



Öğrencilerimizin Keneler ve Kırım Kongo Kanamalı Ateşi Hakkındaki
Bilgi, Tutum ve Davranışları 206

Gebe Kadınlarda Vücut Kompozisyonunun Belirlenmesi 210

KOAH Tanısı ile Hastaneye Sık Başvuran Hastaların Anksiyete ve
Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi 214

Bisiklet Kullanımı ile İlişkili Ölümler 223

Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Küresel Durum Raporu 2010 ve
Ülkemizdeki Durum 228

Çocuk İstismar ve İhmaline Birinci Basamakta Yaklaşım 239



Yayın Yönetmenleri

Doç. Dr. Orhan Odabaşı

Doç. Dr. Özen Aşut

Yardımcı Yayın Yönetmenleri

Dr. Aylin Sena Beliner

Doç. Dr. Aysun B. Odabaşı

Bilimsel Danışma Kurulu

Acil Tıp

Dr. Bülent Erbil

Adli Tıp

Prof. Dr. Hamit Hancı

Prof. Dr. Ümit Biçer

Aile Hekimliği

Dr. Mehmet Özen

Çocuk Cerrahisi

Prof. Dr. Onur Özen

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Prof. Dr. Ufuk Beyazova (Sosyal Pediatri)

Dr. Ali Süha Çalikoğlu (Endokrin)

Prof. Dr. Şükrü Hatun (Endokrin)

Prof. Dr. Nural Kiper (Göğüs Hastalıkları)

Prof. Dr. Serdar Kula (Kardiyoloji)

Prof. Dr. Figen Şahin (Sosyal Pediatri)

Prof. Dr. S. Songül Yalçın (Sosyal Pediatri)

Dr. Adnan Yüce

Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

Prof. Dr. Bahar Gökler

Yrd. Doç. Dr. Dilşat Foto Özdemir

Deri Hastalıkları

Prof. Dr. Ertan Yılmaz

Tıp Tarihi ve Etik

Prof. Dr. Berna Arda

Prof. Dr. Nüket Örnek Büken

Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon

Prof. Dr. Yeşim Gökçe Kutsal

Genel Cerrahi

Prof. Dr. Osman Abbasoğlu

Prof. Dr. Semih Baskan

Prof. Dr. İskender Sayek

Prof. Dr. Cem Terzi

Genel Pratisyenlik

Dr. Remzi Karşı

Dr. Alfert Sağdıç

Dr. Mustafa Sülkü

Dr. Figen Şahpaz

Dr. Emrah Şeyhoğlu

Dr. Fatih Şua Tapar

Dr. Yılmaz Yıldız

Halk Sağlığı

Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu

Prof. Dr. Dilek Aslan

Doç. Dr. Deniz Çalışkan

Prof. Dr. Muzaffer Eskiocak

Prof. Dr. Sibel Kalaça

Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış

Doç. Dr. Özlem Sarıkaya

İç Hastalıkları

Prof. Dr. Erdal Akalın (Enfeksiyon)

Prof. Dr. Murat Akova (Enfeksiyon)

Prof. Dr. Önder Ergönül (Enfeksiyon)

Prof. Dr. Çetin Turgan (Nefroloji)

Prof. Dr. Serhat Ünal (Enfeksiyon)

Kadın Hastalıkları ve Doğum

Doç. Dr. Polat Dursun

Prof. Dr. Haldun Güner

Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları

Doç. Dr. Orhan Yılmaz

Nöroloji

Prof. Dr. Özden Şener

Ortopedi ve Travmatoloji

Prof. Dr. Sinan Adıyaman

Prof. Dr. Muharrem Yazıcı

Psikiyatri

Prof. Dr. Berna Uluğ

Prof. Dr. Aylin Uluşahin

Tıbbi Farmakoloji

Prof. Dr. Alper İskit

Tıp Eğitimi

Doç. Dr. Melih Elçin

Tıp Hukuku

Av. Mustafa Güler

Araştırma/Research

Öğrencilerimizin Keneler ve Kırım Kongo

Kanamalı Ateşi Hakkındaki

Bilgi, Tutum ve Davranışları 206

Dr. Aynur Yalçıntaş, Dr. Püren Cura Ecevit,

Dr. Burcu Kayhan Tetik

Gebe Kadınlarda Vücut Kompozisyonunun Belirlenmesi 210

Ayşe Burcu Başçı, Dr. Gülay Yılmazel,

Dr. Nuriye Büyükkayacı Duman

KOAH Tanısı İle Hastaneye Sık Başvuran Hastaların Anksiyete ve Depresyon

Düzeylerinin Belirlenmesi 214

Sevda Pınar Mehel Tutuk,

Dr. Özlem Şahin Altun

Bisiklet Kullanımı ile İlişkili Ölümler 223

Dr. Mehmet Cavlak, Dr. M. Feyzi Şahin,

Dr. Ziyaettin Erdem, Dr. Mustafa Cihad Gül,

Dr. Adem Gür, Dr. Muhammed Demir,

Dr. Ahmet Necati Şanlı, Dr. Muhlis Yıldız,

Dr. Aysun Balseven Odabaşı, Dr. Ali Rıza Tümer

Derleme/Review Article

Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Küresel Durum Raporu 2010 ve Ülkemizdeki Durum 228

Ayla Açıkgoz, Dr. Belgin Ünal

Çocuk İstismar ve İhmaline Birinci Basamakta Yaklaşım 239

Dr. Esra Meltem Koç, Dr. Figen Şahin Dağlı,

Dr. Rabia Kahveci, Dr. Duygu Ayhan Başer,

Dr. Adem Özkara

Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Dr. Bayazıt İlhan

Hazırlık ve Tasarım

Yeter Canbulat

Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED) Türk Tabipleri Birliği tarafından birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin sürekli eğitimi için iki ayda bir yayımlanmaktadır.

Basım Tarihi: 15 Ekim 2014

STED, TÜBİTAK Türk Tıp Dizini içinde yer almaktadır.



Kapak Fotoğraf:
"Mümkünlü Köyü"

Sağlık Memuru Hasan Yaşar
TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2013
Sergi Öülü

Basım Yeri: Başak Matbaacılık ve Tanıtım Hizmetleri Ltd. Şti.
Tel: 0 312 397 16 17 / Adres: Macun Mah. Anadolu Bulvarı
Mesa Plaza No: 5/15
Gimat-Yenimahalle / Ankara

Vergi Dairesi: Ostim Vergi Dairesi No: 144 005 6234 -
Ticaret Sicil No: 131/133



Merhaba,

Aynur Yalçıntaş ve arkadaşlarının "Öğrencilerimizin Keneler ve Kırım Kongo Kanamalı Ateşi Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları" isimli çalışmalarında son yıllarda Türkiye'de görülme sıklığında artış olan Kırım Kongo Kanamalı Ateşi hakkında öğrencilerin bilgi, davranış ve tutumlarının saptanması amaçlanmıştır.

Çalışmada yazarlar, öğrencilerin yanı sıra kamu kurum ve kuruluşlarında çalışanların, imamların, muhtarların da Kırım Kongo Kanamalı Ateşi hakkında bilgilendirilmesini önermektedirler.

Ayşe Burcu Başçı ve arkadaşlarının "Gebe Kadınlarda Vücut Kompozisyonunun Belirlenmesi" isimli çalışmalarında gebe izlem polikliniklerine başvuran gebe kadınların antropometrik incelemelerinin yapılarak vücut kompozisyonlarının ve ilişkili faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yazarlar, birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılan gebe izlemleri ve ev ziyaretlerinde anne adaylarının obeziteye yatkınlık durumlarının değerlendirilmesini, izlemlerde Beden Kitle İndeksi'lerinin yanı sıra bel/kalça çevresi göstergesinin kullanılmasını önermektedirler.

Sevda Pınar Mehel Tutuk ve Özlem Şahin Altun "KOAİ Tanısı ile Hastaneye Sık

Başvuran Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi" isimli çalışmalarında acil servise başvuran KOAH'lı hastaların hastane anksiyete ve depresyon açısından risk altında oldukları saptanmıştır.

Yazarlar KOAH'lı hastaların sağaltım ve bakımında hastaların fiziksel durumları gibi anksiyete ve depresyon durumunun da rutin olarak değerlendirilmesi ve hastanın profesyonel yardım almasının sağlanmasını önermektedirler.

Mehmet Cavlak ve arkadaşları "Bisiklet Kullanımı ile İlişkili Ölümler" isimli çalışmalarında bisiklet kullanımı ile ilişkili kazaların ve ölümlerin önüne geçilmesinin en önemli yolunun bisiklet yollarının yapılması olduğunu vurgulayıp ayrıca çocukluk çağında bisiklet kullanımına denge, dikkat ve koordinasyon sağlandıktan sonra başlanmasını, kask kullanımının gerekliliğini ve önemini ailelere anlatılmasını, bu konuda farkındalık ve duyarlılık geliştirilmesinin çocukluk çağında bisiklet kazalarına bağlı yaralanma ve ölümlerin önüne geçilmesinde önemli buluyorlar.

Ayla Açıköz ve Belgin Ünal "Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Küresel Durum Raporu 2010 ve Ülkemizdeki Durum" isimli çalışmalarında bulaşıcı olmayan hastalıkların önde gelen ölüm nedenlerinden olduğunu, bu hastalıkların Dünya'da düşük ve orta gelire sahip toplumlarda en yüksek düzeyde görüldüğünü vurgulamaktadırlar. Bu derlemede bulaşıcı olmayan hastalıkların ve risk faktörlerinin günümüzdeki durumu ve bulaşıcı olmayan hastalıklarının önlenmesi ve kontrolüne yönelik yol haritasını içeren Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara İlişkin Küresel Durum Raporu değerlendirilmiş ve ülkemizin verileri tartışılmıştır.

Esra Meltem Koç ve arkadaşları "Çocuk İstismar ve İhmaline Birinci Basamakta Yaklaşım" isimli çalışmalarında, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini sunan, bireylerin ilk değerlendirmesini yapan aile hekimleri, çocuk ihmal ve istismarı için ilk tanıda ya da kuşku duyulan olguların araştırılmasında önemli role sahip olduğunu vurgulamaktadırlar.

Bilimsel ve dostça ...



Fotoğraf: "Ayrılık Zamanı" Dr. Gülay Çeliker
TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2013- Sergil Ödülü

Öğrencilerimizin Keneler ve Kırım Kongo Kanamalı Ateşi Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları

The Knowledge, Attitude and Behavior About Ticks and Crimean Congo Haemorrhagic Fever of our Students

Araştırma



Research

Dr. Aynur Yalçıntaş, Dr. Püren Cura Ecevit**, Dr. Burcu Kayhan Tetik****

Geliş tarihi : 27.07.2014

Kabul tarihi: 10.10.2014

Öz

Giriş ve Amaç: Son yıllarda Türkiye'de görülen sıklığındaki artış nedeniyle ilgi gösterilen bir hastalık haline gelen Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) kenelerle bulaşır. %3-30 oranında mortaliteye sahip olan bu hastalık için öğrencilerin bilgi ve bilinç durumunu tespit etmek, tutum ve davranışlarını saptamak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız kesitsel tipte araştırma olup 2013 yılı mart ayında Konya'nın Çeltik İlçesi'nde eğitim öncesinde öğrencilere 14 sorudan oluşan anket uygulanmıştır. İstatistiksel veriler SPSS ver 15.0 ile istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 174 öğrencinin yaş ortancası 16 yıl (min:13; max:19,5), %43,1'i (n=75) kız, %56,9'u (n=99) erkektir. %83,9'u (n=146) daha önce kenelerle ilgili herhangi bir eğitim almadıklarını belirtmiştir. Öğrencilerin çoğunluğu KKKA'nın kenelerle bulaştığını (%56,9 (n=99)), inkübasyon süresinin 3-14 gün olduğunu (%90,2 (n=157)) ve en çok temmuz ayında görüldüğünü (%73 (n=127)) bilmiyorlardı.

Sonuç: Öğrencilerin yanı sıra kamu kurum ve kuruluşlarında çalışanlara, imamlara, muhtarlara yönelik gerek slayt anlatımı ile gerek broşür dağıtımı ile bilgilendirilmeleri, ayrıca yazılı ve görsel basın bu konuya daha fazla zaman ayırması gerekmektedir.

Anahtar sözcükler: Keneler, Kırım Kongo Kanamalı Ateşi, Öğrenciler, Bilgi, Tutum, Davranış

Abstract

Introduction and Aim: Crimean-Congo Hemorrhagic Fever (CCHF) that has received attention due to the increase in the incidence of a disease in recent years in Turkey is transmitted by ticks. For this disease, with 3-30% mortality rate, to identify students' knowledge and awareness of the state has been aimed, in order to determine attitudes and behaviors.

Material and Method: Our study is a cross sectional survey and on March 2013, a questionnaire consisting 14 questions was administered to the students before training in Çeltik, Konya. SPSS 15.0 statistical data given level of statistical significance with $p < 0.05$ was accepted.

Results: The median age of the 174 students included in the study was 16 years (min: 13, max:19.5), 43.1% (n = 75) were female, 56.9% (n = 99) were male. 83.9% (n = 146) did not receive any training on ticks previously stated. The majority of students did not know that; CCHF ticks are infected (56.9% (n = 99)), the incubation period 3-14 days is (90.2% (n = 157)) and most in July, is seen (73% (n= 127)).

Conclusion: It is essential that officers working in public institutions and organizations, imams, village headmen as well as students should be informed by means of leaflets or lectures with slides; in addition written and visual media should devote more time to this issue.

Key words: Ticks, Crimean-Congo Hemorrhagic Fever, Students, Knowledge, attitudes, behaviors

* Uzm.; Aile Hekimliği, Karatay 09 No'lu Aile Sağ. Merkezi, Konya

** Uzm.; Aile Hekimliği, Meram 25 No'lu Aile Sağ. Merkezi, Konya

*** Uzm.; Aile Hekimliği, Bağlar Toplum Sağ. Merkezi, Diyarbakır

Giriş

Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA); ateş, üşüme, titreme, yaygın kas ağrıları, baş ağrısı, yüzde ve gözlerde kızarıklık, bulantı, kusma, ishal yakınmaları ile başlayan, kanamalarla seyreden ve %3-30 mortaliteye sahip zoonotik ciddi bir hastalıktır (1,2). Son yıllarda Türkiye’de görülme sıklığındaki artış nedeniyle ilgi gösterilen bir hastalık haline gelmiştir. Türkiye’de ilk kez 2002 yılının ilkbahar ve yaz aylarında, özellikle Tokat ve çevresinde görülen daha sonra İç ve Doğu Anadolu Bölgeleri’nin kuzeyi ile Karadeniz Bölgesi’nin güney kısımlarını kapsayan geniş bir coğrafi alanda Sivas, Yozgat, Erzurum, Erzincan, Çorum, Amasya, Gümüşhane ve Bayburt illerinde kene teması öyküsü olan, ateş ve kanamalarla seyreden salgın dikkati çekmiş, 2003 yılında hastalığın KKKA hastalığı olduğu anlaşılmıştır (3,4). Sağlık Bakanlığı 2002-2009 yıllarında ülkemizde yaklaşık 4.453 olgunun olduğunu ve bunlardan 218 olgunun ölümle sonuçlandığını bildirmiştir (5). Hastalıktan korunmak için bireylerin bilgi ve bilinç durumunu tespit edip, duruma uygun tedbirler alınmalıdır. Bu araştırmada Konya’nın Çeltik İlçesi’nde bölgenin kırsal alan olması ve yaz aylarında çocukların da tarlalarda çalışıyor olmaları nedeniyle öğrencilerimizin keneler ve KKKA konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarını saptamak ve bilgi düzeylerini artırmak amaçlanmıştır. ,

Gereç ve Yöntem

Çalışmamız kesitsel tipte araştırma olup 2013 yılı mart ayında Konya’nın Çeltik ilçesi’nde yapılmıştır. Çalışmamızın evrenini Çeltik ilçesi’ndeki Çeltik ve Gökpınar Liselerindeki 190 öğrenci oluşturmuştur. Sağlık Bakanlığı, Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) aracılığıyla KKKA hakkında liselere eğitim verilmesini istemiştir. Eğitim öncesinde öğrencilere 14 sorudan oluşan anket uygulanmıştır. Öğrencilere anket öncesi çalışmanın amacı, kimler tarafından yapıldığı, kişisel bilgilerinin saklı kalacağı açıklanmıştır. Anket ön deneme amacıyla 10 öğrenciye uygulanmıştır. Gerekli düzeltmelerden sonra ankete son şekli verilmiştir. Bu öğrencilerden 10’una ön deneme testi yapıldığı, 3’ü hastalık sebebiyle okulda olmadığı ve 3’ü ankete cevap vermek istemediği için 174 öğrenciye ulaşılmıştır. Çalışmamıza katılım oranı %91,5’tir. Toplam 14 sorudan oluşan ankette öğrencilerin demografik özellikleri ile birlikte keneler ve

KKKA ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları sorgulanmıştır. Verileri değerlendirirken tanımlayıcı istatistikler (sayısal parametrelerde ortalama, standart sapma, ortanca, minimum ve maximum değerler; kategorik değişkenlerde yüzde (olgu sayısı)), karşılaştırmalı istatistikler söz konusu olduğunda ki-kare testi kullanılmıştır. İstatistiksel veriler SPSS ver 15.0 ile istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

Bulgular

Çalışmaya dahil edilen 174 öğrencinin yaş ortancası 16 yıl (min:13; max:19,5) dır. Öğrencilerin %43,1’i (n=75) kız, %56,9’u (n=99) erkektir.

