafiklerle gösterilmesi için çaba harcanmalıdır.

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

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

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

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

**Tipik dergi makalesi**

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

ya da

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

**Kitap**

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

**Kitap bölümü**

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

**Web Sitesi**

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

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

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

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

**10. Şekiller ve Fotoğraflar**

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

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

**Yazılarda Uygulanacak Biçimsel Özellikler Kılavuzu**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Metinlerin Gönderilmesi**

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

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

# Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi ve Ulusal Tütün Kontrolü Çalışmaları



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

## **Giriş**

Tütün ürünlerinin kullanılmasına bağlı sağlık sorunları ortaya konmaya başladıktan sonra bütün dünyada tütün kullanımının azaltılması amacıyla yönelik olarak çeşitli çalışmalar yapılmaktadır. Bu konuda hemen bütün ülkelerde ulusal düzeyde çaba gösterilmektedir. Ancak tütün ürünlerinin üretimi, dağıtımı ve pazarlaması uluslararası düzeyde bir olgudur, bu nedenle tütün kontrolü çalışmalarında uluslararası işbirliğinin büyük önemi vardır. Uluslararası alandaki ilk girişimlerden birisi Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölgesi'nin 1997 yılında aldığı bir kararla "Sigarasız Avrupa" (Smoke-free Europe) hedefini koymuş olmasıdır. Bu kararla Avrupa'da sigara kullanımının kontrolü bakımından üye ülkeler için 2001 yılına kadar gerçekleştirilmek üzere hedefler ortaya konmuştur. Aynı yıllarda uluslararası beş kuruluş işyerlerinde sigara kullanımının kontrolü amacı ile 2000 yılında "sigarasız işyerleri" adlı bir program belirlemiştir. Uluslararası alandaki en kapsamlı çalışma ise DSÖ tarafından geliştirilen "Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi" (FCTC; Framework Convention on Tobacco Control) olmuştur. Bu konudaki görüşmeler 2001 yılında başlamış ve hazırlanan sözleşme metni DSÖ'nün 2003 yılındaki Genel Kurul toplantısında üye ülkelerin oybirliği ile kabul edilmiştir. Çerçeve sözleşmede belirlenen ilkeler doğrultusunda her ülkenin de kendi ulusal planını yapması gerekmektedir.

## **Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi**

Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS) DSÖ'nün kendi tarihinde hazırladığı ilk ve tek sözleşmedir. Bu Sözleşme DSÖ Anayasası'nın 19. maddesi uyarınca hazırlanmıştır ve esas olarak "mevcut ve gelecek kuşakların tütün tüketiminden ve tütün dumanına maruz kalmaktan korunması" amacını taşımaktadır. Bu amaca yönelik olarak tütün tarımından tütün ürünlerinin üretimine, bu ürünlerin

fiyatlandırma ve vergilendirilmesinden reklam ve sponsorluk konularına, toplumun eğitiminden satış noktalarının denetimine, çocuklara tütün ürünleri satışının önüne geçilmesine kadar çeşitli konularda düzenlemeler yapılmıştır.

Tütün ürünlerine olan istemin azaltılmasına yönelik bu önlemlerden ayrı olarak tütün bağımlılığı ile mücadele ve tütün ürünleri kullananların bu alışkanlıktan vazgeçmelerini sağlamaya yönelik konular, tütün ürünlerinin kullanımından pasif olarak etkilenmenin önüne geçilmesi konusunda düzenlemeler de sözleşmede yer almaktadır. Sözleşmede ayrıca uluslararası alandaki ticaretin kontrolü ve özellikle tütün ürünlerinin kaçakçılığının önüne geçilmesi yönünde düzenlemelere de yer verilmiştir.

Tütün ürünlerinin kullanımının azaltılabilmesi için bu ürünleri kullananların alışkanlığı nasıl edindiklerinin, kullanma nedenlerinin, bırakma isteklerinin ve bu yönde destek sağlama olanaklarının araştırılması gerekmektedir. Araştırmalar ulusal düzeyde yapılabileceği gibi, uluslararası işbirliği içinde de çalışmalar yapılabilir. Sözleşmede bu konuda yapılabilecek araştırma olanakları ile, araştırma sonunda elde edilen bulguların paylaşılması konularına da yer verilmiştir.

## **Ulusal Tütün Kontrol Programı**

Çerçeve sözleşmenin genel kurulda oybirliği ile kabul edilmesinden sonra, sözleşme metninin hükümetler adına imzalanması ve üye ülkelerin bu metni kendi parlamentolarında oylayarak kabul etmeleri gerekmektedir. Sözleşmenin 40 ülke parlamentosu tarafından onaylanmasından 90 gün sonra da söz konusu metnin "uluslararası yasa" niteliğini kazanması öngörülmüştü. Uluslararası düzeyde bu çalışmalar sürerken her ülkenin de kendi ulusal tütün kontrol programını hazırlaması beklenmekteydi. Bu konudaki çalışmaların eşgüdüm içinde sürdürülmesi konusunda ülkelerin sağlık

\*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

bakanlıkları görevlendirilmişti. Bu çerçevede Sağlık Bakanlığı koordinasyonu ile geniş katılımı toplantılar yapılmış ve "Ulusal Tütün Kontrol Programı" hazırlanmıştır. Hazırlanan program 7 Ekim 2006 tarihinde Başbakanlık Genelgesi olarak Resmi Gazetede (Sayı 26312) yayımlanmış ve yürürlüğe girmiştir.

Ulusal Tütün Kontrol Programı üç bölüm halindedir. Bu bölümler ve içerikleri özele şu şekildedir:

#### **A- Tütün Ürünlerine Olan Talebin Azaltılmasına Yönelik Önlemler**

Bu başlık altında halkın bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi, sigaranın bırakılması, fiyat ve vergilendirme, pasif etkilenimin önlenmesi, reklam ve sponsorluk konuları ile ürün kontrolü konuları yer almaktadır.

#### **B- Tütün Arzının ve Tütün Ürünlerinin Kullanımının Azaltılmasına Yönelik Önlemler**

Bu grupta yasa dışı ticaretin önlenmesi, gençlerin sigaraya ulaşabilirliğinin önüne geçilmesi, tütüne alternatif ürünler konular vardır.

#### **C- Tütün Kullanımı ve Ulusal Tütün Kontrol Programının İzlenmesi Değerlendirilmesi ve Raporlanması**

Bu başlıkta da amaç ve hedeflerin belirlenmesi ve bu hedeflere yönelik stratejilerle bunların gerçekleştirme durumlarının izlenmesi ve değerlendirilmesi konuları yer almaktadır.