Öğrencilerin %83,9’u (n=146) daha önce kenelerle ilgili herhangi bir eğitim almadıklarını belirtmiştir. Yaşamlarının bir döneminde kene gören öğrenci oranı %57,5 (n=100) tir. %3,4 (n= 6) öğrenci kene tarafından ısırılmıştır. Öğrencilerin %8’i (n=14) daha önce kene çıkartmıştır.

Öğrencilerin çoğunluğu KKKA’nin kenelerle bulaştığını (%56,9 (n=99)), inkübasyon süresinin 3-14 gün olduğunu (%90,2 (n=157)) ve en çok temmuz ayında görüldüğünü (%73 (n=127)) bilmiyorlardı. Öğrencilerin %17,3’ü (n=30) en çok nisan ayında görüldüğünü düşünüyorlardı. KKKA’nin belirtilerini (ateş, üşüme, titreme, yaygın kas ağrıları, baş ağrısı, yüzde ve gözlerde kızarıklık, bulantı, kusma, ishal ve halsizlik) %46,6’sı (n=81) bilmiyordu. Öğrencilerin yalnızca %1,7’si (n= 3) bütün belirtileri biliyordu. En çok bilinen belirti ateş olup %14,9’u (n=26) biliyordu. Araştırmaya katılan öğrencilerin KKKA hakkındaki bilgilerinin cinsiyete göre dağılımı Tablo 1’de verilmiştir

Tarlaya, piknik alanına giderken açık renkli ve vücutta açık yer bırakmayan giysiler giyilmesi gerektiğini öğrencilerin %33,9’u (n=59) bilmiyordu. Kırsal alandan, ormandan ya da tarladan dönüşte vücutta nerelerin kontrol edilmesi gerektiğini %42,5’i (n=74) bilmiyordu. %6,9’u (n=12) ile vücudunun en çok ‘Bacakları kontrol ederim.’ yanıtını verdi. %1,1’i (n=2) en az ‘Koltuk altlarını kontrol ederim.’ cevabını verdi. %4,6’sı (n=8) ise tüm yerlerin kontrol edilmesi gerektiğini biliyordu. ‘Keneyi vücudunuzda görürseniz ne yaparsınız?’ sorusuna %74,1’i (n=129) ‘Hiçbir

Tablo 1. Öğrencilerin KKKA hakkındaki bilgilerinin cinsiyete göre dağılımı

		Erkek		Kız		χ ² ; p
		n	%	n	%	
Daha önce kenelerle ilgili eğitim aldınız mı?	Evet	15	15,2	13	17,3	0,150; 0,698
	Hayır	84	84,8	62	82,7	
Daha önce hiç kene gördünüz mü?	Evet	66	66,7	34	45,3	7,946; 0,05
	Hayır	33	33,3	41	54,7	
Daha önce hiç kene tarafından ısırıldınız mı?	Evet	3	3	3	4	0,121; 0,728
	Hayır	96	97	72	96	
Daha önce hiç kene çıkardınız mı?	Evet	11	11,1	3	4	2,917; 0,088
	Hayır	88	88,9	72	96	
KKKA kenelerle bulaşan bir hastalık mıdır?	Evet	31	31,3	28	37,3	0,776; 0,678
	Hayır	10	10,1	6	8	
	Bilmiyorum	58	58,6	41	54,7	
KKKA en çok hangi ayda görülür?	Nisan	16	16,2	14	18,7	0,750; 0,687
	Temmuz	25	25,3	22	29,3	
	Bilmiyorum	58	58,6	39	52	
Hastalık kene ısırmasından sonra kaçınıcı günlerde ortaya çıkar	0-2 günde	9	9,1	14	18,7	6,990; 0,072
	3-14 günde	13	13,1	4	5,3	
	Bilmiyorum	77	77,8	57	76	
Toplam		n=99 % 100		n=75 % 100		

şey yapmadan en yakın sağlık kuruluşuna başvururum' biçiminde yanıt verdi. Araştırmaya katılan öğrencilerin KKKA hakkındaki tutumlarının cinsiyete göre dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tartışma

Son yıllarda KKKA'nın Türkiye'de görülme sıklığındaki artışı nedeniyle önemli halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Özellikle Konya'nın Çeltik İlçesi gibi tarımla uğraşan bölgelerde yaşayan insanların yaz aylarında keneye karşılaşma ihtimalleri yüksektir. Bu bölgede öğrencilerin de ailelerine yardımcı olmak için aileleri ile birlikte tarlada çalıştıkları ve mesire alanlarında oynadıkları göz önüne alınırsa lise öğrencilerinin bu konuda bilinçlendirilmesi oldukça önemlidir.

Erzurum'da 593 kişi ile yapılan çalışmada KKKA'nın kene ısırması ile bulaşabileceğini erkeklerin %93,9'u (n=322) ve kadınların %83,6'sı (n=209) bilmıştır (6). Eskişehir'de 20 yaş ve üzeri 1.500 kişi ile yapılan çalışmada katılımcıların %54'ü (n=799) KKKA'nın kene ile ilişkili bir hastalık olduğunu bilmüşlerdir (7). Kahramanmaraş'ta ebelik ve hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir çalışmada

öğrencilerin %93,3'ü KKKA'nın kene ısırmasıyla bulaştığını ve %75,8'i de enfekte hayvanın kanına doğrudan maruziyetle bulaşabileceğini bilmüşlerdir (8). Ankara'da yapılan bir çalışmada iki sağlık ocağına başvuran 405 erişkinden %89,8'i hastalığın kenelerle bulaştığını, %83,8'i ateşe neden olduğunu ve %65'i hastalıktan korunma yolları olduğunu bildiklerini tespit etmişlerdir (9). Çalışmamızda öğrencilerin %33,9'u (n=59) KKKA'nın kenelerle bulaştığını, %14,9'u (n=26) ateşe neden olduğu %66,1'i (n=115) korunma yollarını doğru bildiği gözlenmiştir. Çalışmamızda öğrencilerin cinsiyetlerine göre bilgi düzeyi karşılaştırmasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanılmamıştır. (p>0,05)

Tokat'ta çocuk polikliniğine gelen hastaların yakınlarında yapılan bir anket çalışmasında da katılımcıların yaklaşık %29'unun yeterli bilgi düzeyinde olmadığı belirtilmiştir (10). Çalışmamızda ise öğrencilerin %83,9'u (n=146) daha önce kenelerle ilgili herhangi bir eğitim almadıklarını belirtmişlerdir.

Erzurum'da yapılan çalışmada katılımcıların yaklaşık %90'ı tutunmuş keneyi çıkarmak için

Tablo 2. Öğrencilerin KKKA hakkındaki tutumlarının cinsiyete göre dağılımı

		Erkek		Kız		χ^2 ; p
		n	%	n	%	
Tarlaya, piknik alanına gidilirken kenelerin kolay fark edilebilmesi için ne tür elbiseler giyilmelidir?	Açık renkli ve vücutta açık yer bırakmayan giysiler	64	64,6	51	68	2,608; 0,456
	Koyu renkli ve vücutta açık yer bırakmayan giysiler	6	6,1	7	9,3	
	Bilmiyorum	29	29,3	17	22,7	
Keneyi vücudunuzda görürseniz ne yaparsınız?	Üstüne alkol, gaz yağı, kolonya döker eldivensiz çıkarmaya çalışırım	2	2	1	1,3	8,248; 0,041
	Kene çıkarma aleti ile eldivenli olarak çıkarmaya çalışırım	3	3	4	5,3	
	Hiçbirşey yapmadan en yakın sağlık kuruluşuna başvururum	67	67,7	62	82,7	
	Bilmiyorum	27	27,3	8	10,7	

sağlık kuruluşuna başvururum demiştir (6). Kenelerin çıkarma işlemi esnasında kolay çıkarılmasını sağlayan, ancak kenenin kusmasına neden olan kayganlaştırıcı maddeler kullanmadan çıkarılması gerekmektedir. Dolayısıyla kene çıkarma eğitimi almış sağlık personeli tarafından çıkarılması gerekmektedir. (11). Al ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada kenelerin çoğunun hastanede doktor tarafından, bir kısmının ise kişinin kendisi ya da yakınları tarafından çıkarıldığı bildirilmektedir (12). Bizim çalışmamızda da benzer biçimde olguların büyük çoğunluğunda %74,1'i (n=129) 'Hiçbir şey yapmadan en yakın sağlık kuruluşuna başvururum' diyerek kenelerin sağlık personeli tarafından çıkarılması gerekliliğini belirtmiştir.

İnsanlarda kene tutması ile ilgili yapılan araştırmalarda; en sık baş, boyun, ayak, karın ve kasık bölgelerinde tutma olduğunu bildirmektedirler. Bir çalışmada da uyluk, bacak ve ayakların en sık tutulduğu saptanmıştır (13).

Çalışmamızda kırsal alandan, ormandan ya da tarladan dönüşte vücutta nerelerin kontrol

edilmesi gerektiği ile ilgili soruda %42,5'i (n=74) bilmediğini belirtirken, bilenlerin %6,9'u (n=12) ile vücudunda en çok bacakların kontrol edilmesi gerektiğini belirtmiştir. Çalışmamızda olduğu gibi nereyi tuttuğunu bilenlerin en çok bacak cevabını vermelerinin nedeni kenelerin bu bölgelere tutunmasının kolay olduğu şeklinde açıklanabilir. Ayrıca çocukların boyları daha kısa oldukları için otlar üzerinde bekleyen kenelerin, çocukların boyun kısımlarına tutunmalarının daha kolay olabileceği şeklinde yorumlanabilir. Öğrencilerin keneyi vücutlarında gördüklerinde ne yapmaları gerektiğine dair hazırlanan soruda cinsiyetlere göre verdikleri cevapta istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p:0,041). Ne tür elbise giymeleri gerektiği ile ilgili soruda cinsiyetlere göre verdikleri cevapta istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05).

İzmir'de yapılan bir çalışmada yaz aylarında ve özellikle ağustos ayında kenelerin daha fazla olduğu görülmüştür (14). Kenelerin bahar aylarından başlayarak, özellikle yaz

mevsiminde insanların kene ısırıklarına karşı oldukça dikkatli olmaları vurgulanmalıdır.

Sonuç

Sağlık Bakanlığı'nın bilgilendirme broşürlerini her sağlık kuruluşunda özellikle Aile Sağlığı Merkezleri'nde (ASM) ve TSM'lerde görmek olanaklıdır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı KKKA ve kenelerle ilgili slayt hazırlamış olup endemik bölgelerde hane eğitimlerinin yanı sıra okul öğrencilerine, kamu kurum ve kuruluşlarında çalışanlara, imamlara, muhtarlara yönelik de bu slaytlarla eğitimler verilmektedir.

Öğrencilerimizin kenelerle ve KKKA hakkında bilgi düzeylerinin yetersiz olması daha önce böyle bir eğitim almadıklarından kaynaklanıyor olabilir. Verdiğimiz eğitimin öğrencilerimizin ve ailelerinin günlük yaşamlarında etkili olacağını düşünmekteyiz. Diğer yandan her yıl sağlık çalışanlarına yönelik eğitici eğitimleri de güncelleyerek, toplumun gelişmelerden haberdar olması da sağlanmalıdır. Tüm bu çabaların artırılarak sürdürülmesi önerilebilir. Ayrıca yazılı ve görsel basının bu konuya daha fazla zaman ayırması gerekmektedir.

İletişim: Dr. Aynur Yalçıntaş

E-posta: draynurerturk@hotmail.com

Kaynaklar

1. Ergönül Ö. Crimean-Congo Hemorrhagic Fever. *Lancet Infect Dis* 2006; 6: 203-214.
2. Celik VK, Sari I, Engin A, Yildiz G, Aydin H, Bakir S. Determination of Serum Adenosine Deaminase and Xanthine Oxidase Levels in Patients with Crimean-Congo Hemorrhagic Fever. *Clinics (Sao Paulo)* 2010; 65: 697-702.
3. Maltezou HC, Papa A. Crimean-Congo Hemorrhagic Fever: Risk for Emergence of New Endemic Foci in Europe? *Travel Med Infect Di* 2010; 8: 139-43.
4. Yilmaz GR, Buzgan T, Irmak H, Safran A, Uzun R, Cevik MA, et al. The Epidemiology of Crimean-Congo Hemorrhagic Fever in Turkey, 2002-2007. *International Journal of Infectious Diseases* 2009; 13: 380-6
5. Ergönül Ö. Kırım Kongo Kanamalı Ateşi. *ANKEM Derg*, 2009; 23 (Ek 2):234-40.
6. Vançelik ve ark. Kırım Kongo Kanamalı Ateşi Hakkında Bilgi ve Tutumlar, *Türkiye Parazitoloj Derg* 2012; 36: 156-9
7. Arıkan I, Kasıfoğlu N, Metintas S, Kalyoncu C. Knowledge, Beliefs, and Practices Regarding Tick Bites in the Turkish Population in a Rural Area of the Middle Anatolian Region. *Trop Anim Health Prod* 2010; 42: 669-75.
8. Ozer A, Miraloglu M, Ekerbicer HC, Cevik F, Aloglu N. Knowledge Levels About Crimean-Congo Hemorrhagic Fever among Midwifery and Nursing Students in Kahramanmaraş, Turkey. *Se Asian J Trop Med* 2010; 41: 77-84.
9. Cilingiroglu N, Temel F, Altintas H. Public's Knowledge, Opinions and Behaviors about Crimean-Congo Hemorrhagic Fever: An Example from Turkey. *Kafkas Univ Vet Fak* 2010; 16:17-22.
10. Yilmaz R, Ozcetin M, Erkorkmaz U, Ozer S, Ekici Crimean Congo Hemorrhagic Fever in Tokat Turkey. *Iran J Arthropod-Bor* 2009; 3:12-7.
11. Karaman U. Beydağı Devlet Hastanesi'ne Gelen Kene Enfestasyonu Vakalarının Değerlendirilmesi ve Kenelerde Tür Ayrımı, 16. Ulusal Parazitoloji Kongresi; Kasım 1-7; Adana-Türkiye:2009.p. 256.
12. Al B, Yıldırım C, Soğut O, Yeşilkaya A. Batman Devlet Hastanesi Acil Servisi'ne 7 ayda Başvuran 39 Kene Isırığının Değerlendirilmesi. *Akademik Acil Tıp Dergisi* 2008; 7: 40-3.
13. Gunduz A, Turkmen S, Turedi S, Nuhoglu I, Topbas M. Tick Attachment Sites. *Wilderness Environ Med* 2008; 19: 4-6.
14. Leyla Over, Tonay İnceboz, Nur Yapar, Serkan Bakırcı, Türkan Gunay, Ciler Akısu, Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'ne Kene Tutması Yakınması ile Başvuran Olguların Araştırılması. *Türkiye Parazitoloj Derg* 2012; 36: 75-81.



Gebe Kadınlarda Vücut Kompozisyonunun Belirlenmesi

Assessment of Body Composition in Pregnant Women

Ayşe Burcu Başçı*, Dr. Gülay Yılmazel*, Dr. Nuriye Büyükkayacı Duman***

Geliş tarihi : 27.07. 2014

Kabul tarihi: 10.08.2014

Öz

Amaç: Bu çalışma gebe izlem polikliniklerine başvuran gebe kadınların antropometrik incelemelerinin yapılarak vücut kompozisyonlarının ve ilişkili etmenlerin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu araştırma Çorum İlinde yapıldı. Araştırmanın evrenini Haziran 2014 tarihinde bir eğitim ve araştırma hastanesinin gebe izlem polikliniklerine başvuran 150 gebe kadın oluşturdu. Araştırmaya katılmayı kabul eden 100 gebe kadına araştırmacılar tarafından hazırlanan 30 soruluk bir anket formu uygulandı. Anket formunda gebe kadınların sosyo-demografik özellikleri ve doğurganlık ve klinik özellikleri sorgulandı. Uygulama sonrasında kadınların gebe kadınların boyları ve kiloları ölçülerek Beden Kitle İndeks'leri hesaplandı. Bel ve kalça çevreleri ölçülerek abdominal obezite durumları değerlendirildi.