Hazırlanan programla ilgili görev, yetki ve sorumlulukların tanımlanması ve çeşitli tarafların üzerlerine düşen sorumlulukları yerine getirmelerini sağlamak amacı ile planlı olarak toplantılar yapılmaktadır. Bu toplantıların ilki 20 Şubat 2007 tarihinde yapılmıştır. Çeşitli bakanlıklar ve kamu kuruluşları ile üniversitelerden toplam 70 kişinin davetli olduğu ilk toplantıda "Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı - 2007" şeklinde çalışma programı yapılmış ve ilgili çalışma grupları belirlenmiştir. Belirlenen çalışma gruplarının Mayıs ayı içinde tekrar yapacağı eylem planı doğrultusunda ilgili tarafların görev, yetki ve sorumlulukları tartışılmıştır. Çalışma gruplarının 7 Mayıs günü tekrar yapacağı toplantıda eylem planı doğrultusunda görevlendirmeler yapılacak ve çalışmaların gerçekleştirilmesi için harekete geçilecektir.

**İletişim: Dr. Dilek Aslan**

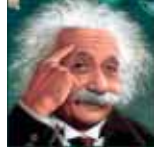
**E-posta: diaslan@hacettepe.edu.tr**

#### **Kaynaklar**

- 1- WHO Framework Convention on Tobacco Control: why is it important? <http://www.who.int/features/qa/34/en/index.html>. (Erişim tarihi: 10 Nisan 2007).
- 2- Ulusal Tütün Kontrol Programı, Başbakanlık Genelgesi, Resmi Gazete 07 Ekim 2006, Sayı 26312.







Dr. Onur Hamzaoğlu\*

**Tablo:** Türkiye'nin kişi başına GSMG ve 5YAÖH yönünden dünya ülkeleri sıralamasındaki yeri ve sıralamalar arasındaki fark

Rapor Yılı	GSMG Sırası	5YAÖH Sırası	Sıra Farkı
1988	61	71	-10
1990	57	71	-14
1994	61	96	-35
1995	52	94	-42
1996	41	96	-55
1997	50	101	-51
1998	61	108	-47
1999	66	108	-42
2000	61	105	-44
2001	66	111	-45
2003	70	115	-45
2004	73	116	-43
2005	67	114	-47
2006	66	103	-37
2007	62	99	-37

Ülkelerin toplumsal sağlık düzeyini en iyi yansıtan üç göstergeden birinin beş altı çocukların ölüm hızı (5YAÖH) olduğu kabul ediliyor. Bu gösterge, bir yıl içinde ölen 60 haftadan küçüklerin, o yıl gerçekleşen canlı doğum sayısına bölünüp, katsayı olarak da binle çarpılmasıyla hesaplanıyor. Özetle, 5YAÖH ile o yıl gerçekleşen bin canlı doğuma karşılık beş yaşın altında kaç çocuğumuzu yaşatamadığımızı görmüş oluyoruz. Göstergenin değeri düştükçe, ülkede toplumsal sağlığın iyiye, arttıkça da kötüye gittiği kabul ediliyor. Bir ülkede beş yaşından küçüklerin ölümü, sağlık hizmetlerine ulaşamama ve sağlık hizmetlerinin niteliği ile yakından ilgili. Ancak yalnızca bunlarla değil, sağlık hizmetleri dışında, hatta daha da öncelikle toplumun sağlığını belirleyici etkisi olan beslenme, altyapı, eğitim, gelir dağılımı vb. başlıklarda da toplumun ne durumda olduğunu yansıtıyor.

Birleşmiş Milletler'e bağlı yapılardan biri olan UNİCEF, uzun zamandan beri her yıl düzenli olarak 'Dünya Çocuklarının Durumu'

raporunu yayımlıyor. Raporda her yıl çocuk sağlığıyla ilgili bir konu ayrıntılı olarak incelenirken, son bölümde de ülkelerin sağlık göstergeleri pek çok başlıkta sunuluyor.

Bu ayki çalışmamızda UNİCEF'in ulaşabildiğimiz raporlarında her yıl kaç ülke ile ilgili veriler sunulmuşsa, o ülkeler arasında hem 5YAÖH, hem de kişi başına düşen gayri safi milli gelirden (kGSMG) ülkeler en iyiden en kötüye doğru sıralandığında Türkiye'nin kaçınıcı sırada yer aldığını belirledik. Beklentimiz gelirden ne kadar iyi ya da kötü sıralardaysak, 5YAÖH'de de benzer sırada olmamızdı. Bunu değerlendirebilmek için de kGSMG'deki sıralama ile 5YAÖH'deki sıralamanın farkını aldık. Sonucun sıfır çıkması zenginlikteki sıralamadaki sağlık sıralamamızda olduğumuzu, artı bir değerse zenginlik sıralamamızdan daha iyi bir sağlık sıralamasında olduğumuzu, negatif değer çıkması da zenginlik sıralamasına göre kötü bir sağlık sıralamasında olduğumuz gösterecekti.

Yapılan hesaplamada tabloda da görüldüğü gibi, hep negatif değer çıkıyor ve günümüze yaklaştıkça fark artıyor. Yani bazı dalgalanmalarla birlikte genel olarak, 1988 raporuna yansımış olan durumumuzun göre, her geçen yıl toplumumuzun sağlığı kötüye gidiyor. Bu durum bize, sağlık hizmetlerinin sunumunda ve ulaşmadaki sorunların yanı sıra, ülke zenginliğinin paylaşımının gelir düzeyi düşük olanların, yoksulların aleyhine bozulduğunu gösteriyor.

**İletişim:** Dr. Onur Hamzaoğlu

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

### Kaynak

UNİCEF, Dünya Çocuklarının Durumu, 1988; 1990; 1994; 1995; 1996; 1997; 1998; 1999; 2000; 2001; 2003; 2004; 2005; 2006; 2007.



Dr. Şevkat Bahar Özvarış\*

## Toplumsal Cinsiyet ve Sağlık\*\*

Kadın ve erkeklerdeki sağlık ve hastalık örüntüleri belirgin farklılıklar gösterir. Kadınların doğumda beklenen yaşam süresi daha uzundur. Ancak pek çok toplumda, kadınların erkeklere göre daha fazla hastalık ve stres yaşadıkları bilinmektedir. Kadınlar erkeklerden daha uzun yaşadıkça, daha uzun olan bu yaşamın niteliği önem kazanmaktadır. Daha zayıf cinsiyet olarak değerlendirilen kadınların aslında bütün yaşlarda erkeklerden daha güçlü olduğu görülür. Tüm toplumlarda, erkek fetüs daha fazla spontan düşük ve ölü doğumla karşılaşır. Bu mortalite modeli yaşamın ilk altı ayında da belirgin biçimde sürer. Erişkin dönemde ise yine kadınlar menopoza dönemine kadar biyolojik bir avantaja sahiptir. Çünkü cinsiyet hormonları kadınları iskemik kalp hastalıklarından korumaktadır (1,3).

Toplumsal cinsiyet rolündeki değişimler erkeklerin, "ekmek parası kazanmak" amacıyla daha fazla risk almalarına ve mesleki nedenlere bağlı ölümlerden daha fazla etkilenmelerine yol açmaktadır. Aynı zamanda erkeklerin kaynaklara ulaşma olanaklarının daha fazla olması, tehlikeli maddelerle karşılaşmaları/kullanmaları riskini artırmıştır. Hızlı bir şekilde bu alışkanlıklar "erkeksi alışkanlıklar" olarak tanımlanmıştır. Dünyanın pek çok ülkesinde genç erkekler genç kadınlardan daha fazla trafik kazası (alkol bağlantılı) ve şiddetten dolayı ölüm riskiyle karşılaşmaktadır. Yaşamın ilerleyen evrelerinde erkekler arasında görülen erken ölümlerin büyük bir bölümü kalp hastalıklarından kaynaklanmaktadır. Bu yalnızca biyolojik duyarlılıktan değil, aynı zamanda erkeklerin risk alma davranışlarının farklı olmasından da kaynaklanmaktadır. Örneğin; erkekler sigara içmeyle birlikte, mesleki karsinogenlere daha fazla maruz kaldıkları için akciğer kanserinden ölme riskleri de artmaktadır (1,3).

Türkiye'de, kadınların beklenen yaşam süresi erkeklerden daha uzun olduğundan yaşlı kuşaktaki kadın sayısı daha fazladır. Nüfus projeksiyonunda, 2000 yılında beklenen yaşam süresi erkeklerde 66.9 yıl, kadınlarda 71.5 yıl iken, 2005 yılında bu sürenin erkeklerde 68 yıl kadınlarda 72.7 yıl olması beklenmektedir. Yaşam süreci boyunca hem kadın, hem de erkekler cinsiyete özel hastalıklar açısından risk taşımaktadırlar. Ancak kadın ve erkeğin üreme ile ilgili hastalık yükleri incelendiğinde; kadınlar üreme sağlığı sorunlarını erkeklerden çok daha fazla yaşarlar ve bu duyarlılık üreme çağına (15-49 yaş) daha da artar. Cinsiyete göre üreme sağlığı hastalık yükü incelendiğinde; kadının hastalık yükü (%36.6), erkeğin yükünün (%12.3) üç katı olduğu görülür. Kadın ve erkeğin biyolojik cinsiyeti ve üremeye ilişkin fizyolojik fonksiyonlarının farklılığı ve getirdiği yüklerin yanı sıra, toplumun kendilerine biçtiği "toplumsal cinsiyet" rolünden kaynaklanan ve sağlıklarını olumsuz etkileyen faktörler vardır. Bu olumsuzlukların boyutu toplumdan topluma değişmekle birlikte, özellikle gelişmekte olan ülkelerde "kadın" yönünden olumsuzlukların boyutu daha da büyüktür (1,3).

Örneğin, anne ölümlerini azaltmak ve önlemek artık günümüzde bir sosyal adalet ve insan hakları konusu olarak kabul edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü ve UNICEF'in 1990 tahminlerine göre, gebelik, doğum ya da loğusalık döneminde yaşanan komplikasyonlara bağlı olarak yılda 585 bin anne ölümü meydana gelmektedir. Bu ölümlerin %99'u gelişmekte olan bölgelerdedir. Yine Dünya Sağlık Örgütü tahminlerine göre, dünyada her yıl 15 milyondan fazla kadının yaşamlarının geri kalan kısmında doğum ve gebeliğe bağlı yaralanma ve sakatlık sorunları sürmektedir. Bir kadın, her gebelikte ölüm riski ile karşı karşıyadır. Gelişmiş bölgelerde anne ölüm

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

\*\*Türkiye'de Toplumsal Cinsiyet, Kadın ve Sağlık" başlıklı çalışmanın ilk bölümü Mart 2007 sayısında yayımlanmıştır.

hızları 100 bin canlı doğumda ortalama olarak 50'nin çok altındadır (Doğu Avrupa için 8-50; ve pek çok Batı Avrupa ülkesi için 8'in altındadır). Gelişmekte olan bölgeler ise her 100 bin canlı doğum için 500-1000 anne ölümü olarak rapor etmektedir (2). Türkiye'de 1998'de hastane verilerine dayalı (53 ilin, 615 hastanesinde) yapılan bir çalışmaya göre "Anne Ölüm Hızı" yüz bin canlı doğumda 49 bulunmuştur. Bu çalışmada dikkat çekici nokta, her 5 anne ölümünden 4'ü önlenabilir ölüm olarak değerlendirilmiştir (4).

Yaş dönemlerine göre kadın sağlığını etkileyen olumsuzluklar aşağıda örneklendirilmiştir (1).

Toplumsal cinsiyet ayrımcılığının en çarpıcı olumsuz sonucu sağlık hizmetlerinden yararlanma da ortaya çıkmaktadır. Toplumsal cinsiyet ayrımcılığı sonucu özellikle kadınların düşük statüde olması en fazla onların doğurganlık davranışını etkilemektedir.

Dünyada, gelişmekte olan 99 ülkede

yapılan bir araştırmaya göre; kadının toplumsal statüsü ve doğurganlığı arasında doğrudan bir ilişki vardır ve kadının statüsü iyileştikçe sahip olduğu çocuk sayısı azalmaktadır. Benzer biçimde, kadının statüsü iyileştikçe obstetrik hizmetlerden yararlanma oranı da artmaktadır. Buna Türkiye'den örnekler verilecek olursa, 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Sonuçları'na göre, kadının öğrenim düzeyi yükseldikçe doğum öncesi bakım alma ve sağlıklı koşullarda doğum yapma oranlarının arttığı görülmektedir (Tablo 1).

Eğitim düzeyi çok düşük olanlar arasında doğum öncesi bakım alma %37.6, sağlıklı doğum oranı %54.8 iken, ortaokul ve üzerinde öğrenim görmüş olanlarda bu oranlar sırası ile %96 ve %99.7'dir (5).

Kadının öğrenim düzeyi, aile planlaması hizmetlerine ulaşmasında da etkili olmaktadır. Örneğin; eğitimsiz grupta kontraseptif yöntem kullanma oranı %51 iken, ilkököl mezunu olanlarda bu oran %67.7 ye, ortaokul ve

**Tablo 1.** Yaş dönemlerine göre kadın sağlığını etkileyen olumsuzluklar

<p><b>Çocukluk Dönemi</b> Cinsiyeti nedeni ile kız çocuğunun yaşadığı ve sağlığını etkileyen olumsuzluklar şunlardır: Cinsiyet seçimi Gebeliğin istenmemesi İsteyerek düşükler Kadın Genital Mutilasyon (kadın sünneti) Malnutrisyon Enfeksiyonlar İhmal, hizmetten yararlanamama Morbidite ve mortalite hızlarının artması (özellikle 2-5 yaşta)</p>	<p><b>Ergenlik (Adolesan) Dönemi (10-19 yaş)</b> Bu dönemde kız adolesanlar için daha fazla riskler söz konusudur, önemli sorunları şunlardır: Menarş Toplumsal baskı Cinsel taciz/istismar İstenmeyen gebelikler İsteyerek düşükler Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar Anemi/malnütrisyon Madde bağımlılığı (alkol, sigara, uyuşturucu) Paralı seks Şiddet</p>
<p><b>Erişkin Dönem (15-49 yaş)</b> Üreme fonksiyonlarının en yoğun olarak yaşandığı bu dönemde kadınların karşılaştığı en önemli sağlık sorunları şunlardır: Gebelik, doğum, doğum sonu komplikasyonlar İstenmeyen gebelikler/isteyerek düşükler Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Anemi/malnütrisyon Paralı seks / cinsel taciz-istismar/şiddet Anne ölümleri</p>	<p><b>Menopoz ve menopoz sonrası dönem (50+ yaş)</b> Kadının sağlık sorunlarının en ihmal edildiği dönemdir. Bu dönemde karşılaşılan sorunlar çoğu kez kadının cinsiyeti ya da üreme fonksiyonları ile ilişkilendirilmez bile. Kadınların bu dönemde yaşadığı üreme sağlığı ile bağlantılı sorunlar şunlardır: Menopozal semptomlar Malignensiler Kardiyovasküler Hastalıklar Osteoporoz Desensüs-prolapsus Şiddet</p>