Bulgular: Gebe kadınların %60'ının hafif şişman/şişman olduğu belirlenmiştir. Gebe kadınların %86'sında abdominal obezitenin varlığı saptanmıştır. 30 yaş ve üzerindeki kadınların %77.4'ünün, gestasyon haftası 25 ve üzerinde olanların %75'inin, en az bir kez doğum yapanların %67.7'sinin hafif şişman/şişman olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Gebe kadınların diyastolik kan basınçları arttıkça beden kitle indekslerinin de arttığı saptanmıştır ($p<0.001$).

Tartışma ve Sonuç: Birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılan gebe izlemleri ve ev ziyaretlerinde anne adaylarının obeziteye yatkınlık durumları değerlendirilmeli, ağırlık artışları düzenli takip edilmelidir. Tüm izlemlerde Beden Kitle İndeks'lerinin yanı sıra bel/kalça çevresi göstergesi kullanılmalıdır.

Anahtar sözcükler: Gebe kadınlar, Vücut kompozisyonu, Antropometrik göstergeler

Abstract

Objective: The study was conducted for examining body compositions and related factors in pregnant women applying to pregnancy monitoring policlinics by conducting anthropometric tests.

Methodology: This descriptive study was carried out in Çorum Province. The universe consisted of 150 pregnant women who applied to pregnancy monitoring policlinics of a training and research hospital in June 2014. A questionnaire of 30 questions was applied to 100 of these women who agreed to respond. The questions focused on socio-demographic, fertility and clinical characteristics of women. Following the questionnaire weight and height of pregnant women were measured and their body mass indices were calculated. Also, their status of abdominal obesity was assessed by measuring waist and hip circumferences.

Findings: It was observed that 60% of pregnant women were mildly overweight/overweight. 86% of pregnant women were found as having abdominal obesity. 77.4% of women over age 30, 75% of those with gestation weeks of 25 or longer and 67.7% of those who have given at least 1 birth earlier were found to be mildly overweight /overweight ($p<0.05$). It was found that women's body mass index increases along with increase in their diastolic blood pressure ($p<0.001$).

Discussion and Conclusion: The vulnerability of pregnant women to obesity must be assessed through home visits and monitoring by first and second step health facilities and their weight gains must be closely followed. In all examinations, waist circumference and waist/hip ratio indicator must be used in addition to body mass index.

Key words: Pregnant women, Body composition, Anthropometric indicators

*Arş. Gör.; Hitit Ü, Sağlık YO, Çorum

**Arş.Gör.; Ph.D. Hitit Ü. Sağlık YO, Çorum

***Yrd. Doç.; Ph.D. Hitit Ü. Sağlık YO, Çorum

Giriş ve Amaç

Dünya genelinde maternal obezite ve ona eşlik eden komorbid durumların giderek arttığı ve bu durumun önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu bildirilmektedir (1). Maternal obezite gebelik ve doğum komplikasyonlarını artıran bir risk olmasının yanı sıra yenidoğan ölümlerini, çocukluk çağı obezitesini ve diyabeti artıran bir faktör olarak kabul edilmektedir (2). İngiltere’de gebe kadınların ve bebeklerin sağlığı üzerinde olumsuz etkiler bırakan obezitenin artış göstermesi nedeniyle tüm gebe kadınlarda antropometrik ölçümlerin hesaplanması önerilmektedir (3).

Son 20 yılda, gelişmiş ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de, sosyoekonomik durumun ve beslenme alışkanlıklarının değişmesi ile birlikte obezite görülme oranlarında artış görülmüştür. Obezitenin kadınlarda daha sık görülmesinin nedenlerinin başında gebelik öncesi ve gebelik döneminde kazanılan ağırlık fazlalığı gelmektedir (4). Bu nedenle antenatal dönemden başlanarak antropometrik ölçümlerin rutin izlenmesi, normalden sapmaların önlenmesi anne ve yenidoğanın sağlığı açısından önemlidir.

Bu çalışma gebe izlem polikliniklerine başvuran gebe kadınların antropometrik incelemelerinin yapılarak vücut kompozisyonlarının ve ilişkili etmenlerin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı tipteki bu araştırma Çorum İlinde yapıldı. Araştırmanın yürütülebilmesi için öncelikle On dokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi’nden etik kurul onayı ile katılımcılardan yazılı ve sözlü onamlar alındı. Araştırmanın evrenini Haziran 2014 tarihinde bir eğitim ve araştırma hastanesinin gebe izlem polikliniklerine başvuran 150 gebe kadın oluşturdu. Örneklem seçimine gidilmedi. Araştırmaya katılmayı kabul eden 100 gebe kadına araştırmacılar tarafından hazırlanan 30 soruluk bir anket formu uygulandı. Anket formunda gebe kadınların sosyo-demografik özellikleri ile doğurganlık ve klinik özellikleri sorgulandı. Uygulama sonrasında gebe kadınların ağırlıkları dijital baskül, boy uzunlukları, bel ve kalça çevreleri mezura ile ölçüldü. Gebelerin kan basınçlarının ölçümünde aneroid tansiyon aleti kullanıldı.

Gebelerin vücut ağırlıkları DSÖ’nün Beden Kitle İndeksi (BKİ) ve abdominal obezite sınıflanmasına göre değerlendirildi. BKİ’si <18.5 kg/m² olanlar zayıf, 18.5-24.9 kg/m² olanlar normal, 25.0-29.9 kg/m² olanlar hafif şişman, >30.0 kg/m² olanlar şişman; bel/kalça oranı 0.85’in üzerinde olanlar abdominal obezite olarak değerlendirildi (5). Gebe kadınların kan basınçlarının değerlendirilmesi JNC’nin VII. raporuna göre yapılarak 140/90 mmHg üzeri hipertansiyon olarak kabul edilmiştir (6).

Elde edilen veriler SPSS 17.0 programı ile değerlendirildi. Değerlendirmelerde yüzdeler, ortalama ve Ki kare testi ve Pearson Korelasyon Analizi kullanıldı (p<0.05 değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi).

Bulgular

Araştırma grubunun yüzde 35.0’i 25-29 yaş grubunda olup yaş ortalamaları 26.83±5.16’dır. Gebe kadınların yüzde 64.0’ünün eğitim düzeyi ortaokul ve altındadır. Katılımcıların yüzde 69.0’u çekirdek aile tipine sahip, yüzde 84.0’ü ev hanımıdır. Kadınların yüzde 39.0’u gelir düzeylerinin iyi olduğunu beyan etmiştir.

Araştırma grubunun doğurganlık ve klinik özellikleri Tablo 1’de verilmiştir. Gebe kadınların yüzde 66.0’sı birden fazla gebeliğinin olduğunu, yüzde 60.6’sı gebelikleri arasındaki sürenin 2 yıl ve daha fazla olduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların yüzde 64.0’ünde gestasyon haftası 25 hafta ve üzerinde olup yüzde 62.0’si en az bir kez canlı doğum yapmıştır. Katılımcıların yüzde 20.0’sinde en az bir kronik hastalık olduğu belirlenmiştir. En yaygın görülen kronik hastalıklar sırasıyla tiroid bozuklukları, diyabet ve hipertansiyondur. Katılımcıların yüzde 86.0’sında abdominal obezite saptanmış olup yüzde 60.0’inin hafif şişman/şişman olduğu belirlenmiştir.

Araştırma grubunun doğurganlık ve klinik özelliklerine göre BKİ’leri Tablo 2’de gösterilmiştir. 24 yaş ve altındakilerin yüzde 64.7’si, 30 yaş ve üzerindeki yüzde 77.4’ü hafif şişman/şişmandır (p<0.05). Gebelik sayılarına göre kadınların BKİ’leri incelendiğinde birden fazla gebeliği olan kadınların yüzde 66.7’sinin, gebelikleri

arasında iki yıldan az süre olanların yüzde 73.1'inin hafif şişman/şişman olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$). Gebelik haftası 25 hafta ve üzerinde olanların %75.0'inin, en az bir kez canlı doğum yapanların %67.7'sinin hafif şişman/şişman olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Ayrıca herhangi bir kronik hastalığı olanların %70.0'inin, abdominal obez olanların %62.8'inin hafif şişman/şişman olduğu saptanmıştır ($p>0.05$).

Gebe kadınların sistolik kan basıncı ortalamaları 109.61 ± 13.85 ve diyastolik kan basıncı ortalamaları 66.55 ± 9.12 'dir. Gebe kadınların sistolik kan basınçları arttıkça diyastolik kan basınçlarının ve BKİ'lerinin arttığı, sistolik ve diyastolik kan basınçları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Kadınların diyastolik kan basınçları arttıkça BKİ'lerinin de arttığı, diyastolik kan basıncı ile BKİ arasındaki ilişkinin pozitif yönde ve anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$).

Tablo 1. Araştırma grubunun doğurganlık ve klinik özellikleri		
Doğurganlık özellikleri (n=100)	Sayı	%
Gestasyon sayısı		
1	34	34.0
1'den fazla	66	66.0
Gestasyonlar arasındaki süre (n=66)		
2 yıldan az	26	39.4
2 yıl ve daha fazla	40	60.6
Gestasyon haftası		
12 haftalık ve altı	16	16.0
13-24 haftalık	20	20.0
25 haftalık ve üzeri	64	64.0
Canlı doğum yapmış olma		
Yapmış	62	62.0
Yapmamış	38	38.0
Klinik Özellikler		
Kronik hastalıklar		
Var	20	20.0
Yok	80	80.0
BKİ		
Normal	40	40.0
Hafif şişman	40	40.0
Şişman	20	20.0
Bel/kalça oranı		
0.85 ve altı (Abdominal obez değil)	14	14.0
0.85'in üzeri (Abdominal obez)	86	86.0
Toplam	100	100.0

Tartışma

Antropometrik ölçümlere dayalı olarak gebe kadınlarda vücut kompozisyonunun değerlendirildiği bu çalışmada, gebelerin üçte ikisinin hafif şişman/şişman olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Ülkemizde obezite anne adayları ve anneler için ciddi bir problemdir. Nitekim TNSA 2008 sonuçlarına göre annelerin %58.0'i şişmandır (7). Malatya'da yapılan başka bir çalışmada gebelerin yaklaşık %27.0'sinin hafif şişman/şişman olduğu saptanmıştır (8). Yurtdışında yapılan araştırmaların sonuçlarına göre gebe kadınlarda hafif şişman/şişmanlık oranlarının %40.0- %50.0 arasında değişmektedir (3,9). Ancak bu çalışmada gebe kadınlarda şişmanlık oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Obezite ile ilişkili bir sağlık riski olan abdominal obezitenin değerlendirilmesinde güçlü bir gösterge olarak kabul edilen bel/kalça çevresi oranının gebelikte aşırı ağırlık kazanımı nedeniyle arttığı raporlanmıştır (5,10-11). Nitekim bu çalışmada da gebelerin %86.0'ında abdominal obezite saptanmıştır (Tablo 1). Konuyla ilgili olarak İran'da yapılan bir çalışmada gebe kadınların yaklaşık %35.0'inde abdominal obezite saptanmıştır (12). Bu çalışmada kadınlarda bel/kalça oranının gebelikte aşırı ağırlık kazanımından etkilendiği söylenebilir.

Araştırma grubundaki 30 yaş ve üzerindeki gebe kadınlarda hafif şişmanlık/şişmanlık oranları anlamlı ölçüde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 2). Benzer sonuç ülkemizde yapılan diğer çalışmaların sonuçları ile uyumludur (8,13). Bu durum yaşlanmanın vücut yağının dağılımı üzerinde etki oluşturarak BKİ'de değişikliklere yol açması ile açıklanmaktadır (5).

Bu çalışmada gestasyon haftası 25 ve daha fazla olan gebe kadınlarda hafif şişmanlık/şişmanlık oranlarının anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 2). Benzer sonuç İngiltere'de ve Hindistan'da yapılan çalışmalarda da ortaya konulmuştur. İleri gestasyon haftalarında BKİ'nin de arttığı, gestasyon haftası ile BKİ arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (3,14). Gebelikte gestasyon haftasının artmasıyla ağırlık

Tablo 2. Araştırma grubunun doğurganlık ve klinik özelliklerine göre BKİ

Doğurganlık ve klinik özellikleri (n=100)	BKİ						X ² /p
	Normal		Hafif şişman /şişman		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Yaş Grupları							
24 yaş ve altı	12	35.3	22	64.7	34	100.0	10.070/0.006
25-29 yaş	21	60.0	14	40.0	35	100.0	
30 yaş ve üzeri	7	22.6	24	77.4	31	100.0	
Gestasyon sayısı							
1	18	52.9	16	47.1	34	100.0	3.595/0.058
1'den fazla	22	33.3	44	66.7	66	100.0	
Gestasyonlar arasındaki süre (yıl) (n=66)							
2 yıldan az	7	26.9	19	73.1	26	100.0	1.652/0.199
2 yıl ve daha fazla	17	42.5	23	57.5	40	100.0	
Gestasyon haftası							
12 haftalık ve altı	11	68.8	5	31.3	16	100.0	16.719/0.000
13-24 haftalık	13	65.0	7	35.0	20	100.0	
25 haftalık ve üzeri	16	25.0	48	75.0	64	100.0	
Canlı doğum yapmış olma							
Yapmış	20	32.3	42	67.7	62	100.0	4.075/0.044
Yapmamış	20	52.6	18	47.4	38	100.0	
Kronik hastalıklar							
Var	6	30.0	14	70.0	20	100.0	1.042/0.307
Yok	34	42.5	46	57.5	80	100.0	
Bel çevresi							
0.85 ve altı (Abdominal obez değil)	8	57.1	6	42.9	14	100.0	1.993/0.158
0.85'in üzeri (Abdominal obez)	32	37.2	54	62.8	86	100.0	

kazanımında artış görülmesi beklenen bir durumdur. Ancak gebelik haftası ile uyumlu olmayan ağırlık artışı şişmanlık ile sonuçlanabilir.

Doğum kadınlarda vücut imajını ve kompozisyonunu değiştiren önemli bir etmendir (5). Irak'da yapılan bir çalışmada doğumun antropometrik ölçümlerde artış ile ilişkili olduğu saptanmıştır (15) Nitekim bu çalışmada da doğum yapan kadınlarda hafif şişmanlık/şişmanlık oranlarının anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Gebelik öncesi döneme göre ortalama kan basıncı değerlerinde artış olduğu belirtilmektedir (16). Bu çalışmada gebe kadınların kan basınçlarının 140/90 mm Hg'nın altında olduğu belirlenmiştir. Gebelerin diyastolik kan basınçları ile BKİ'leri arasında anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır. Hindistan'da yapılan bir çalışmada ise gebe kadınların sistolik ve diyastolik kan basıncı ortalamaları ile BKİ arasında anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır (14).

Sonuç ve Öneriler

Çalışmamızın sonuçları gebe kadınlarda şişmanlık ve abdominal obezitenin yaygın olduğunu göstermiştir. Birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılan gebe izlemleri ve ev ziyaretlerinde anne adaylarının obeziteye yatkınlık durumları değerlendirilmeli, ağırlık artışları düzenli takip edilmelidir. Tüm izlemlerde BKİ'nin yanı sıra bel/kalça çevresi göstergesi kullanılmalıdır. Ayrıca kadınlara gebelikte yeterli ve dengeli beslenme ile aile planlaması danışmanlığı yapılmalıdır.

İletişim: Gülay Yılmazel

E-posta: gulay-y19@hotmail.com

Kaynaklar

1. Leddy MA, Power ML, Schulkin J. The impact of maternal obesity on maternal and fetal health. Rev Obstet Gynecol 2008; 1(4): 170-178.
2. Persson M, Johansson S, Villamor E, Cnattingius S. Maternal overweight and obesity and risks of severe birth-asphyxia-related complications in term infants: a population-based cohort study in Sweden. PLoS Med 2014;11(5):1-9.