**Tablo 2.** Kadının öğrenim düzeyine göre obstetrik hizmetlerden yararlanma durumu

Kadın öğrenim düzeyi	Doğum öncesi	Sağlıklı doğum
Yok/İlkokulu bitirmemiş	37.6	54.8
İlkokul mezunu		
Ortaokulu bitirmemiş	76.2	89.8
Ortaokul ve +	96.0	99.7

Kaynak: 1998 TNSA İleri Analiz Sonuçları

**Tablo 3.** Türkiye'de seçilmiş bazı kadın sağlığı göstergeleri (%)

Toplam doğurganlık hızı	2.2
Aile planlaması yöntemi kullanma	71,0
Modern yöntem	42.5
Geleneksel yöntem	28.5
Aile Planlamasında karşılanmayan gereksinim	6,0
Doğum öncesi bakım alanlar	80.9
Sağlıklı doğum oranı	83,0

Kaynak: TNSA, 2003



üzerinde % 75.3 e yükselmektedir. Modern yöntem kullanma yüzdesi de buna benzer olup sırası ile, % 28.1, % 38.6 ve % 52.8 dir (5). Tablo 2'de 2003 yılı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması verilerine göre bazı kadın sağlığı göstergeleri verilmiştir (6). Ancak, burada ayrıntıları gösterilememiş olsa da, bu değerler kent-kır ve Batı-Doğu bölgeleri arasında çok belirgin farklılık göstermektedir.

**İletişim: Dr. Şevkat Bahar Özvarış**

**E-posta: sevkat\_b@hotmail.com**

#### Kaynaklar

- 1- Akın A, Özvarış, ŞB. Dünyada ve Türkiye'de Kadın Sağlığının Durumu. İçinde: Güler Ç, Akın L, ed. Halk Sağlığı Temel Bilgiler Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2006.
- 2- United Nations, The World's Women 2000 Trends and Statistics, Social Statistics and Indicators Series K 16, 2000
- 3- Türmen T. "Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Sağlığı", Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın (Ed. Akın A), Hacettepe Üniv. Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi (HÜKSAM), HÜ yayınları;2003
- 4- Akın, A, Doğan, B, Mihçioğur, S, Türkiye'de Hastane Kayıtlarından Anne Ölümleri ve Nedenleri Araştırması Raporu. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü; Ankara: 2000.
- 5- Bahar Özvarış Ş, Akın A. "Türkiye'de Doğum Öncesi Bakım". Türkiye'de Ana Sağlığı, Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998 İleri Analiz Sonuçları (Ed. Akın A), Hacettepe Üniversitesi, TAP Vakfı ve UNFPA; Ankara: 2002
- 6- Töre ve Namus Cinayetleri ile Kadınlara ve Çocuklara Yönelik Şiddetin Sebeplerinin Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu. [www.tbmm.gov.tr/develop/owa/arastirma\\_onergesi](http://www.tbmm.gov.tr/develop/owa/arastirma_onergesi) Erişim: 26 Şubat 2006.



Dr. Alper B. İskit\*

## Tedavide Farmakokinetik Parametreler

Farmakokinetik ilaçların absorpsiyon, dağılım, metabolizma ve itirahını zaman boyutları içinde inceleyen farmakolojinin alt dalıdır. Bu olayların kompleks bir fonksiyonu olan ve ilaç kan düzeyinin zamana göre seyrini gösteren plazma konsantrasyonu-zaman eğrisi, ilacın farmakokinetik yazgısını ortaya koyar. Farmakokinetik incelemelerde etki yerindeki konsantrasyonu yansıtan fakat aynısı olmayan kan (plazma) ilaç konsantrasyonu üzerinden değerlendirilme yapılır.

Doz => Farmakokinetik olaylar => Konsantrasyon  
=> Farmakodinamik olaylar => Etki

Şekil 1. Farmakokinetiğin ilaç etkisindeki yeri

Bu yazıda tedavide kullanılması olası bazı temel farmakokinetik parametreler (kavramlar) incelenmiştir.

### 1. Yarı ömür ( $t_{1/2}$ )

İlacın yarı ömründen bahsedildiği zaman, ilacın eliminasyon yarı ömrü anlaşılır. Her bir  $t_{1/2}$  süresince vücutta bulunan ilaç miktarının %50'si atılır, plazma konsantrasyonu %50 oranında azalma gösterir. Verilen  $t_{1/2}$  değerleri böbrek ve karaciğer hastalığı olmayan genç erişkinler için geçerlidir. İlacın yarı ömrü böbrek hastalarında anlamlı bir şekilde uzamaktadır. Yarı ömür ile ilgili bilgiler ilacın idame dozunun hesaplanmasında kullanılır.

### 2. Plato prensibi

Bir ilacın düzenli aralıklarla verilmesi, bir süre sonra plazma ilaç konsantrasyonunun kararlı veya plato dediğimiz bir düzeye (steady-state) ulaşmasına neden olmaktadır (Css). Platoya ulaşma hızı, ilaç eliminasyon yarı ömrünün bir fonksiyonudur.

$$1 \ t_{1/2} \text{ de...} C=0.500 \text{ Css}$$

$$2 \ t_{1/2} \text{ de...} C=0.750 \text{ Css}$$

$$3 \ t_{1/2} \text{ de...} C=0.875 \text{ Css}$$

$$4 \ t_{1/2} \text{ de...} C=0.970 \text{ Css}$$

Pratik olarak 5 yarı ömürde platoya ulaşıldığı kabul edilir. İlaçlar için bir genelleme yapılacak olur ise; yarı ömrü 1 saat veya daha

uzun ilaçlar için plato prensibi daha büyük önem kazanır. İlacın etkisinin hızlı başlaması için bir başlangıç ve yükleme dozu, istenilen plazma ilaç düzeyine kısa bir sürede ulaşılması için verilmelidir. Yarı ömür 3 saatten daha uzun ise bir yükleme dozunun kullanılması gerekir.

### 3. Dağılım Hacmi (Vd)

İlacın vücutta eşit olarak dağılımı sonucu elde olunan plazma konsantrasyonunu veren sıvı hacmidir. Dağılım hacmi klinikte terapötik olarak etkin ve güvenli olan idame dozu ve yükleme dozunun hesaplanmasında kullanılır.

$$Vd = A / Cp$$

Vd = Vücuttaki ilaç miktarı (mg) / Plazma ilaç konsantrasyonu (mg / L)

İlaç, 70 kg ağırlığındaki bir hastaya 140 mg (A) dozunda verildiğinde elde olunan plazma konsantrasyonu eğer 8 mg / L (Cp) ise:

$$Vd = 140 / 8 = 17.5 \text{ L'dir.}$$

Genellikle dağılım hacmi vücut ağırlığının Kg'ı başına L olarak ifade edilmektedir. Bu örnekte:

Vd = 17.5 / 70 = 0.25 L / kg olacaktır. Dağılım hacminin bilindiği durumlarda istenen plazma konsantrasyonunu elde etmek için gereken ilaç dozu (miktarı) hesaplanabilir. Yukarıdaki örnekte 10 mg / L isteniyorsa:

$$\begin{aligned} A(D) &= Vd \cdot Cp \\ &= (0.25 \times 70) \times 10 \\ &= 17.5 \times 10 \\ &= 175 \text{ mg olur.} \end{aligned}$$

### 4. Yükleme dozu

Kararlı durumun oluşması için gerekli süre çok uzun ise ( $t_{1/2}$  çok uzun ise), istenen plazma düzeylerine yükleme dozu verilerek çok daha hızlı bir şekilde ulaşılabilir. Yükleme dozu uygulaması, plazma ilaç konsantrasyonu kararlı durumdaki düzeyine getirecek miktarda ilacın verilmesi işlemidir.

$$\text{Yükleme dozu} = \text{Css} \times Vd$$

$$\text{Yükleme dozu} = \text{kararlı durum istenen ilaç düzeyi} \times \text{dağılım hacmi}$$

Bazen yükleme dozu toksisite nedeniyle birden fazla seferde verilebilir.

#### 5. Klerens (Kl) ve eliminasyon sabiti (k):

Klerens bir dakikada, değişmemiş ilaçtan temizlenen plazma hacmidir (ml / dakika). Klerens aynı zamanda böbrek yetmezliğinde doz tayininde de kullanılabilir bir parametredir:

$$\text{Doz}_{by} \times Kl = \text{Doz} \times Kl_{by}$$

(Kl = 100 ml / dk, Doz = normal insan idame dozu, by = böbrek yetmezliği)

Klerensin dağılım hacmine bölünmesi ile fraksiyonel eliminasyon sabiti (saat-1, k) bulunur:

Eliminasyon sabiti (k) = klerens (Kl) / dağılım hacmi (Vd)

Eliminasyon hız sabitinin bilinmesi ise ilaç yarı ömür tayininde kullanılır:

$$t_{1/2} = 0.693 / k$$

Yukarıdaki eşitlikte k = Kl / Vd olduğu için formül

$$Kl \times t_{1/2} = 0.693 \times Vd$$

şekline dönüşür. Bu eşitlik gerekli değerler bilindiği takdirde dağılım hacmi, klerens ve ilaç yarı ömrünün hesaplanmasında kullanılabilir.

Klerens biliniyor ise istenen kararlı durum plazma düzeyini oluşturacak infüzyon dozu veya idame dozu (yinelenebilir dozlar) da hesaplanabilir:

**İnfüzyon hızı:**  $C_{ss} \times Kl$

**Doz:**  $C_{ss} \times Kl \times \text{doz aralığı}$

Teşekkür:

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

**İletişim:** Dr. Alper B. İskit

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

#### Kaynaklar

1. İskit AB, Bozkurt A. Antibiyotik tedavisinde farmakokinetik parametreler. İnfeksiyon Hastalıkları Serisi, 3, 2000: 11-14.
2. Babaoğlu MÖ, İskit AB., Bozkurt A. (2001) Antibiyotik tedavisinin farmakokinetik yönü. Güncel Bilgiler Işığında İnfeksiyon Hastalıkları, Bilimsel Tıp Yayınevi, Ankara, Cilt I: 103-111.
3. Kayaalp SO. Rasyonel Tedavi Yönünden TIBBİ FARMAKOLOJİ. 8. Baskı, Ankara: Hacettepe-Taş Kitabevi, 1998.
4. Reid JL, Rubin PC, Whiting B. Lecture notes on Clinical Pharmacology. 5th. edition, Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1996.
5. Benet LZ. General Principles. In Molinoff PB, Ruddon RW (eds). Goodman and Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics. 9th edition, McGraw-Hill Companies, 1996: 1-77.

## Kredilendirilen Etkinlikler



TTB Sürekli Tıp Eğitimi Kredilendirme Kurulu'nca kredilendirilen tüm etkinliklerin ayrıntılı programlarına <http://www.ttb.org.tr> adresinde "**Kredilendirilen Etkinlikler**" bağlantısından ulaşabilirsiniz.

**Türk Hematoloji Derneği Eğitim Çalışmalarından Temel Hemostaz Tromboz Kursu**

7-9 Eylül 2007, Bolu

**TKD 4. Bölgesel Eğitim Tapıntısı Karadeniz ve Doğu Anadolu 2007 Güncelleme Kalp Hastalıklarında Tanı ve Tedavi ve Kardiyoloji Hemşireliği**

8-9 Eylül 2007, Samsun

**9. İzmir Psikanaliz ve Psikoterapi Günleri**

21-23 Eylül 2007, İzmir

**İyi Klinik Uygulamalar Kursu**

21 Eylül-28 Aralık 2007, Denizli

**9. Ulusal Çocuk Nöroloji Kongresi 7.**

**Avrupa Çocuk Nörolojisi Kongresi Ve Nöromusküler Hastalıklar Kursu**

24-29 Eylül 2007, Aydın

**Cerrahi Gastoroenteroloji 2007**

**12. Uzmanlık Sonrası Eğitim Kursu**

26-27 Ekim 2007, İstanbul

**Omuz ve Dirsek Cerrahisi Derneği Çekirdek Müfredat Eğitim Programı Kursu**

9-10 Kasım 2007, İstanbul



Bu ayki **Günlüğünden** sayfalarında, *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'ndan Dr. Banu Mutlu'nun "Yaşasın 23 Nisan"* başlıklı anısına yer veriyoruz. Sizin anılarınızı da bekliyoruz.

Çocuklar,

Ne zaman baksam bana bir tarla dolusu kır çiçeğini anımsatan, renk renk, cıvı cıvı, kimisi daha küçücük bir tomurcuk, güneşe doğru yönelip çiçek açmayı bekleyen, kimisi rengarenk çiçek açmış, mis kokulu, yaşamak için ilgiye, sevgiye muhtaç...

Bahar aylarının bu güzel gününde, sabah daha sevinçli gözlerimi açtım, yataktan daha bir istekle, heyecanla kalktım. Yaşasın 23 Nisan diye başladığım bu günde bu sayfada siz STED okurlarıyla buluşmaktan dolayı çok memnunum.