3. Rees GA, Porter J, Bennett S, Colleypriest O, Ellis L, Stenhouse E. The validity and reliability of weight and height measurements and body mass index calculations in early pregnancy. *J Hum Nutr Diet* 2012; 25: 117–120.
4. Samur G. Obezite ve gebelik. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı, Klasmat Matbaacılık 2008, Ankara. ss:7.
5. Waist circumference and waist–hip ratio: report of a WHO expert consultation, Geneva, 2008. World Health Organization 2011.
6. U.S. Department of Health and Human Services 2003. JNC-7 Express: The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure.
7. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2009) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
8. İrge E, Timur S, Zincir H, Oltuluoğlu H, Dursun S. Gebelikte beslenmenin değerlendirilmesi. *STED* 2005;14(7):157-160
9. Bhattacharya S, Campbell DM, Liston WA, Bhattacharya S. Effect of body mass index on pregnancy outcomes in nulliparous women delivering singleton babies. *BMC Public Health* 2007;7:168.
10. Flegal KM, Graubard BI, Williamson DF, Gail MH. Excess deaths associated with under-weight, overweight, and obesity. *JAMA* 2005; 293:1861-1867.
11. Hedley AA, Ogden CL, Johnson CL, Carroll MD, Curtin LR, Flegal KM. Prevalence of overweight and obesity among US children, adolescents, and adults, 1999–2002. *JAMA* 2004;291:2847-2850.
12. Ebrahimi-Mameghani M, Mehrabi E, Kamalifard M, Yavarikia P. Correlation between body mass index and central adiposity with pregnancy complications in pregnant women. *Health Promot Perspect* 2013; 3(1): 73-79.
13. Gümüş İ, Karakurt F, Kargılı A, Turhan N, Uyar M. Association between prepregnancy body mass index, gestational weight gain, and perinatal outcomes. *Turk J Med Sci* 2010; 40 (3): 365-370.
14. Ghosh A. Anthropometric and body composition characteristics during pregnancy: A study from West Bengal, India. *HOMO* 2012; 63:233– 240.
15. Mansour AA, Ajeel NA. Parity is associated with increased waist circumference and other anthropometric indices of obesity. *Eat Weight Disord* 2009;14(2-3):50-55.
16. Saryıldız L, Akdağ T. Some haematological and metabolic changes observed in pregnancy. *J Clin Anal Med* 2013;4(3): 245-248.

KOAH Tanısı ile Hastaneye Sık Başvuran Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi*

Determination of Hospital Anxiety and Depression Levels of Patients Admitted to Hospitals with COPD Diagnosis

Araştırma



Research

Sevda Pınar Mehel Tutuk**, Dr. Özlem Şahin Altun***

Geliş tarihi : 12.05.2014

Kabul tarihi: 12.08.2014

Öz

Amaç: Bu araştırma, Aralık 2013-Ocak 2014 tarihleri arasında, İç Anadolu Bölgesi'ndeki bir ilde, devlet hastanesi acil servisine KOAH tanısı ile sık başvuran hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapıldı.

Yöntem: Araştırmanın evrenini, Aralık 2013-Ocak 2014 tarihleri arasında, İç Anadolu Bölgesi'ndeki bir ilde, devlet hastanesi acil servisine KOAH tanısı ile başvuran hastalar oluştururken, örneklem seçiminde basit rastgele örnekleme yöntemlerinden biri olan gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılarak 200 KOAH'lı hasta örnekleme oluşturdu. Verinin toplanmasında hastaların sosyodemografik özelliklerini içeren sorular ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) kullanıldı. Verinin değerlendirilmesinde yüzdelik, ortalama, varyans analizi, t testi ve Kruskal- Wallis Testi uygulandı ve önem düzeyi 0.05 olarak alındı.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların %46'sının 55 yaşının üstünde, %58'inin kadın, %40'ının ise emekli olduğu belirlendi. Hastaların %48'inin 6-10 yıldır KOAH hastası olduğu, %78.5'inin KOAH nedeniyle hastanede yattığı saptandı. Hastaların HAD ölçeğinin Anksiyete alt boyutunun puan ortalaması 11.79 ± 2.52 , Depresyon alt boyutunun puan ortalaması 11.68 ± 2.07 ve toplam puan ortalamaları ise 23.47 ± 2.99 bulundu. Ayrıca hastaların sosyal güvence durumu ile depresyon puan ortalaması arasında ve hastaların birlikte yaşadıkları kişi ile anksiyete puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0.05$).

Sonuç: Araştırma sonucunda acile başvuran KOAH'lı hastaların hastane anksiyete ve depresyon açısından risk altında oldukları saptandı. KOAH'lı hastaların sağaltım ve bakımında hastaların fiziksel durumları gibi anksiyete ve depresyon durumunun da rutin olarak değerlendirilmesi ve profesyonel yardım almasının sağlanması önerilmektedir.

Anahtar sözcükler: Anksiyete, Depresyon, Kronik obstrüktif akciğer hastalığı

Abstract

Objective: The study was conducted in a province in Central Anatolia from December 2013 to January 2014 to assess levels of anxiety and depression in patients who frequently applied to the state hospital for COPD.

Methodology: The survey universe consisted of patients who applied to the emergency service of a state hospital in a Central Anatolia province with COPD diagnosis. 200 COPD cases were selected through the method of random sampling. Questions on socio-demographic characteristics of patients and Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) were used in collecting data. In evaluating data, percentages, averages, variance analysis, t-test and Kruskal-Wallis test were used and the level of significance was taken as 0.05.

Findings: Of patients covered by the survey, 46% were over age 55, 58% were women and 40% were retired persons. 48% have been living with COPD for 6 to 10 years and 78.5% had been hospitalized for this reason. Average score of anxiety sub-dimension of HADS in patients was found as 11.79 ± 2.52 , depression sub-dimension as 11.68 ± 2.07 and average total score as 23.47 ± 2.99 . Further, relationship between social protection status of patients and average depression score, and between persons they are living together with and average anxiety score was found statistically significant ($p < 0.05$).

Conclusion: The study showed that COPD patients applying to emergency services were under risk in terms of anxiety and depression. In treating and care of COPD patients it is suggested that state of anxiety and depression should be routinely assessed along with physical state of COPD and professional care should be extended.

Key words: Anxiety, Depression, Chronic Obstructive Lung Disease

*Bu araştırma birinci yazarın tezsiz yüksek lisans bitirme projesi olarak yapılmıştır. 13-15 Mayıs 2014 tarihlerinde Ankara'da yapılan 7. TSK Ulusal Hemşirelik Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

** Öğr. Gör.; İstanbul Şişli Meslek YO, İstanbul

***Yrd. Doç.; Atatürk Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Psikiyatri Hemş. AD, Erzurum

Giriş

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH); ilerleyici hava akımı obstrüksiyonu ile karakterize, tüm Dünya'da önemli bir mortalite ve morbidite nedeni olan bir hastalıktır. Bireylerin yaşamını fiziksel, duygusal, bilişsel, sosyal ve ekonomik olarak çok yönlü etkilemekte, günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılıklara neden olmaktadır (1,2).

Tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi KOAH'da yol açtığı organda işlev bozukluğu yanında sürekli ilaç kullanımı, hastaneye bağımlılık gibi etmenler nedeniyle geleceğe dair kaygıları artırır. KOAH'ın kronik bir hastalık olması nedeni ile hastalığın yinelenmesi ve hastaneye yatış sıklığının artması, hastaların ruhsal durumları ve yaşam kaliteleri üzerinde olumsuz etkiler yaratmaktadır. En sık rastlanan belirtiler, nefes darlığı ve solunum güçlüğü; hastalarda panik, kaygı ve ölüm korkusuna yol açar. Nefes darlığı ve dispne organik kökenli olduğu kadar psikojenik nedenlerle de ortaya çıkabilir (3,4,5).

KOAH hastalığında kaygı ve depresyon, en yaygın görülen ruhsal bozukluklardır (6). Yapılan bir çalışmada KOAH'da depresyon prevalansının %40, anksiyete prevalansının ise %36 olduğu tahmin edilmektedir (7).

Anksiyete; her bireyin yaşamının belirli dönemlerinde yaşadığı duygusal, davranışsal ve fiziksel alanlarda ortaya çıkan hoş olmayan sıkıntı, endişe duygusu ve yaşantısıdır. Anksiyete, solunum sistemi hastalıklarında en yaygın görülen bir ruhsal sorundur. Anksiyete genellikle KOAH'lı hastalarda dispnenin ortaya çıkmasına ve solunum güçlüğü'nün şiddetinin artmasına, hiperventilasyona neden olur. Anksiyeteli birey mevcut dispnesini daha da endişe ile yorumlar ve korkusu artar. Buna bağlı olarakta ilaç alma gereksinimi artar (8).

KOAH'da kaygı bozukluğundan sonra en yaygın görülen ruhsal bozukluk depresyondur. Depresyon, günlük etkinliklerin yerine getirilmesinde zorlanma, konsantrasyon güçlüğü, ilgisizlik, yaşamdan zevk alamama, karamsarlık, ümitsizlik, aşırı keder, irritabilite gibi duygusal, zihinsel, davranışsal ve bedensel belirtilerin bulunduğu bir duygu durum bozukluğudur. Bedensel hastalığı olanlarda gerek belirti, gerek sendrom düzeyinde

oldukça sık görülmekte olan depresyon bedensel hastalığın prognozunu da olumsuz etkilemektedir. Fiziksel kısıtlanmaya bağlı olarak, KOAH'lı olgular çoğu zaman sosyal yaşamdan izole olarak yaşamak durumunda kalırlar (4,10). KOAH hastalarında depresif belirtilerin görülme sıklığı %2 ile %42 olarak değişmektedir (9).

Depresif belirtiler ve anksiyete KOAH'ın yan etkileri olarak yorumlanabilir ve bu da hastanın tanı ve tedavisini zorlaştırır (11). KOAH'lılarda depresif belirtilerin sıklıkla hastalığın görüntüsü gibi kabul edilmesi nedeniyle, depresyon nadiren tanınabilmektedir. KOAH'da hipokseminin nörofizyolojik fonksiyonlarda değişikliklere yol açarak, depresyona eşlik ettiği gösterilmiştir (12,28).

Bu araştırma KOAH tanısı ile hastaneye sık başvuran hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı tipte yürütülen araştırmanın evrenini Aralık 2013-Ocak 2014 tarihleri arasında, İç Anadolu Bölgesi'ndeki bir ilde, devlet hastanesi acil servisine KOAH tanısı ile sık başvuran hastalar oluştururken, örneklem seçiminde basit rastgele örnekleme yöntemlerinden biri olan gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılarak 200 KOAH'lı hasta örnekleme oluşturdu.

Araştırma verinin toplanmasında kaynaklara dayandırılarak araştırmacılar tarafından geliştirilen tanıtıcı bilgi formu ile Zigmond ve ark. tarafından 1983 yılında geliştirilen Aydemir tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılan Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) kullanıldı.

Kişisel Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından kaynaklar taranarak oluşturulan kişisel bilgi formu, araştırmaya katılan KOAH hastalarının yaşı, cinsi, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma ve gelir durumu, sağlık güvencesi, ailede birlikte yaşadığı kişiler gibi sosyo-demografik özelliklerini içeren 8 soru ile; hastalık süresi, başka bir fiziksel hastalığı olup olmadığı, KOAH'a bağlı daha önceden hastaneye yatıp yatmadığı gibi hastalık sürecine ilişkin tanıtıcı bilgileri içeren toplam 12 soruyu içerdi.

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği- HAD (Hospital Anxiety Depression Measure):

Zigmond ve Snaith tarafından 1983 yılında geliştirilen, hastada anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek için geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aydemir ve ark. tarafından 1997 yılında yapılmıştır. Ölçek anksiyete ve depresyonu kısa sürede tanıyıp risk grubunu belirlemek için kullanılır. HAD hasta tarafından doldurulmakta, 14 maddeden oluşmakta ve maddeler dört özellik içermektedir. Toplam 14 sorudan yedi tek sayı anksiyeteyi ve yedi çift sayı depresyonu ölçmektedir. Yanıtlar dörtlü Likert biçiminde ve 0-3 arasında puanlanmaktadır. Hastaların alabilecekleri en düşük puan 0, en yüksek puan 42'dir. Anksiyete ölçeği için 10, Depresyon ölçeği için 7 puan üzeri alanlar risk altında kabul edilir (13,14,15,30).

Verinin Toplanması

KOAH tanısı almış, solunum sıkıntısı ile ilgili hastanenin acil servisine başvuran hastaların tedavileri tamamlandıktan sonra anket formu yüz yüze görüşme tekniği ile araştırmacılar tarafından dolduruldu.

Etik Durum

Araştırmanın yürütülebilmesi ve verinin toplanabilmesi için Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu'ndan ve Hastane'den gerekli izin alındı. Araştırmaya katılan hastalara araştırma hakkında açıklamalar yapıldıktan sonra sözel onam alındı.

Verinin Değerlendirilmesi

Veri SPSS 16.0 paket programı ile değerlendirildi. Verinin değerlendirilmesinde yüzdeler, ortalama, varyans analizi, t testi ve Kruskal- Wallis Testi uygulandı ve önem düzeyi 0.05 olarak alındı.

Bulgular

Araştırmadaki KOAH'lı hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları ve hastalıkla ilgili durumlarının hastane anksiyete depresyon ölçeği puan ortalamalarıyla karşılaştırılması Tablo 1'de görülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde, hastaların %46'sının 55 yaş ve üstü, %58'inin kadın, %43,5'inin ilköğretim mezunu, %58'inin evli ve %60'ının sosyal güvencesinin SSK olduğu, %67'sinin eşi ve çocukları ile yaşadığı, %40'ının emekli ve %64,5'inin geliri giderinden az olduğu saptandı.

Hastaların yaş grupları ile HAD ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, 35-44 yaş grubundaki hastaların Anksiyete (12.41±2.65) alt boyut ve toplam puan (24.18±3.08) ortalamasının, 55 ve üzeri yaş grubunda olan hastaların ise Depresyon (12.00±2.08) alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulundu.

Erkek hastaların Anksiyete (11.87±2.47) alt boyut ve toplam puan (23.51±3.09) ortalamasının, kadın hastaların ise Depresyon (11.73±2.12) alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlendi.

Lise mezunu hastaların Anksiyete (12.39±1.99) alt boyut ve toplam puan (23.78±2.69) ortalamasının, okur-yazar olmayan hastaların ise Depresyon (12.09±2.11) alt boyut puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu bulundu.

Eşinden ayrılmış olan hastaların Anksiyete (12.51±2.81) alt boyut ve toplam puan (24.25±3.09) ortalamasının, eşi ölmüş olan hastaların ise Depresyon (11.78±2.02) alt boyut puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu belirlendi.

Sosyal güvencesi SSK olan hastaların Anksiyete (12.02±2.53) alt boyut ve toplam puan (23.71±3.14) ortalamasının, emekli sandığı olan hastaların ise Depresyon (12.21±1.79) alt boyut puan ortalamasının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu bulundu. Hastaların sosyal güvence durumu ile Depresyon alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı yüksek bir fark saptanırken (p<0.05), Anksiyete alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında farkın anlamlı olmadığı saptandı (p>0.05).