Geriye baktığımda yaşamımla ilgili en iyi kararın çocuklarla ilgilenmeyi seçmek olduğunu düşünüyorum. Tıp Fakültesi bittiğinde yaşamıma nasıl bir yol çizeceğim, hangi bölümü seçeceğim konusunda kararsızdım. Düşününce çocukları çok sevdiğime ve onlar için çalışmanın her zaman hoşuma gideceğine karar verdim, TUS

sinavında çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümünü kazandığımı duyunca da sevdiğim bir işi yapacağım için çok sevindim. Zor olduğunu biliyordum, çoğu derdini anlatamayan, yalnızca size bakarak yardım isteyen minik yaratıklar, Ama her gün onlarla birlikte olmak, her biriyle tek tek uğraşmak, insana mutluluk veriyor. O gün ne kadar canınız sıkın da olsa, çalışmaya başladığınızda ve çevrenizde çocuk seslerini duyduğunuzda, sevimli yüzlerinde çocuk gülümsemesini gördüğünüzde, tüm dertleriniz kapının ardında kalıyor. Ateşler içinde yanan, kolunu kaldıramayacak kadar halsiz, soluk almak için çabalayan, inleyen bir çocuğun sabaha kadar başında nöbet tuttuktan sonra gözlerini açtığını, yüzünüze gülümsediğini görmek, tüm yorgunluğunuzu unutturan, yaşamda duyulabilecek en büyük hazlardan birisi, işte o zaman iyi ki buradayım diyorsunuz.

Her yıl 23 Nisan olduğunda ben de babasının omzunda elinde balon ve bayraklar, yüreğinde bayram coşkusu geçit töreninde yürüyenlere el sallayan o küçük kız oluyorum, Bu yıl da Nisan ayı gelip her tarafa süsler asıldığında, sokaklar bayraklarla donandığında, dünyanın birçok ülkesinden çocuklar bu anlamlı günde aramızda olmak için ülkemize geldiğinde, benim içim de kıpır kıpır oldu. Bayram sevincini içimde hissettim, Belki de her gün çocukların arasında olmak, onlarla aynı havayı solumak, aynı duyguları, aynı sevinci paylaşmamda yardımcı oluyor. Işık ışık gözleri ve her şeyi sevmeye hazır kocaman yüreği, elinizden tutan minik elleriyle bir çocuk kimin içinde bir kıpırtı oluşturmaz, kimin kalbini daha hızlı çarptırır ki! Hiçbirinin canı acımasın, hiçbirisi hasta olmasın demek geliyor insanın içinden. Her sabah çocuklarla güne başlamak,





çocuklarla ilgilenmek beni ne kadar mutlu ediyorsa, onları hasta, görmek bir o kadar üzüyor. Bazen bu minik melekler neden hasta oluyor, neden kazalar onların başına geliyor diye içimden isyan etmek gelse de, iyileşerek hastaneden ayrılan bir çocuğun ve anne-babasının yüzündeki sevinci görmek bu düşünceden uzaklaştırıyor, onlara yardım edebiliyor olmanın sevinci, mutluluğu daha ağır basıyor.

Bu anlamlı günde bahar ayının güneşli güzel günlerinin dışarıda koşmak, arkadaşlarıyla oyunlar oynamak yerine bir hastane yatağında geçirmek zorunda kalan fakat içinde çocuk kalbini ve bayram sevincini, coşkusunu taşıyan çocuklar için hastanede yalnızca onların olan bu bayramının kutlanmasının, böyle önemli bir günde hastalıkları dışında bir vesile ile anımsanmanın onlar için çok önemli olduğunu düşünüyorum. Bizler hastalıklarıyla uğraşmaktan, onların hastalıktan kurtulup iyi olmalarına odaklandığımız için, onların yaşadıkları acılarla olgunlaşmış yüzlerine bakarken, büyük bir insana taş çıkaracak konuşmalarını dinlerken, yüreklerinde yaşattıkları çocuğu, çocukca istekleri görmekte zorlanıyoruz, onların aslında yalnızca birer çocuk olduğunu unutuyoruz bazen.

Servislerde yatan, bazılarının bir ellerinde mayi askıları, drenaj kateterleri, bazılarının kollarında bacaklarında alçılar, sargılar, bazılarının yüzünde maske, bazıları tekerlekli sandalyede çocukların toplandığını görünce ne yaptıklarını merak ettim ve çevredekilere sorduğumda 23 Nisan partisi yaptıklarını öğrendim, böyle bir günde unutmadığımız için bende kendimi onlar kadar mutlu hissettim,

çocukluğumda duyduğum bayram sevincini içimde hissettim, o bayram günlerinde yüreği heyecanla, coşkuyla çarpan küçük kız oluverdim. Koridorlar, servisler, poliklinikler bayraklarla ve çeşitli süslerle süslenmişti, rengarenk parlak kağıtlarla kaplanmış paketler bir masanın üzerine üst üste dizilmişti, bir bir dağıtıldı gelen çocuklara, heyecanla, zevkle renk renk paketleri açtılar, içlerinden çıkan her bebek, her araba, türlü türlü ufak oyuncak birini sevindiriyordu, hediyesini alan çocuğun mutluluğu gözlerinden okunuyordu. Şarkılar söyleniyor, elele tutuşmuş oyunlar oynuyorlardı, bir de palyaço gelmiş türlü komiklikler yapıyor ve onları güldürüyordu, hepsi sanki hasta olduklarını ve hastanede olduklarını unutmış eğleniyorlardı. Onları öyle mutlu coşkulu neşeli kahkahalar atarken görünce, uzun uzun seyrettim. Partinin sonunda unutulmamış olmanın sevinciyle, yüzlerinde kocaman bir gülümseme, tedavilerine devam etmeye yatmakta oldukları servislere, belkide kısacık yaşamlarında unutulmayacak, hep hatırlanacak bir anıyla geri döndüler.

Düşünüyorum da belki ulu önderimiz Atatürk çocuklara, geleceğimizin bekçilerine, bir bayram hediye ederken; toprağın canlandığı, kuru dalların çiçeklerle donandığı, tarlaların sarı beyaz kırmızı, rengarenk elbiseler giydiği bir bahar ayını seçmesinin sebebi çocuklarda baharı görmesiydi. Bizde Atamızın izinden gitmeli ve geleceğimiz olan çocukların hep daha sağlıklı, mutlu olmaları için elimizden gelen gayreti göstermeliyiz, yılın belli bir gününde değil, bunları hergün anımsamalıyız.

Artık aşı olamayan, doktora ulaşamadığı için ölen, özürlü kalan, okula gidemeyen, sokaklarda yaşamak zorunda kalan çocuk kalmamasın, artık medyada ihmal edilmiş ya da istismara uğramış haberi ile üzülmeylem, tüm çocukların hasta olmasına engel olmaya belkide gücümüz yetmeyebilir, ama birçoğunun önlenebilir hastalıklardan, kazalardan ölmelerine, sakat kalmalarına engel olabiliriz. Ve daha iyi koşullarda yaşamalarına, daha iyi eğitim almalarına yardımcı olabiliriz. Böyle bir gün vesilesiyle bu düşüncelerimi sizlerle paylaşmak istedim, bugün oturup hep birlikte düşünelim; hepimizin bir doktor olarak ya da yalnızca bir birey olarak çocuklar için, yaşamları bizlere emanet küçük melekler için yapabilecek küçük de olsa bir şeyler vardır. Ne dersiniz?