Tablo 1. Hastaların sosyo-demografik özelliklerinin HAD ölçeği puan ortalamalarıyla karşılaştırılması

	Ölçek Alt Boyutları				
	n	%	Anksiyete $\bar{X} \pm SS$	Depresyon $\bar{X} \pm SS$	Toplam Puan $\bar{X} \pm SS$
Yaş					
35-44	43	21.5	12.41±2.65	11.76±2.12	24.18±3.08
45-54	65	32.5	11.98±2.33	11.18±1.95	23.16±3.10
55 ve üstü	92	46.0	11.35±2.53	12.00±2.08	23.35±2.85
Test ve p değeri			df=2,f=2.92 p>0.05	df=2,f=3.05 p>0.05	df=2,f=1.63 p>0.05
Cinsiyet					
Erkek	84	42.0	11.87±2.47	11.64±2.04	23.51±3.09
Kadın			11.67±2.60	11.73±2.12	23.41±2.86
Test ve p değeri	116	58.0	df=198,t=0.53 p>0.05	df=198,t=0.30 p>0.05	df=198,t=0.23 p>0.05
Eğitim Durumu					
Okur - Yazar Değil	31	15.5	10.96±2.77	12.09±2.11	23.06±2.85
Okur- Yazar	37	18.5	11.72±2.20	11.56±2.16	23.29±3.06
İlköğretim	87	43.5	11.89±2.50	11.73±2.10	23.63±3.18
Ortaöğretim	22	11.0	12.00±3.10	11.40±2.03	23.40±2.73
Lise	23	11.5	12.39±1.99	11.39±1.82	23.78±2.69
Test ve p değeri			df=4,KW=3.95 p>0.05	df=4, KW=2.37 p>0.05	df=4,KW=0.97 p>0.05
Medeni Durum					
Evli	116	58.0	11.91±2.43	11.66±2.01	23.57±3.13
Bekar	20	10.0	11.90±2.59	11.55±2.18	23.45±2.72
Eşinden Ayrılmış	27	13.5	12.51±2.81	11.74±2.37	24.25±3.09
Eşi Ölmüş	37	18.5	10.81±2.34	11.78±2.02	22.59±2.45
Test ve p değeri			df=3, KW=6.87 p>0.05	df=3, KW=0.10 p>0.05	df=3,KW=6.20 p>0.05
Sosyal Güvence					
SSK	120	60.0	12.02±2.53	11.69±2.09	23.71±3.14
Bağkur	34	17.0	11.55±2.52	11.88±2.17	23.44±2.92
Emekli sandığı	28	14.0	11.35±2.31	12.21±1.79	23.57±2.33
Yeşil Kart	18	9.0	11.33±2.78	10.44±1.78	21.77±2.64
Test ve p değeri			df=3, KW=2.62 p>0.05	df=3, KW=8.76 p<0.05	df=3,KW=6.29 p>0.05
Yaşanılan Kişi					
Yalnız	18	9.0	10.50±2.33	11.94±2.18	22.44±2.63
Anne-Baba	34	17.0	12.82±2.55	11.35±2.01	24.17±2.67
Eşi-Çocukları	134	67.0	11.74±2.47	11.72±2.12	23.47±3.04
Diğer (Akraba/Arkadaş)	14	7.0	11.35±2.43	11.78±1.57	23.14±3.52
Test ve p değeri			df=3, KW=9.88 p<0.05	df=3, KW=1.04 p>0.05	df=3,KW=4.61 p>0.05
Çalışma Durumu					
Çalışan	15	7.5	12.73±2.08	11.93±1.70	24.66±3.10
Çalışmayan	38	19.0	11.94±2.79	11.36±1.92	23.31±3.08
Emekli	80	40.0	11.73±2.26	11.76±2.15	23.50±2.94
Ev hanımı	67	33.5	11.55±2.73	11.71±2.14	23.26±2.97
Test ve p değeri			df=2, KW=2.64 p>0.05	df=2, KW=1.36 p>0.05	df=2,KW=2.19 p>0.05
Gelir Durumu Algısı					
Gelirim giderimden az	129	64.5	12.00±2.53	11.53±2.06	23.53±3.13
Gelirim giderime denk	66	33.0	11.36±2.42	12.00±2.08	23.36±2.67
Gelirim giderimden fazla	5	2.5	12.00±3.31	11.40±2.07	23.40±3.91
Test ve p değeri			df=2, KW=2.87 p>0.05	df=2, KW=2.31 p>0.05	df=2,KW=0.48 p>0.05

Tablo 2. Hastaların hastalıkları ile ilgili bazı özelliklerinin had ölçeği puan ortalamalarıyla karşılaştırılması

	Ölçek Alt Boyutları				
	n	%	Anksiyete $\bar{X}\pm SS$	Depresyon $\bar{X}\pm SS$	Toplam Puan $\bar{X}\pm SS$
Hastalık Süresi					
1-5 yıl	42	21,0	12.50±2.63	11.71±2.12	24.21±2.95
6-10 yıl	96	48,0	12.00±2.29	11.47±2.11	23.47±3.02
11 ve üstü	62	31,0	10.98±2.60	11.98±1.96	22.96±2.91
Test ve p değeri			df=2, f=5.38 p<0.05	df=2, f=1.12, p>0.05	df=2, f=2.19 p>0.05
Son 3 Ayda KOAH Atağı Geçirme Durumu					
Geçiren	184	92.0	11.69±2.54	11.71±2.12	23.40±3.03
Geçirmeyen	16	8.0	12.93±2.01	11.37±1.31	24.31±2.35
Test ve p değeri			df=198,t=1.90 p>0.05	df=198,t=0.62, p>0.05	df=198, t=1.16 p>0.05
KOAH Nedeni ile Hastanede Yatma Durumu					
Yatan	157	78,5	11.58±2.43	11.66±2.07	23.25±2.95
Yatmayan	43	21.5	12.53±2.71	11.74±2.07	24.27±3.04
Test ve p değeri			df=198,t=2.20 p<0.05	df=198,t=0.21 p>0.05	df=198,t=2.00 p<0.05
Başka Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumu					
Olan	132	66,0	11.63±2.43	11.87±1.98	23.51±2.81
Olmayan	68	34,0	12.08±2.68	11.30±2.19	23.39±3.33
Test ve p değeri			df=198,t=1.20 p>0.05	df=198,t=1.85 p>0.05	df=198,t=0.26 p>0.05

Anne ve babası ile yaşayan hastaların Anksiyete (12.82 ± 2.55) alt boyut ve toplam puan (24.17 ± 2.67) ortalamasının, yalnız yaşayan hastaların ise depresyon (11.94 ± 2.18) alt boyut puan ortalamasının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu bulundu. Hastaların yaşadığı kişi ile Anksiyete alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı yüksek bir fark saptanırken ($p<0.05$), Depresyon alt boyut ve toplam puan ortalaması arasında farkın anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Çalışan hastaların Anksiyete (12.73 ± 2.08), Depresyon (11.93 ± 1.70) alt boyut ve toplam puan (24.66 ± 3.10) ortalamasının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu belirlendi.

Geliri giderinden fazla olan hastaların Anksiyete (12.00 ± 3.31) alt boyut, geliri giderine denk olan hastaların Depresyon (12.00 ± 2.08) alt boyut, geliri giderinden az olan hastaların ise toplam puan (23.53 ± 3.13) ortalamasının daha yüksek olduğu bulundu.

Araştırma kapsamına alınan hastaların hastalıkları ile ilgili bazı özellikleri incelendiğinde (Tablo 2), hastaların çoğunluğunun 6-10 yıldır KOAH hastası

oldukları, son üç ayda KOAH atağı geçirdikleri ve hastanede yattıkları, başka kronik bir hastalığa da sahip oldukları belirlendi.

Hastaların hastalıkları ile ilgili bazı özelliklerinin HAD ölçeği puan ortalamalarıyla karşılaştırılması Tablo 2'de görülmektedir. Hastaların hastalık süresi ile HAD ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, 1-5 yıldır hasta olanların Anksiyete (12.50 ± 2.63) alt boyut ve toplam puan (24.21 ± 2.95) ortalamasının, 11 yıl ve daha fazla süredir hasta olanların ise Depresyon (11.98 ± 1.96) alt boyut puan ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı. Hastaların hastalık süresi ile Anksiyete alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı olarak yüksek bir fark olduğu ($p<0.05$), Depresyon alt boyut ve toplam puan ortalaması arasında farkın anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Son üç ayda KOAH atağı geçirmeyen hastaların Anksiyete (12.93 ± 2.01) alt boyut ve toplam puan (24.31 ± 2.35) ortalamasının, KOAH atağı geçiren hastaların Depresyon (11.71 ± 2.12) alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulundu.

Tablo 3. Hastane anksiyete ve depresyon ölçeğinde alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar ile hastaların aldıkları puan ortalamaları

Ölçek alt boyutları	Ölçekten alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar	Puan ortalaması ve standart sapma
Anksiyete	0-21	11.79±2.52
Depresyon	0-21	11.68±2.07
Toplam Puan	0-42	23.47±2.99

KOAH nedeni ile hastanede yatmayan hastaların Anksiyete (12.53±2.71) ve Depresyon (11.74±2.07) alt boyut puan ortalamaları ile toplam puan (24.27±3.04) ortalamasının yatan hastalara göre daha yüksek olduğu belirlendi. Hastaların KOAH nedeni ile hastanede yatma durumu ile Anksiyete alt boyut ve toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı yüksek bir fark saptanırken (p<0.05), Depresyon alt boyut puan ortalaması farkın anlamlı olmadığı saptandı (p>0.05).

Başka kronik hastalığı olan hastaların Depresyon (12.08±2.68) alt boyut ve toplam puan (23.51±2.81) ortalamasının, olmayan hastaların ise Anksiyete (11.87±1.98) alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulundu

HAD'dan alınabilecek en düşük puan "0" en yüksek puan ise "42"dir. Hastaların HAD ölçeğinin Anksiyete alt boyutundan 21 puan üzerinden 11.79±2.52 puan, Depresyon alt boyutundan 11.68±2.07 puan aldığı, toplam puan ortalamalarının ise 23.47±2.99 saptandı.

Tartışma

KOAH tanısıyla hastaneye sık başvuran hastaların oluşturduğu ve tanımlayıcı özellik taşıyan araştırmada, genel yaş ortalaması 62.20±13.27 (En az=35, En fazla=89)'dir. Yapılan araştırmada; KOAH'lı hastaların çoğunda ikinci bir hastalık olduğu, KOAH'lı hastalarda anksiyete ve depresyon görülme sıklığı sağlıklı bireylere göre yüksek olduğu belirlenmiştir (16,17,18).

Kaynaklara göre toplumda depresyon prevalansı değerleri kadınlarda, erkeklere göre yaklaşık iki katı sıklıkla görülmektedir. KOAH'lı hastalarda yapılan çalışmalarda, hastaların büyük çoğunluğunu erkek hastalar oluşturmakla beraber, kadın-erkek grupları arasında depresyon sıklığı açısından kaynaklarda farklılık belirtilmemiştir (4).

Tablo 1'de HAD ölçeğine göre erkek hastaların Anksiyete (11.87±2.47) puan ortalaması, kadın hastaların ise Depresyon (11.73±2.12) puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastaların cinsiyet durumu ile Anksiyete, Depresyon puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (p>0.05). Tel'in yaptığı çalışmada ise hastaların çoğu erkek, 65 yaş ve üzeri yaş grubunda, evli, ilkokul mezunu, ev hanımı ve çekirdek ailede yaşamaktadır. Ayrıca hastaların %88.9'unda anksiyete belirtileri ve %85.7'sinde depresyon belirtileri olduğu saptanmıştır (2). Çelik ve arkadaşları, KOAH'lı hastaların %25'inde depresif bozukluk, %44,4'ünde psikojenik anksiyete saptamışlardır (18).

KOAH'lı olgularda yapılan araştırmalarda, olguların büyük çoğunluğunu erkek hastalar oluşturmakla beraber (2,4) bu çalışmada, kadın olgu sayısı fazla ve çoğunluğunda depresyon saptanmıştır. Bunun nedeninin kadınların anne, eş, ev kadını, iş kadını gibi pek çok rolü aynı anda üstlenmek zorunda kalmaları nedeniyle daha fazla strese maruz kalmaları ve gelecek kaygısının daha fazla olması olabilir.

Çalışmada okur-yazar olmayan (%15,5) hastaların depresif olma durumu, okur yazar (%18,5), ilkokul mezunu (%43,5), ortaokul mezunu (%11) ve lise mezunu (%11,5) olan hastalara göre depresif olma oranları yüksek görülürken; eğitim düzeyi lise mezunu olan hastalarda Anksiyete (12.39±1.99) puan ortalamasının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Fakat HAD'a göre aralarında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05). Bu durumun araştırmadaki hastaların çoğunun okur yazar olmaması, okur yazar olanların sayısının azlığı, çoğunun ilkokul mezunu olmasından ve eğitim düzeylerinin homojen dağılmamasından kaynaklandığı; ayrıca KOAH açısından, hastalık şiddeti

değerlendirilmesinin yapılmamış olmasından da kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür.

Tel'in yaptığı çalışmada, eğitim seviyeleri ile anksiyete depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (2). Bazı çalışmalarda eğitim düzeyi arttıkça anksiyete ve depresyon düzeylerinin azaldığı saptanırken bazılarında ise eğitim durumu ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında ilişki saptanmamıştır (19,22). Kaynaklarda bireylerin eğitim seviyeleri arttıkça hastalıktan kaynaklanan sorunlar ile daha kolay başa çıktıkları, sosyal hayatta daha başarılı oldukları tedaviye uyumlarının daha iyi olduğu görülmüştür (20). KOAH'da hastaneye sık yatışla ilgili yapılan bir çalışmada, eğitim düzeyi ve ev durumu gibi sosyoekonomik değişkenler ve hastaneye yeniden başvuru arasında ilişki bulunmamıştır (21).

Çalışmada eşinden ayrılmış olan hastaların Anksiyete (12.51 ± 2.81) puan ortalamasının, eşi ölmüş olan hastaların ise Depresyon (11.78 ± 2.02) puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastaların, medeni durum dağılımı ile depresyon şiddeti arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Korkmaz'ın ve Tel'in çalışmasında ise bekar hastaların depresyon puanlarının evlilere göre daha düşük olduğu saptanmıştır (2,8). Türk'ün çalışması araştırmamızı destekler biçimde olup bekar hastaların %87.5'i, evli olanların %84.2'si depresif olarak bulunmuştur. Eşi ölmüş ve eşinden ayrılmış hastaların tamamı depresiftir (4).

Tablo 1'de hastaların yaşanan kişi ile anksiyete puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu bulundu. Tel'in çalışmasında; geniş ailede yaşayan ve evli olan hastalarda anksiyete ve depresyon belirti puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır (2). Türk'ün yaptığı çalışmada yalnız ve çocuklarıyla yaşayan hastaların tamamı depresif iken, anne-babasıyla yaşayan hastaların %90'ı, eşiyile yaşayan hastaların %83'ü ve eş-çocukları ile yaşayan hastaların %82.5'i depresif olarak bulunmuştur (4). Hastaların sosyal durumları göz önüne alındığında yalnız yaşamayan, anne babayla, eşi ve çocuklarıyla yaşayan ya da diğer aile bireyleriyle birlikte

yaşayan KOAH'lı hasta oranı çalışmamızda %91 gibi yüksek oranlardadır. Bu farklılığın sebebi olarak çekirdek ailede birey sayısının az, destek kaynaklarının daha sınırlı olmasından dolayı hastaların anksiyetelerinin arttığı düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda yalnız yaşamayan hastaların aile bireylerinden aldıkları destekle birlikte sosyal yaşamda daha başarılı oldukları görülmüştür (23). Araştırmaya katılan hastaların çalışma durumları ve gelir durumları incelendiğinde, %19'u çalışmadığını ifade ederken, %40'ının emekli olduğu, %33,5'inin ev hanımı olduğu saptanmıştır. KOAH'ın ileri yaş grubunun hastalığı olması nedeniyle hastaların çoğu emeklilik yaşına gelmiştir. Araştırmanın büyük çoğunluğunu emekliler oluşturmaktadır. Çalışan hastaların Anksiyete ve toplam puan ortalaması diğer gruplara göre daha yüksek olmasına karşın hastaların çalışma durumu ile Anksiyete, Depresyon toplam puan ortalaması arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$). Türk'ün çalışmasında hastaların %40.7'si hastalık nedeniyle çalışmadığını ifade ederlerken %29,3'ünün emekli olduğu saptanmıştır. Ayrıca Türk'ün çalışması ile Anar ve arkadaşlarının çalışmasında çalışma durumu ve gelir durumu ile anksiyete ve depresyon puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (4,5). Bu sonuçlar çalışma bulgusunu destekler niteliktedir.

Çalışmada, geliri giderinden fazla olan hastaların Anksiyete, geliri giderine denk olan hastaların Depresyon, geliri giderinden az olan hastaların ise toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Hastaların gelir durumu ile Anksiyete, Depresyon toplam puan ortalaması arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$). Kaynaklarda, KOAH'ın sosyoekonomik düzeyi düşük olan toplumlarda daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (2).

Çalışmada, sosyal güvencesi SSK olan hastaların (%60) Anksiyete toplam puan ortalamasının, emekli sandığı olan hastaların (%40) ise Depresyon toplam puan ortalamasının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Hastaların sosyal güvence durumu ile Depresyon puan ortalaması arasında anlamlı yüksek bir fark saptanırken ($p < 0.05$), Anksiyete toplam puan ortalaması arasında anlamlı fark olmadığı

saptanmıştır ($p>0.05$). Çalışma, sosyal güvencenin anksiyete ve depresyon puanları arasında anlamlı bir fark olduğunu göstermektedir. Korkmaz'ın çalışmasında bu sonuçtan farklı olarak hastaların tamamına yakınının sosyal güvencesi olduğu, sosyal güvencesi olup olmaması değişkenleri ile depresyon ve anksiyete puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (8).