## Adala Sağlık Ocağı / Manisa Dr. Ali Erem\*

Sağlık Ocağımız 1958 yılı sonlarına doğru Gediz Nehri kıyısındaki prefabrik binada bir sağlık memuru ve bir ebe ile hizmete girmiştir. 1984 yılına kadar zaman zaman geçici olarak çalışan hekim kadrosu dışında personel çok değişmemiştir. 1985 yılından sonra ilk kez atanan kadrolu hekimi ile poliklinik hizmetleri düzen kazanmış ve bugüne kadar sürmüştür. 1980-2000 yılları arasında belediyeden kiralanan bina içinde hizmet veren sağlık ocağı 2000 yılı Temmuz ayından itibaren arsası bağış olan kendi binasına taşınmıştır. Binanın iç donanımı tamamen hayırseverler tarafından yapılmış olup, kalorifer tesisatı 2002 Ocak ayında sıvı yakıtlı kaloriferin sağlık ocağına bağışlanması ile tamamen ocağımız çabaları ile kalorifer katı yakıtlı hale dönüştürülmüştür.

Adala Salihli'ye 20 km. uzaklıktadır. Beldede 1982 yılında açılmış bir eczane vardır. Sağlık Ocağı bölgesinin yıl ortası nüfusu 4453'tür. Ancak başka sağlık ocağı bölgesinde olmasına karşın sağlık ocağına diğer yerleşim yerlerinden gelen hastalar ile poliklinik hizmeti sunulan nüfus 8000-8500'e yükselmektedir. Ayrıca yaz aylarında gelen turistler ve tarım işçileriyle bu sayı 9 500-10 bine kadar yükselmektedir.

Bölgede 1218 mesken vardır. Meskenler deprem bölgesi olması nedeni ile en fazla üç



katlıdır. Ortalama hane nüfusu sayısı 3.5'tir. Konutların tümü şebeke suyu almaktadır. Bütün haneler kanalizasyona bağlıdır.

Bölge halkının %93.3'ü okur-yazardır. Halkın çoğunluğunu tarım işçileri oluşturur. Sonra sırası ile küçük esnaf, vasıfsız işçiler, emekliler ve memurlar gelir. Ayrıca Demirköprü Santrali'nin bölgemizde olmasından dolayı, SSK'lı sayısı fazladır.

Sağlık Ocağımızın hizmet binası iki katlı, 10 oda ve bir salondan oluşmuştur. Üst kat poliklinik hizmeti vermektedir. Doktor, sağlık memuru, aile planlaması ve ana çocuk sağlığı odaları ve alt katta ise diş polikliniği, dinlenme ve eğitim salonumuz bulunmaktadır. Sosyal faaliyet odalarımız da bulunmaktadır. Ancak, 2003 yılı başlarında diş polikliniğinin verimli olmadığı düşünülerek diş hekiminin merkeze çekilmesi ile diş polikliniği yapılamaz duruma gelmiştir.

Sağlık Ocağı'nda RİA uygulaması sertifikalı bir hekim ve ebe tarafından yapılmaktadır.

Ocak'ta: EKG, ilk yardım seti ve eğitim amaçlı sistemlerimiz bulunmakta olup tüm çalışmalar bilgisayar ortamında gerçekleştirilmektedir.

Sağlık Ocağımız bugüne kadar örnek sağlık ocağı, anne dostu sağlık ocağı seçilmiş olup ayrıca, birinci basamakta performans değerlendirmesi anket çalışması ile üniversite



\*2006 Nusret Fişek Sağlık Ocağı Ödülü Yarışma'sına başvuru dosyasından özetlenmiştir.

öğrencilerine pratisyen hekim gözü ile diyabet konulu sunuları hazırlayıp, yayımlamış ve sunmuştur.

### Üreme Sağlığı Verileri

- 15-49 yaş kadın sayısı 1017
- Evli kadın sayısı 725
- Kaba Doğum Hızı (KDH)

Bir yıldaki canlı doğum	44
KDH:..... x100=.....x100=% <sub>o</sub> ,1	
Yıl ortalama nüfusu	1017
Bir yıldaki canlı doğum	44
GDH.....=0.043	
15-49 kadınların yıl ort. nfs.	1017

### Yaşa Özel Doğurganlık Hızları;

- 15-19 yaş: %<sub>oo1</sub>
- 20-24 yaş : %<sub>o</sub>246
- 25-29 yaş : %<sub>o</sub>48
- 30-34 yaş : %<sub>o</sub>9.5
- 35-39 yaş: %<sub>oo5</sub>
- 40-44 yaş: %<sub>ooo</sub>

- Toplam gebelik sayısı yıl sonu itibariyle 25 gebelik canlı doğum sayısı: 25 ölü doğum sayısı: 0
- Doğum başına düşen ortalama izlem sayısı;

Toplam gebe i.s.	413
DBD ortalama izlem:..... =16.52	
Toplam gebe i. s.	25

### Gebe tetanoz aşılı;

Toplam 50 doz, 25 gebe, oran % yüz tüm aşilar zamanında yapılmıştır.

15-49 yaş kadınların yıllık ortalama izlem sayısı; (15-49 ortalama izlem sayısı),

Toplam 15-49 yaş kadın i.s	1848
15-49 kadın başına düş. ort. yıl izlem..... =1.81	
Yıl ortası 15-49 yaş sayısı	1017

### Çocuk Sağlığı Verileri

Toplam bebek sayısı (0 yaş) 44  
1-5 yaş 198

Çocuk izlem sayısı	979
Ortalama çocuk izlemi..... =5	
Çocuk sayısı	198

Tablo 1. Aşılama oranları

Aşı	Doz (EFT)	Oran	Hedef nüfus	Oran
DBT	176	% 100	179	% 99
Polio	176	% 100	179	% 99
Kızamık	44	% 100	46	% 98
BCG	44	% 100	46	% 98

ETF tespitlerimiz birçok kez gözden geçirilerek yeniden hedef nüfusa ulaşılmaya çalışıldıysa da tespitlerimizin güvenilir olduğu kararına varıldı.

Ocağımıza bağlı olarak bir ilköğretim okulu, bir lise ve beş sınıflı bir köy ilkokulu bulunmaktadır. Okullarda 920 kayıtlı öğrenci vardır. Okul aşilarında aşı takvimi uyarınca aşilar yapılmış, herhangi bir sorunla karşılaşmamıştır. Okul aşilarında aşılama oranları % yüzdür. 1-4 yaş çocuklarda tam aşıli çocuk oranları % yüzdür.

- Eksik aşıli çocuk yoktur.
- Aşısız çocuk yoktur.

### Morbidite verileri

En sık görülen hastalıklar

0-4 yaş enfeksiyon hastalıkları (solunum yolu hastalıkları) ve beslenme bozukluğu ile ilgili hastalıklar.

5-14 Yaş

Parazitoz, anemi, kazalar ve yaralar

15-19 Yaş

KBB, eklem hastalıkları (gelişme bozuklukları)



20-34 Yaş  
Enfeksiyon hastalıkları, psikosomatik hastalıklar  
35-44 Yaş  
Gastrointestinal sistem hastalıkları (GIS)  
45-59 yaş Kalp-damar hastalıkları.  
60 ve üzeri yaş  
Kronik Hastalıklar (HT, DM, kas ve eklem hastalıkları)

#### Bildirimi zorunlu hastalıklar ve olgu sayısı.

- Kuşku ısınk 21
- Enfeksiyon Hepatit 2
- Bruselloz 5
- Akut kanlı ishal 1

Toplam poliklinik sayısı	10261
Kişi başına düşen ort. muayene sayısı.....=2.34	
Yıl ortalama nüfusu	4381

Sevk edilen kişi sayısı	510
Sevk hızı.....=2.34	
Toplam poliklinik sayısı	10261

#### Mortalite Verileri

Toplumda bir yılda ölüm sayısı 27	
Kaba ölüm hızı KÖH.....=x1000=%06	
Yıl ortası nüfusu	4381



0-1 yaş ölüm sayısı	1
Yaş gruplarına göre özel ÖH .....=x1000=%22	
Ölüm hızı (ÖH)	Yıl ortası nüfusu 4381

Diğer ölümler 60 yaş ve üzerinde olmuştur.

60 yaş üzeri ölen kadın sayısı 9	
Cinse özel ÖH.....=x1000=%13	
60 yaş üzeri kadınların sayısı 674	

1	
BÖH (bebek ölüm hızı).....=x1000=%06	
44	

## TTB- STE Kredi Puanı ve Kitap Kazananlar



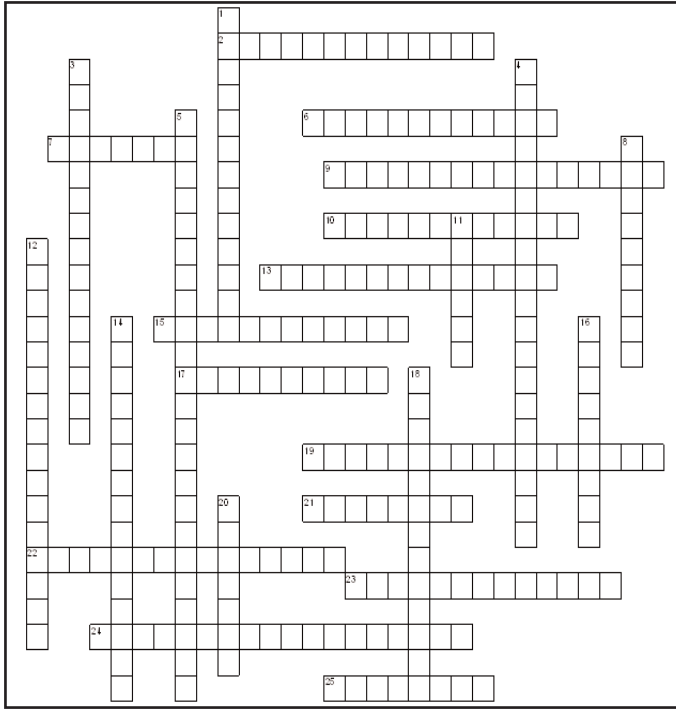
### Aralık 2006 sayımızdaki Ödüllü Bulmaca'dan kredi puanı kazananlar

1- Ali Artuker (Adana), 2- Yüksel Tur (Ankara), 3- İlyas Korkmaz (Antalya), 4- Tülin Yarayan (Çorum), 5- Mualla Onrat (Eskişehir), 6- **Sema Yardımcı\***, 7- Cevat Aşkar (Hatay), 8- Ümit Zafer Karakuş (Kayseri), 9- İzzet Yılmaz, 10- Cengiz Kaplan (Kırklareli), 11- **Gülşay Özalp\*** Öğüt, 12- **Kübra Ergün\***(Konya), 13- Mustafa Şahin (Malatya), 14- Fatma Yücel Beyaztaş (Sivas), 15- **Özlem Hatice Göksu**, 16- Mustafa Atasoy (Tekirdağ), 17- **Muhammet Yılmaz\*** (Trabzon).

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



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 Türk Tabipleri Birliği İle Geriatri Derneği'nin ortak yayını "**GERIATRI**" adlı kitabı armağan ediyoruz. Bulmacanın doğru yanıtlarını **Temmuz 2007** sayımızda yayımlayacağız.



1- Bel ağrısı hastalarında bozulan bir parametre, 2- Sağlıkta Dönüşüm Projesi'ne göre birinci basamakta öngörülen, model 3- Sağlık Bakanlığının 1 Temmuz 2003 tarihinde uygulamaya başladığı proje, 4- Kadın kondomunun önlediği bir hastalık, 5- Cinsiyet hormonlarının kadınları koruduğu bir hastalık grubu, 6- Kadın kontrollü bir

bariyer yöntem, 7- Bir dakikada değişmemiş ilaçtan temizlenen plazma hacmi, 8- Bel ağrısında önemli bir ruhsal faktör, 9- Cinsel ilişki sırasında spermin vajinaya geçmesini engelleyen yöntemler, 10- Genç erkeklerin genç kadınlardan daha fazla maruz kaldığı bir olgu, 11-Güvenli cinsel temas için kullanılan gereçlerden biri, 12- Bel ağrısı gelişiminde önemli bir risk faktörü, 13- İlaçların itirahını, emilimini zaman boyutunda inceleyen bir farmakoloji alt dalı, 14- Kadın kondomunda en sık görülen yan etkiler, 15- Doğum kontrolü yöntemi olmasına karşın cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı korumayan bir yöntem, 16- Birinci basamakta oldukça sık karşılaşılan bir yakınma, 17-Kadın kondomunun yapımında kullanılan madde, 18- Sağlıkta dönüşüm kapsamında hastanelere getirilmek istenen model, 19- Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nin parametrelerinden biri, 20-En yaygın olarak kullanılan kadın kondomu, 21- Kadın kondomunda ortaya çıkan mekanik sorunlardan biri, 22- Tütün kontrolü ile ilgili olarak Dünya Sağlık Örgütü'nün aldığı bir karar, 23- Tedavide kullanılması olası farmakokinetik parametrelerden biri, 24- Türkiye'de tütün kontrolü ile ilgili olarak hazırlanan program, 25- Kadın kondomunda doğru kullanımda başarısızlık hızı (rakamla).

## STED Ocak 2006 Ödüllü Bulmaca Doğru Yanıtları:

1- Gastrointestinal, 2- Oniki Hafta, 3- Prenatal Bakım, 4- Öğrenim Durumu, 5- Baş Ağrısı, 6- Tutamama, 7- Retinoidler, 8- Diloksanidfuroat, 9- Katatoni, 10- Ehistolytica, 11- Tetrasiklin, 12- Antikorelisa, 13- Direkt Temas, 14- Bulantı, 15- Parmaklar, 16- Kotelchuck İndeks, 17- İki Bin, 18- Şarbon, 19- Tularemi, 20- Yeterli, 22- Malign Ödem, 21- Boston, 23- Migren, 24- Akategorisi, 25- Havalandırma.