Bu sonuçlar hastaların çoğunluğunun sosyal destek kaynakları olduğunu göstermektedir. Sosyal güvenceye sahip olanların gerek tanı, gerekse tedavi için bir sağlık güvencesinin olması, kişinin rahatça sağlık kurumuna başvurmasını sağlamaktadır (29). Sağlık güvencesi Emekli Sandığı olanlarda depresyon görülmesi aile yaşantısı, yalnız olması ya da sosyal desteğinin olmaması durumundan kaynaklandığını düşündürmüştür.

Çalışmada başka kronik hastalığı olan hastaların Depresyon toplam puan ortalamasının, olmayan hastaların ise Anksiyete puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Korkmaz'ın çalışmasında hastalık süresi altı yıl ve üzeri olan hastaların ve başka bir fiziksel hastalığı olan hastaların anksiyete puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir (8). Tel'in çalışmasında hastalık süresi 2-5 yıl olan hastalar ile başka fiziksel hastalığı olan hastalarda anksiyete belirti puanının yüksek olduğu saptanmıştır (2). Kaynaklardaki bulgular bu çalışmadaki sonuçlarla benzerlik göstermektedir. KOAH'lı hastalarda hastalık süresinin uzun olması ve eşlik eden başka bir fiziksel hastalığın olması bireyin ruh sağlığını olumsuz etkilemekte, anksiyete ve depresyonu artırmaktadır (24,25).

Tablo 2'de hastaların hastalık süresi arttıkça anksiyete puan ortalamasının düştüğü ve farkın anlamlı olarak yüksek olduğu bulundu. Bu sonuç hastaların bu süre içinde hastalığa ilişkin yaşadıkları deneyimin ve hastalık belirtilerini kontrol edebilmelerinin etkili olduğu düşünülmektedir.

Aras ve Tel, hastaların %25.9'unun hastalık süresinin 6 yıl ve üzeri olduğunu ve %33.3'ünün yılda iki ve daha fazla sayıda hastane yatışı olduğunu belirtmektedir (2,26).

Çalışmada son üç ayda KOAH atağı geçirmeyen hastaların Anksiyete toplam puan ortalamasının, KOAH atağı geçiren hastaların Depresyon puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Hastaların son üç ayda KOAH atağı geçirme durumu ile Anksiyete, Depresyon toplam puan ortalaması arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Araştırma bulgusuna benzer biçimde Hacıhasanoğlu ve arkadaşlarının kronik hastalığa sahip bireyler üzerinde yaptığı çalışmada hastalık türünün, anksiyete ve depresyon puan ortalamalarını anlamlı olacak biçimde etkilemediği saptanmıştır (31). Inger ve Christer'in çalışmasında KOAH acil tedavi sonrası hastaların daha çok anksiyete ve depresyon bulguları gösterdiği saptanmıştır (27). Anar ve arkadaşlarının çalışmasında acil servisine başvuru sayıları, hastanede yatış sayıları ve hastanede yatış gün sayıları ile hasta anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki anlamlı yüksek bir fark bulunmuştur (5). Bu da anksiyete ve depresyon varlığının KOAH akut alevlenmesini tetiklediği ve hastalığa uyumu olumsuz olarak etkileyip hastane acil servise başvuru sayısını, hastanede yatış sayısını ve hastanede yatış gün sayısını artırdığını desteklediğini düşündürmektedir (5).

KOAH nedeniyle hastaneye yatma durumu ile HAD ölçeğinin anksiyete alt boyutu ile toplam puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Hastaneye yatmayan hastaların anksiyetelerinin ve toplam puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu hastaların kendilerini hastanede daha güvende hissettiklerini, ev ortamında ise her an solunum sıkıntısı yaşayacakları endişesinin anksiyetelerini artırdığını düşündürmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Araştırma sonucuna göre hastaların yaşı ve sosyal güvence durumu ile depresyon arasında, hastaların yaşadıkları kişi, hastalık süresi, KOAH nedeni ile hastanede yatma durumu ile anksiyete arasında anlamlı yüksek bir farkın olduğu saptandı. Sonuçlar doğrultusunda; KOAH'lı hastaların sağaltım ve bakımında hastaların fiziksel durumları gibi anksiyete ve depresyonun tanınması ve etkin sağaltımının sağlanması önerilebilir.

İletişim: Sevda Pınar Mehel Tutuk
E-posta: pinar_ml@hotmail.com

Kaynaklar

1. Atasever A, Erdinç E. 'KOAH' da Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi 'Tüberküloz ve Toraks Dergisi (2003); 51 (4): 446-455
2. Tel H. 'KOAH'lı Hastalarda Anksiyete, Depresyon ve Sosyal Destek Durumunun Belirlenmesi' Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2010;13: 2
3. Taytard A, Cousson F. Symptoms and life of patients with chronic bronchitis. Preliminary results. Rev Pneumol Clin. 1996;52:379-85.
4. Türk D, 'KOAH'lı hastaların sık hastaneye yatmalarının ruhsal durumlarına ve yaşam kalitelerine etkilerinin değerlendirilmesi', Yüksek Lisans Tezi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, 2005
5. Anar C, Tatar D, Gediktaş E, Yıldırım Y, Halilçolar H. 'Uzun Süreli Oksijen Tedavisi Uygulanan Koahlı Olgularda Anksiyete Depresyon Sıklığı' İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi, Cilt XXVI, Sayı 2, 2012
6. Özcan S. Psikiyatrik Tıp :Konsültasyon –Liyezyon 1993;83-117
7. Yohannes AM, Baldwin RC, Connolly Mj. Depression and anxiety in elderly out patients with chronic obstructive pulmonary disease. Rev Clin Gerontol 2000;10:193-202.
8. Korkmaz T, 'Konya Numune Hastanesi Göğüs 44-1. Hastalıkları Servisinde Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanısı (KOAH) ile Yatan Hastaların Anksiyete, Depresyon ve Sosyal Destek Düzeylerinin Belirlenmesi' Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Konya, 2008
9. Stage KB, Middelboe T, Stage TB, Sørensen CH. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2006 September; 1 (3): 315–320
10. Öztürk, O. (2004). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 10. Baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara
11. Kelleci M, Aydın D, Sabancıoğulları S, Doğan S. 'Hastanede Yatan Hastaların Bazı Tanı Gruplarına Göre Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri' Klinik Psikiyatri 2009;12:90-98
12. Ede LV, Yzermans CJ, Brouwer HJ. Prevalence of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. Thorax 1999;54:688-92.
13. Afşar BB, Yalçınsoy M, Yakar Hİ, Bilgin S, Akkaya E. 'Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Yeti Yitimi, Anksiyete ve Depresyon Yönünden Değerlendirilmesi' Cumhuriyet Tıp Dergisi 2012; 34: 260-267
14. Kılınç S, Torun F , 'Türkiye'de Klinikte Kullanılan Depresyon Değerlendirme Ölçekleri, Dirim Tıp Gazetesi 2011; yıl: 86 sayı: 1 (39-47)
15. Zigmond AS, Snaith PR. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatr Scand, 1983; 67: 361-70.
16. Dawson CA, Town GI, Frampton C, Mulder RT. Psychopathology and illness beliefs influence COPD self-management. Journal of psychosomatic research 2004; 56 (3): 333- 40.
17. Sözer K, Öngen G, Sungor A. Diffüz Obstrüktif Akciğer Hastalıklarında Depresyon ve Anksiyete Görülme Sıklığı. Solunum, 18: 1-7, 1990
18. Çelik P, Esen A, Akın M, İçelli İ, Yorgancıoğlu A. Kronik Obstrüktif Akciğer Olgularında Depresyon. Solunum Hastalıkları 1998; 9: 25-32.
19. Atacanlı F, Dilbaz N. KOAH'ta Depresyon. Klinik Psikiyatri Dergisi, 4 (3): 147-153, 2001
20. Acar N. KOAH'lı Hastalarda Tedaviyi Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. M. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; İstanbul 2002.
21. Gudmundsson G, Gislason T, Janson C, Lindberg E, Hallin R, Ulrik CS, et al. Risk factors for rehospitalisation in COPD: role of health status, anxiety and depression. Eur Respir J 2005;26:414-9.
22. Bahar A, Savaş HA, Parlar S. Göğüs Hastalıkları Servisinde yatan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. Yeni Symposium Journal 2009; 47: 9-15.
23. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36- item short form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care 1992;30:473-83.
24. Özkan S (2001) Genel tıpta depresyon, Hipokrat dergisi, 10:79-83.
25. Üskül B, Selvi A, Melikoğlu A, Varol N, Türker H (2006) Göğüs Hastalıkları Kliniğinde Yatan Hastalarda Anksiyete ve Depresyon Düzeyinin Sosyo-Demografik Faktörlerin ve Hastalık Tanılarının İlişkisi, Akciğer Arşivi, 7:11-15, İstanbul
26. Aras A, Tel H. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Sosyal Destek Gereksinimlerinin Belirlenmesi, 4. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi Bildiri Kitabı, 2002, 187, Antalya
27. Inger D, Christer J. Anxiety and depression are related to the outcome of emergency treatment in patients with obstructive pulmonary disease. Chest 2002;122:1633-7.
28. Korkut S. Acil Servise Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Atağı İle Gelen Hastalarda Depresyon Değerlendirilmesi, (2012) Uzmanlık Tezi
29. Usta Y, Çetinkaya E. Seçilmiş İlçe Merkezinde Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 1999; 8: 6-15.
30. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Türk Psikiyatri Çalışması. 1997;8 (4):280-287.
31. Hacıhasanoğlu R, Karakurt P, Yıldırım A, Uslu S. Bir Sağlık Ocağına Başvuran Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Anksiyete ve Depresyon. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2010; 9 (3):209-216.



Bisiklet Kullanımı ile İlişkili Ölümler

Bicycling-Related Deaths

*Dr. Mehmet Cavlak**, *Dr. M. Feyzi Şahin***, *Dr. Ziyaettin Erdem****,
*Dr. Mustafa Cihad Gül****, *Dr. Adem Gür****, *Dr. Muhammed Demir****,
*Dr. Ahmet Necati Şanlı****, *Dr. Muhlis Yıldız****, *Dr. Aysun Balseven Odabaşı*****,
*Dr. Ali Rıza Tümer******

Geliş tarihi : 12.09.2014

Kabul tarihi: 17.11.2014

Öz

Amaç: Bisiklet kullanımı ile ilişkili ölümler bisiklet kullanımı sırasında meydana gelen ölümleri kapsamaktadır. Bu çalışmada bisiklet kullanımı ile ilişkili ölümler ele alınarak ölüm nedenlerinin ortaya konulması ve alınabilecek önlemlerin ve geliştirilecek stratejilerin literatür eşliğinde tartışılması amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamızda İstanbul'da 2002-2011 yılları arasında yapılan adli otopsilere ait dosyalar retrospektif taranarak bisiklet kullanımı ile ilişkili 23 otopsi olgusu değerlendirmeye alınmıştır. Olgular yaş, cinsiyet, olayın meydana geldiği gün ve ay, olayın türü ve ölüm nedenleri açısından değerlendirilmiştir.

Bulgular: Olguların tamamı erkektir. Sekiz olgunun 18 yaş altında, geriye kalan 15 olgunun da 18 yaş üstünde olduğu belirlenmiştir. Olay türünün %60,1 ile en fazla oranda bisikletten düşme olduğu görülmüştür. Onsekiz olguda travmatik ölüm, 5 olguda ise patolojik ölüm saptanmıştır. Otopsi bulgularına bakıldığında ölüme etkili olan en fazla yaralanmanın kafa içi travmatik değişim olduğu (n=12, %66,7) belirlenmiştir.

Sonuç: Bisiklet kullanıcıları trafikte diğer araç kullanıcılarına göre oldukça savunmasız olduklarından, diğer araç kullanıcıları bisiklet kullananlara karşı son derece duyarlı olmalıdırlar. Bisiklet kullanımı ile ilişkili kazaların ve ölümlerin önüne geçilmesinin en önemli yolu bisiklet yollarının yapılması, çocukluk çağında bisiklet kullanımına denge, dikkat ve koordinasyon sağlandıktan sonra başlanması, kask kullanımının gerekliliği ve öneminin ailelere anlatılması ve bu konuda farkındalık ve duyarlılık geliştirilmesidir.

Anahtar sözcükler: Bisikletle ilişkili ölüm, Bisiklet kazası, Ani doğal ölüm

Abstract

Aim: Bicycling-related deaths, include deaths occurred during the usage of bicycles. In this study it was aimed to investigate the causes of death related to bicycling and to discuss the precautions to be taken and the strategies to be developed.

Material and Method: In our research, the medicolegal autopsy reports of 23 cases of bicycle-related deaths were retrospectively evaluated, whose autopsies were performed in İstanbul between 2002-2011. The cases were evaluated in terms of age, sex, day and month of incident, type of incident and cause of death.

Results: All of the cases were male. Eight cases were under 18 years of age and the rest of 15 cases were above 18. It was determined that 60.1% of cases with the highest proportion were due to falling off bicycle. In terms of cause of death, traumatic death in 18 cases and pathological death in 5 cases were observed. In autopsy findings, mostly seen traumatic change which is related to death was intracranial changes (n=12, 66.7%).

Conclusion: Since usage of bicycle in traffic, compared to other vehicles is more vulnerable, other vehicle users should be very sensitive to the bicyclists. It is well-known that the most important way for preventing bicycle-related accidents and deaths is to build bicycle paths, start bicycling in childhood after achieving balance, attention and coordination, educating families for the necessity and the importance of helmet usage and creating awareness and making sensitivity.

Key words: Bicycle-related death, Bicycle accident, Sudden natural death

*Uz.; Adli Tıp Kurumu, Ankara Grup Başkanlığı

**Uz.; Adli Tıp Kurumu, İstanbul

***Asistan, Adli Tıp Kurumu, İstanbul

****Doç.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Adli Tıp AD, Ankara.

*****Prof.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Adli Tıp AD, Ankara

1. Giriş

Türkiye İstatistik Kurumu'nun verilerine göre Türkiye'de 2013 yılında 161.306 ölümlü ya da yaralanmalı trafik kazası meydana gelmiş ve 3.685 kişi olay yerinde yaşamını yitirmiştir. Söz konusu kayıtlar incelendiğinde 2004 yılında 77.008 olan ölümlü ya da yaralanmalı trafik kazalarının halen büyümekte olan ulusal bir sorun olduğunu göz önüne sermektedir (1). Emniyet Genel Müdürlüğü verilerine göre ise 2012 yılında Türkiye'de trafik kazasına karışan bisiklet sayısı 5.254 iken bu sayı 2013 yılında 6.334 olmuştur (2,3).

New York şehrinin 2000 yılı verilerine göre nüfusun %3'ü bisiklet kullanmaktadır (4). New York'da 1996-2005 yılları arasında 225, 2006-2012 yılları arasında ise 156 bisiklet kazasına bağlı ölüm meydana gelmiş olduğu belirlenmiştir (4,5). Bu şehirdeki ulaşım kazalarına bağlı ölenlerin %6'sının bisiklet sürücüsü olduğu bildirilmiştir (4). Ülkemizde ise bisiklet kullanım oranı ile ilgili net bir veri bulunmamakla birlikte bu oranın %2-3 civarında olduğu tahmin edilmektedir (6). Serinken ve Özen trafik kazası sonucunda acil servise başvuran 15 yaş altı pediatrik olguların %12,2'sinin bisiklet kazası sonucu yaralandıklarını bildirmişlerdir (7).

Trafik kazası Karayolları Trafik Kanunu'nda "karayolu üzerinde hareket halinde olan bir ya da birden fazla aracın karıştığı ölüm, yaralanma ve zararlı sonuçlanmış olan olay" olarak tanımlanmaktadır (8). Bu kanunda "motorsuz taşıt" olarak tanımlanan ve özellikleri tarif edilen bisiklet ile meydana gelen kazalar bisiklet kazaları olarak ele alınmaktadır.

Bisiklet kullanımı ile ilişkili ölümler bisiklet kullanımı sırasında meydana gelen ölümleri kapsamaktadır. Bisikletten düşme, bir araçla, cisim ya da canlı ile çarpışmaya bağlı ölümler bunların başında gelmektedir. Bu tanımın bisiklet kazasına bağlı ölüm tanımından farkı ise ölüm orijinine (doğal ölüm ya da zorlamalı ölüm) bakılmaksızın bisiklet kullanımı sırasında meydana gelen ölümleri kapsamına almasıdır. Çalışmamızda temel olarak bisiklet kazalarına bağlı ölümlerin özelliklerinin ortaya konulması, alınabilecek önlem ve geliştirilecek stratejilerin literatür eşliğinde tartışılması amaçlanmıştır.

2. Gereç ve Yöntem

Çalışmamızda Adli Tıp Kurumu Başkanlığı Morg İhtisas Dairesi'nde 2002-2011 yılları arasında yapılan otopsilere ait dosyalar retrospektif taranarak bisiklet kullanımı ile ilişkili 23 otopsi olgusu değerlendirmeye alınmıştır. Olgular yaş, cinsiyet, olayın meydana geldiği gün ve ay, olayın türü, yaralanma bölgesi ve ölüm nedeni açısından değerlendirilmiştir.

3. Sonuçlar

Elde edilen verilere göre, 2002 yılında bir, 2003'de 0, 2004'de bir, 2005'de iki, 2006'da üç, 2007'de beş, 2008'de dört, 2009'da iki, 2010'da üç, 2011'de iki olgunun bisiklet kullanımı ile ilişkili ölüm olayı olduğu görülmüştür. Değerlendirme kapsamına alınan olguların tamamı erkek, yaşları 8-71 arasında olup, 8 olgunun 18 yaş altında, geriye kalan 15 olgunun da 18 yaş ya da üstündeki olgular olduğu ve ortalama yaşın 31,1 olduğu belirlenmiştir (0-9 yaş: 2; 10-19 yaş: 6, 20-29 yaş: 5, 30-39 yaş: 3, 40-49 yaş: 2, 50-59 yaş: 1, 60-69 yaş: 3, 70-79 yaş: 1 olgu). Bisiklet kazası olgularında ise yaş ortalaması 29,7'dir. Olguların %56,5'u 8-29 yaş aralığındaki çocuklar ve gençlerden oluşmaktadır. Bisiklet kullanımı ile ilişkili ölüm olayı ve aynı zamanda da bisiklet kazasına bağlı ölüm olayının en fazla oranda yaz aylarında (sırasıyla %56,5; %66,7), aylardan en sıklıkla ağustos ayında (%21,8; %27,8) ve günlerden de cumartesi günü (%30,4; 27,8) meydana geldiği görülmüştür. Ocak, şubat ve kasım aylarında ise hiç meydana gelmediği görülmüştür. Hafta sonu meydana gelen bisiklet kazasına bağlı ölüm olay sayısı ise 10'dur (%43,4).

Olay türlerine bakıldığında %60,1 ile en fazla oranda olayın bisikletten düşme olduğu görülmüştür (Tablo 1). Ölüm nedenleri 17 (%73,9) olguda künt travmaya bağlı, 4 (%17,4) olguda kalp-damar hastalığı sonucu, 1 (%4,3) olguda beyin damar anevrizması yırtılmasına bağlı ve 1 (%4,3) olguda ise kesici cisim yaralanması sonucunda meydana geldiği belirlenmiştir. Kalp-damar hastalığı sonucu ölen dört olguda ölümün iskemik kalp hastalığı zemininde geliştiği saptanmıştır. Olgulardan biri bisikletten bir vitrin camının üzerine düşmüş ve kırılan cam parçaları ile boynunda juguler ven kesisi oluşması nedeniyle yaşamını yitirmiştir.

Olay	n	%
Bisikletten düşme	14	60,1
Kaza	9	39,1
Doğal Ölüm	5	21,7
Kalp damar hastalığı	4	17,4
Beyin damarı anevrizma rüptürü	1	4,3
Başka bir motorlu araçla çarpışma	4	17,4
Bisikletin kendisine çarpması	2	8,7
Bisiklet kullanırken sabit bir nesneye çarpma	2	8,7
Trenle çarpışma	1	4,3
Toplam	23	100

Otopsi bulgularına bakıldığında ölüme etki eden en fazla bulgunun kafa içi travmatik değişim (subaraknoidal kanama, subdural kanama, vs.) olduğu (n=12, %66,7) belirlenmiştir (Tablo 2). Bisiklet kazası olgularının 8'inde en az bir kemik kırığı saptanmıştır. En fazla görülen kemik kırığı kafatası kırığıdır. Geriye kalan olgularda ise kardiyopulmoner resusitasyondan kaynaklandığı değerlendirilen bir olgudaki kaburga kırıkları haricinde kemik kırığı saptanmamıştır.

4. Tartışma

Çalışmamızda 10 yıllık sürede İstanbul'da otopsi yapılan bisiklet kazası olgu sayısı 18'dir. New York şehrinde yapılan ve 146 bisiklet sürücüsü ölümü olgusunu inceleyen bir çalışmada olguların tamamının ölüm orijininin kaza olduğu belirlenmiştir (5).

Emniyet Genel Müdürlüğü 2013 verilerine göre trafik kazalarının ve aynı zamanda da ölümlü trafik kazalarının en fazla ağustos ayında olmak üzere yaz aylarında, cumartesi ve pazar günlerinde meydana geldiği tespit edilmiştir (1). Literatürde de bisiklet kazalarına

bağlı yaralanmaların ve ölümlerin en fazla yaz aylarında, en az da kış aylarında olduğu görülmektedir (4,5,9,10). Çalışmamızda benzer biçimde bisiklet kazalarına bağlı ölümlerin en fazla ağustos ayında (%27,8) olmak üzere yaz aylarında, cumartesi ve pazar günlerinde (%44,4) meydana geldiği görülmüştür. Kış aylarında meydana gelmiş bisiklet kazası olgumuz bulunmamaktadır. Kış aylarında bisiklet kullanımının az olması, sürücülerin daha dikkatli olması ve kışın tatil yapma alışkanlığının daha az olması nedeniyle kış aylarında bisiklet kazalarının daha az meydana geldiği düşünülmüştür.

Tüm olgularımızın yaşları 8-71 arasında değişmekte iken, yaş ortalaması 31,1'dir. Bisiklet kazası olgularında yaş ortalaması 29,7'dir. Olguların %56,5'u, 8-29 yaş aralığındaki çocuklar ve gençlerden oluşmaktadır. Olguların tamamının erkek olması da dikkat çekmektedir. Çalışmamızın yaş ve cinsiyet verilerinin diğer çalışmalarla yapılan karşılaştırması Tablo 3'de verilmiştir. Bisiklet kullanımı ile ilişkili ölümlerde erkeklerde ve 16-29 yaş aralığında daha fazla görüldüğü literatürle benzer biçimde ortaya çıkmıştır (4,5,9,10).

Fiziksel eforun, risk faktörlerine sahip olgularda ani kalp ölümü ve akut pulmoner tromboembolizm sürecini tetikleyebileceği bilinmektedir (11,12). Olgularımızın toplam %21,7'sinin ölümünün kardiyak ya da serebrovasküler nedenli doğal ölümler olmasının çalışmamızın bir başka dikkat çekici sonucu olduğu düşünülmüştür. Kardiyak ölüm olgularında -kalp damar hastalığı sonucu ölen bir olguda baş bölgesinde ölüme etkisi olmayan künt travma bulgusu dışında- dış muayenede travma bulgusu bulunmamaktadır.

Tablo 2. Bisiklet kazası olgularında ölüm nedenleri

Ölüm nedeni	n	%
Kafa içi travmatik değişim	9	50,0
Künt göğüs içi organ yaralanması	2	11,1
Kafa içi travmatik değişim + medulla spinalis yaralanması	1	5,6
Kafa içi travmatik değişim + medulla spinalis yaralanması + künt batın içi organ yaralanması	1	5,6
Kafa içi travmatik değişim + büyük damar yaralanması + künt batın içi organ yaralanması	1	5,6
Medulla spinalis yaralanması	1	5,6
Künt batın içi organ yaralanması	1	5,6
Künt göğüs ve batın içi organ yaralanması	1	5,6
Kesici cisim yaralanması	1	5,6
Toplam	18	100

Tablo 3. Yaş ve cinsiyet verileri karşılaştırması (Çalışmamız, 5, 9, 10)

	Çalışmamız (n=23)	Özkan ve ark (n=150)	Jarvis ve ark (n=146)	Sataloğlu ve ark (n=126)
Yaş aralığı	8-71	2-79	8-83	0-80
Yaş ortalaması	31,1	15 yaş ve altı: 9,2±3,3 16 yaş ve üstü: 28,7±17	40	17,4±15,2
16-29 yaş aralığı	% 30	% 68	-	(10-29 yaş için) % 53,1
Cinsiyet				
Erkek	% 100	Çocuk: % 81,5 Erişkin: 18,5	% 91,8	% 80,1
Kadın	% 0	Çocuk: % 97 Erişkin: 3	% 8,2	% 19,9

Tablo 4. Bisiklet kazasına bağlı ölüm olgularının dış muayenedeki yaralanma bulgularının bölgesel dağılımı

Bisiklet kazası olguları (n=18)	%
Baş	12 66,7
Boyun	2 11,1
Göğüs	7 38,9
Batın	3 16,7
Sırt	4 22,2
Pelvis	3 16,7
Üst ekstremité	9 50,0
Alt ekstremité	11 61,1

Ayrıca serebrovasküler anevrizma yırtılması olgusunda da baş bölgesinde travma bulgusu bulunmamaktadır.

Kardiyak nedenli ölüm olgularından üçü hipertrofik kardiyomyopati ve biri hipertrofik kardiyomyopati ile birlikte myokardiyal köprüleşme patolojisine sahip olup, bisiklet kullanımı sırasında fenalaşarak öldükleri saptanmıştır. Bu kişilerde bisiklet kullanımı sırasında ortaya çıkan eforla kalbin üzerine binen yükün artması sonucunda ölümün meydana geldiği düşünülmektedir. Bisiklet kullanımı ile ilişkili ölümlerde acil servise başvuran olgular genellikle bisikletten düşme, bisikletle bir nesneye ya da bir yere çarpma ya da bisiklete motorlu araç çarpması öyküsü ile başvurumaktadırlar (9,10,13,14). Bu nedenle bu olgular birincil olarak travma olgusu olarak kabul edilerek ele alınmaktadır. Ancak bu tür olgularda kardiyovasküler sistem ve serebrovasküler sistem patolojileri özellikle ileri yaş, hipertansiyon, geçirilmiş myokard enfarktüsü gibi risk faktörleri göz önüne alınmalı ve ayırıcı tanı yapılmalıdır. Benzer biçimde adli ölü muayenesi sırasında da

bisikletten düşme öyküsüne sahip bir olguda denge kaybı, dikkatsizlik ve benzeri etmenlerden ziyade doğal bir ölüm söz konusu olabilir. Nitekim olgularımızın %65,2'sinin (n=15) ölü muayene tutanaklarında bisikletten düşme olguları olduğu kayıtlı iken, yapılan otopsiler sonucunda bunların %33,3'ünün (n=5) kaza olmayıp doğal ölüm olguları olduğu görülmüştür.

Bisiklet kazasına bağlı yaralanmalarla ilgili çalışmalara bakıldığında Sataloğlu ve arkadaşlarının çalışmasında (9) bisiklet kazaları arasında bisikletten düşmenin %90,4 oranında olduğu, Özkan ve arkadaşlarının çalışmasında (10) ise benzer şekilde çocuklarda %91, erişkin olgularda ise %90 olduğu bildirilmiştir.

Bisiklet kazalarında en sık yaralanma bölgesi baş ve boyun bölgesidir (5,9). Mortaliteye en fazla neden olan da kafatası yaralanmasıdır (4,10,14). New York şehrinde meydana gelen bisiklet sürücüsü ölümü olgularının yaklaşık 3/4'ünün yaralanmasının kafa travmasını da içerdiği bildirilmiştir (4). Çalışmamızda bisiklet kazasına bağlı ölüm olgularının %66,7'sinde kafa travması bulgusu mevcuttur. Diğer bölgesel yaralanma bulgularının dağılımı Tablo 4'de sunulmuştur. Ortaya çıkan bu oranlar kask takmanın önemini bir kere daha ortaya çıkarmaktadır. Kask ve benzeri koruyucu ekipmanlar takmanın ve bisiklet yolu kullanmanın mortalite riskini azaltabileceği bildirilmiştir (4).

Olgularımızdan üçünde (%16,7) servikal medulla spinalis yaralanması ölüme neden olmuş ya da ölüm nedenine katkıda bulunmuştur. Bu olguların birinde izole servikal medulla spinalis yaralanması mevcut iken,

diğer ikisinde bu yaralanmaya kafa içi travmatik değişim de eşlik etmektedir. Jarvis ve arkadaşlarının çalışmasında medulla spinalis yaralanması % 11,7 olguda mevcut iken kafatası yaralanmasının eşlik ettiği olguların oranı % 82'dir (5).

Acil servislere bisiklet kazası ifadesi ile başvuran olgularda olayın akut patolojik bir durum olabileceği ya da bisiklet kazası öyküsü olan olguların ölü muayenesinde patolojik ölüm olma ihtimali ayrıca akılda tutulmalıdır.

Bisiklet kullanıcıları diğer motorlu ya da motorsuz araç kullanıcılarına göre aracın özelliği, kullanım şekli, en başta da ülkemizde bisiklet yollarının yeterli ölçüde olmaması nedeniyle oldukça savunmasız olduklarından, bisiklet yollarının yeterince olmadığı ülkemiz koşullarında diğer araç kullanıcıları bisiklet kullananlara karşı daha son derece duyarlı olmalıdırlar.

Bisiklet kullanımı ile ilişkili kazaların ve ölümlerin önüne geçilmesinin en önemli yolunun bisiklet yollarının yapılması olduğu bilinmekte olup bu konuda hızla düzenlemeler yapılması ve hayata geçirilmesi gerekliliği vardır.

Ayrıca çocukluk çağında bisiklet kullanımına denge, dikkat ve koordinasyon sağlandıktan sonra başlanması, kask kullanımının gerekliliği ve öneminin ailelere anlatılması ve bu konuda farkındalık ve duyarlılık geliştirilmesi çocukluk çağında bisiklet kazalarına bağlı yaralanma ve ölümlerin önüne geçilmesinde son derece önemlidir.

Kaynaklar

İletişim: Dr. Mehmet Cavlak

E-posta: drmehmetcavlak@hotmail.com

1. Türkiye İstatistik Kurumu. Trafik kazası istatistikleri. www.tuik.gov.tr (Erişim: 01.10.2014).
2. Emniyet Genel Müdürlüğü Trafik Eğitim ve

Araştırma Dairesi Başkanlığı. 2012 yılı trafik istatistik bülteni. www.trafik.gov.tr (Erişim: 06.10.2014).

3. Emniyet Genel Müdürlüğü Trafik Eğitim ve Araştırma Dairesi Başkanlığı. 2013 yılı trafik istatistik bülteni. www.trafik.gov.tr (Erişim: 06.10.2014).
4. New York City Departments of Health, Mental Hygiene, Parks and Recreation, Transportation, New York City Police Department. Bicyclist fatalities and serious injuries in New York City 1996-2005.
5. Jarvis HC, Gill JR, Adams BJ. Bicyclist fatalities in New York City. Proceedings of 66th Annual Scientific Meeting, February 17-22, 2014.
6. İTO Sektör Profili 2004. www.ito.org.tr (Erişim: 06.10.2014).
7. Serinken M, Özen M. Pediyatrik yaş grubunda trafik kazası sonucu oluşan yaralanmalar ve özellikleri. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2011;17(3):243-7.
8. Karayolları Trafik Kanunu. www.mevzuat.gov.tr (Erişim: 01.10.2014).
9. Özkan S, Akdur O, İkizceli İ, Durukan P, İpekçi A, Sözüer EM. Bicycle related injuries in adults and children in the central Anatolian region: analysis of 4 years. JAEM 2012; 11: 35-40.
10. Sataloğlu N, Aydın B, Turla A. Bisiklet ve motorsiklet kazası sonucu yaralanma ve ölümler. Adli Tıp Bülteni 2010; 15 (1): 13-20.
11. Yamada N, Nakamura M, Ishikura K et al. Triggers of acute pulmonary thromboembolism developed in hospital, with focusing on toilet activities as triggering acts. Int J Cardiol 2005; 98: 409-11.
12. Culic V, Eterovic D, Miric D. Meta-analysis of possible external triggers of acute myocardial infarction. Int J Cardiol. 2005; 99 (1): 1-8.
13. Güzel A, Ersoy B, Doğrusoy Y, Küçükkuşurluoğlu Y, Altinel T, Karasalihoğlu S. Bisiklet kazası nedeniyle çocuk acil ünitemize başvuran olguların değerlendirilmesi. Ulusal Travma Dergisi 2006; 12 (4): 299-304.
14. Koçak S, Uçar K, Bayır A, Ertekin B. Acil servise başvuran motosiklet ve bisiklet kazası olgularının karakteristikleri. Turk J Emerg Med 2010; 10 (3): 112-8.

Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Küresel Durum Raporu 2010 ve Ülkemizdeki Durum

Report on the Global State of Non-Communicable Diseases
2010 and Situation in the Country

Derleme



Review Article

Ayla Açıkgöz, Dr. Belgin Ünal***

Geliş tarihi :14.08. 2014

Kabul tarihi: 23.11.2014

Öz

Bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH) önde gelen ölüm nedenlerindedir. BOH tüm diğer ölüm nedenlerinden daha fazla ölümlere neden olmuş ve epidemik düzeylere ulaşmıştır. Bu hastalıklar dünyada düşük ve orta gelire sahip toplumlarda en yüksek düzeyde görülmektedir. BOH hakkında yayınlanan ilk rapor olan Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara İlişkin Küresel Durum Raporu'na göre 2008 yılındaki tüm ölümlerin yaklaşık %63'ü kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kanserler ve kronik solunum hastalıklarından kaynaklanmaktadır. Tütün kullanımı, yetersiz fiziksel aktivite, alkolün zararlı kullanımı ve sağlıksız beslenmeden oluşan dört temel davranışsal risk faktörünün azaltılmasıyla çok sayıda BOH önlenir. BOH epidemisinin altında yatan diğer metabolik/fizyolojik nedenler, artmış kan basıncı, aşırı kiloluluk ve obezite, artmış kolesterol ve kanserle ilişkili enfeksiyonlardır.

Bu derlemede BOH'un ve risk faktörlerinin günümüzdeki durumu ve BOH'un önlenmesi ve kontrolüne yönelik yol haritasını içeren Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara İlişkin Küresel Durum Raporu değerlendirilmiş ve ülkemizin verileri tartışılmıştır. BOH epidemisi düşük gelirli ülkelerde ve orta ve yüksek gelirli ülkelerdeki düşük sosyal konumu olan insanlar arasında hızla artmaktadır. BOH sağlık sistemleri ve ülkelerin ekonomileri üzerine önemli yük oluşturmaktadır. BOH mortalitesi, morbiditesi ve risk faktörleri bakımından ülkemizin verileri gelişmekte olan ülkelere benzerdir. Bir çok ülkede olduğu gibi ülkemizde de BOH sürveyans kapasitesi yetersizdir. BOH sürveyans sistemlerinin ulusal sağlık sistemlerine entegre edilmesi ve yeterli kaynaklarla desteklenmesi gerekmektedir.

Anahtar sözcükler: Bulaşıcı olmayan hastalıklar, Küresel durum raporu, Risk faktörleri, Sürveyans

Abstract

Non-communicable diseases (NCD) constitute one of the leading causes of mortality. In fact they claim higher mortality rates than other causes and reached epidemic levels. These diseases have the highest prevalence in low and medium income level countries in the world. According to the Global Report on Non-communicable Diseases, which is the first ever in this field, 63% of all cases of mortality in 2008 are caused by cardiovascular diseases, diabetes, cancers and chronic respiratory diseases. Many cases of NCD can be avoided or prevented by reducing four basic behavioural risk factors which are smoking, insufficient physical activity, alcohol abuse and unhealthy patterns of nutrition. Other metabolic/physiologic causes underlying NCD epidemic include increased blood pressure, overweight and obesity, cholesterol and cancer related infections.

In this collection, the reader can find an evaluation of the Global Report on Non-communicable Diseases which contain risk factors related to NCD, a roadmap for their control and a discussion on data from Turkey. The BOH epidemics rapidly spread among disadvantaged in low, middle and high income countries. As such, NCD places a significant burden on healthcare systems and economies of countries. In terms of NCD mortality morbidity and risk factors, data in Turkey is similar to that of other developing countries. As is the case in many other countries, NCD surveillance capacity is insufficient in Turkey as well. There is need to integrate NCD surveillance systems with national healthcare systems and to support it with sufficient funds.

Key words: Non-communicable diseases, Global situation report, Risk factors, Surveillance

*Doktora Öğr.; Dokuz Eylül Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, İzmir

** Prof.; Dokuz Eylül Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, İzmir

Giriş

2008 yılında tüm Dünya’da meydana gelen 57 milyon ölümün 36 milyonunun kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, diyabet ve kronik akciğer hastalıklarını içeren bulaşıcı olmayan hastalıklardan (BOH) kaynaklandığı Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından bildirilmektedir (1). Bu hastalıkların yükü özellikle orta ve düşük gelirli ülkelerde hızla artmakta ve belirtilen hastalıklar bu ülkelerde toplumsal ve ekonomik bakımdan büyük maliyetlere neden olmaktadır (1,2).

Bu yazıda, Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara İlişkin Küresel Durum Raporu 2010’un kapsamını, hedeflerini ve ülkelere yönelik gösterilen yol haritalarını incelemek ve rapora göre ülkemizin verilerini değerlendirmek amaçlanmıştır.

2011 yılında DSÖ tarafından yayınlanmış olan Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara İlişkin Küresel Durum Raporu 2010; BOH’un küresel yükü, risk faktörleri ve belirleyicilerine yönelik hazırlanmış ilk kapsamlı rapordur. Raporda BOH sürveyansı, toplumun geneline yönelik önleme, sağlık bakımının güçlendirilmesi ve ülkelerin yanıt verme kapasitesi konularına odaklanılarak tüm toplumlarda epidemiyale mücadeleye yönelik kısa dönemdeki fırsatların önemi vurgulanmaktadır (2). Yedi bölümde değerlendirilen raporun ilk bölümünde BOH yükü, mortalite, morbidite ve risk faktörleri ayrıntılı olarak ele alınmıştır. Daha sonra sırasıyla kalkınma, sürveyans, risklerin azaltılması ve hastalığın önlenmesi için topluma ve bireye yönelik girişimler, ülkelerin yanıt verme kapasiteleri ve son bölümde önümüzdeki yol, çıkarılan derslere dayalı uygulamalara yer verilmiştir. Aşağıda raporun ana bölümleri ve bu bölümlere uygun olarak ülkemizin verileri incelenmiştir.

Bölüm 1. Yük: Mortalite, Morbidite ve Risk Faktörleri

2008 yılında tüm Dünyada meydana gelen ölümlerin %63’ü BOH’dan, özellikle kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kanserler ve kronik solunum yolu hastalıklarından kaynaklanmaktadır (1). BOH’a bağlı ölümlerin çoğunluğu düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir. BOH’un artması ve ülkelerin nüfuslarının yaşlanmasına bağlı olarak BOH’a bağlı ölümlerin tüm Dünya’da daha da artacağı tahmin edilmektedir ve en büyük artışın da düşük ve orta gelirli bölgelerde olması beklenmektedir (2). BOH, düşük ve orta gelirli ülkelerde daha genç yaşta ölüme neden olmaktadır. Bu ülkelerde BOH’a bağlı ölümlerin %29’u 60 yaş altı bireylerde meydana gelirken yüksek gelirli ülkelerde bu oran %13’tür (2). 2013 yılı TÜİK verilerine göre ölüm nedenleri arasında, dolaşım sistemi hastalıkları (%39,8) ilk sırada, iyi huylu ve kötü huylu tümörler (%21,3) ikinci sırada ve solunum sistemi hastalıkları (%9,8) ise üçüncü sırada gelmektedir (3). Ülkemizde yapılan bir çalışmada kardiyovasküler hastalıkların 20 yıllık (1988-2008) bir süreçteki değişimi değerlendirilmiştir. Türkiye’de koroner kalp hastalığı ve inme mortalitesinde 1994 yılına kadar artış olduğu, ancak daha sonraki yıllarda azalış olduğu saptanmıştır (4). Tablo 1’de Dünya’da ve Türkiye’de BOH’a bağlı ölümler özet olarak verilmiştir. 2013 yılında Türkiye’de BOH’a bağlı ölümlerin toplam içindeki payının 2008 Dünya ortalamasına göre daha yüksek düzeye çıktığı görülmektedir (3).

Raporda BOH’un büyük bir kısmının, dört temel davranışsal risk etmeninin azaltılmasıyla önlenebileceği belirtilmektedir. Bunlar tütün kullanımı, hareketsizlik, alkolün zararlı kullanımı ve sağlıksız beslenme olarak sıralanmıştır. Bu riskli davranışlar hipertansiyon,

Tablo 1. Toplam ölümler içindeki BOH’a bağlı ölümler

Toplam ölümler içindeki BOH’a bağlı ölüm	Dünya (2008)	Türkiye (2008)
<70 yaş BOH’a bağlı ölüm	%63* %71,0 (UHYÇ) (5) %48 (düşük ve orta gelirli ülkelerde)* %26 (yüksek gelirli ülkelerde)*	%70,9 (2013) (3) E:%51,3*(Sayı: 177 100) K:%39,7* (Sayı: 136 700) -

* WHO. Global status report on noncommunicable diseases-2010

fazla kilo/obezite, hiperglisemi ve hiperlipidemi gibi metabolik/fizyolojik değişikliklere yol açabilmektedir. Raporda risk etmenleri davranışsal risk etmenleri ve metabolik/fizyolojik risk etmenleri olarak iki grupta toplanmıştır (2).

Davranışsal risk etmenleri

Tütün kullanımı: Tütün kullanımı ve pasif içicilik nedeniyle Dünya’da her yıl yaklaşık altı milyon kişi ölmektedir. Sigara kullanımının, akciğer kanserlerinin yaklaşık %71’inden, kronik solunum yolu hastalıklarının %42’sinden ve kardiyovasküler hastalıkların %10’undan sorumlu olduğu tahmin edilmektedir.

Raporda, sigara kulanma prevalansının Avrupa Bölgesi’nde en yüksek (%29) olduğu, erkeklerde en yüksek prevalansın (%46) Batı Pasifik Bölgesi’nde, kadınlarda ise Avrupa Bölgesi’nde (%20) olduğu belirtilmektedir. Erkekler arasında en fazla sigara kullanımı insidansı alt-orta gelirli ülkelerde görülmektedir. Ülkelerin gelir düzeyi azaldıkça erkeklerin tütün kullanım sıklığı azalırken, kadınlarda tam tersi bir durum seyretmektedir (2). Ülkemizde toplumda sigara içme sıklığını belirlemeye yönelik yapılan çalışmaların sonuçları Şekil 1’de sunulmuştur (6-9).

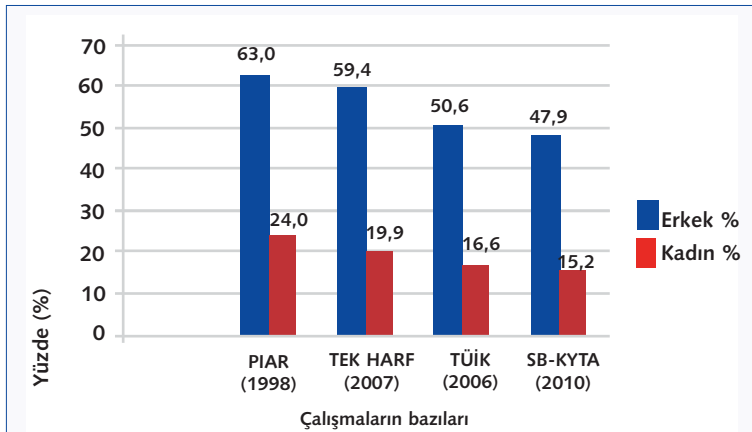
Ülkemizde sigara içme sıklığını belirlemeye yönelik yapılan çalışmalarda ülkeyi temsil etme ve sigara içme tanımına yönelik kısıtlılıklar olmakla birlikte, sigara içme yıllara göre incelendiğinde hem genel toplumda hem de cinsiyete göre değerlendirmede giderek düşüğü görülmektedir. Ancak, erkeklerde

sigara kullanımı prevalansının çok yüksek olduğu görülmektedir. Çalışma sonuçlarına göre sigara içmedeki azalma eğiliminin kontrol programları ile daha hızlı olacağı beklenmektedir (10). Ülke çapında başarıya ulaşmak için bu programların sürdürülmesi, güçlendirilmesi ve değerlendirilmesi önemlidir.

Fiziksel aktivite yetersizliği: Hareketsizlik nedeniyle her yıl 3,2 milyon kişi ölmektedir. Fiziksel aktivite yetersizliği haftada beş kez 30 dakika orta şiddetli aktiviteden az ya da haftada üç kez 20 dakika yüksek şiddetli aktiviteden daha az fiziksel aktivite yapılması olarak tanımlanmaktadır. Her yıl yaklaşık 32,1 milyon yeti yitimine göre düzeltilmiş yaşam yılının (Disability Adjusted Life Years; DALY) yetersiz fiziksel aktiviteye bağlı olduğu belirtilmektedir. Yetersiz fiziksel aktivite yapanlarda tüm nedenlere bağlı mortalite riski %20-30 oranında artmaktadır. Fiziksel aktivite yetersizliği en fazla yüksek gelirli ülkelerde görülmektedir. Ancak tüm ülkelerde fiziksel aktivite yetersizliği kadınlarda erkeklere göre daha fazladır (2).

Ülkemizde 1990-2000 yılları arasında 20 yaş üstü toplumda yapılmış bir çalışmada hem erkeklerde hem de kadınlarda yeterli düzeyde fiziksel aktivite sıklığının yıllara göre giderek azaldığı, bu azalmanın kadınlarda daha fazla olduğu saptanmıştır (6). Ulusal Hane Halkı Araştırmasında (UHHA 2003) Türkiye’de nüfusun %20,3’ünün sedanter yaşadığı, %15,9’unun yetersiz düzeyde fiziksel aktivitede bulunduğu, kadınlarda bu oranların daha yüksek olduğu saptanmıştır (11). Kentleşme ve teknolojinin ilerlemesiyle birlikte fiziksel aktivite yetersizliği ülkemizde de giderek artmaktadır. Bunun anlamı BOH riskinin de giderek artması demektir.

Alkolün zararlı kullanımı: Her yıl yaklaşık 2,3 milyon kişi alkolün zararlı kullanımından dolayı ölmektedir ve bu sayı Dünya’daki tüm ölümlerin yaklaşık %3,8’i demektir. Bu ölümlerin yarısından fazlası kanser, kardiyovasküler hastalık ve karaciğer sirozu gibi BOH’dan kaynaklanmaktadır. Alkol tüketimi ülkelerin kültürüyle doğrudan ilişkilidir, bu nedenle alkol tüketiminde ülkeler arasında farklılık görülmektedir (2). Beslenme ve sağlık araştırmasında ülkemizde



Şekil 1. Türkiyede yapılan bazı çalışmalarda cinsiyete göre sigara içme sıklığı

alkol kullanımı prevalansı erkeklerde %17,2, kadınlarda %3,8, toplamda ise %10,4 olarak saptanmıştır (12). Türkiye’de yapılan ülkemizi temsil eden bir çalışmada sık ve çok miktarda alkol içenlerin prevalansı kırsal alanda %0,5 iken, kentsel alanda %0,2 olduğu saptanmıştır (11). Ülkemizde alkol kullanımı sık görülen riskli davranışlar arasında bulunmamaktadır. Ancak miktar olarak fazla ve sık alkol kullanan bireyler ya da gruplar belirlenerek alkolün zararlı kullanımına yönelik önlemler alınması yerinde bir girişim olabilir.

Sağlıksız beslenme: Beslenme kaynakları ve veri türlerinin farklılıklarından dolayı sağlıksız beslenme prevalansını belirlemek oldukça güçtür. Dünyada yaklaşık 16 milyon DALY ve 1,7 milyon ölüm, düşük meyve ve sebze tüketiminden kaynaklanmaktadır. Yeterli meyve ve sebze tüketiminin kardiyovasküler hastalık, mide ve kolorektal kanser riskini azalttığı, yağ ve şeker bakımından zengin, işlenmiş gıdalar gibi yüksek enerjili gıdaların fazla tüketiminin obeziteyi artırdığına yönelik bulgular olduğu belirtilmektedir (2). Türkiye’de yapılan Küresel Hastalık Yüklü çalışmasında yetersiz sebze ve meyve tüketimine atfedilen hastalık yükünde iskemik kalp hastalıkları (atfedilen DALY’nin %70,3’ü) ve serebrovasküler hastalıklar (atfedilen DALY’nin %19,8’i) önde gelmekte, ardından kanserler gelmektedir (5).

Tüketilen tuz miktarı kan basıncı düzeyleri ve kardiyovasküler hastalık risklerinin önemli bir belirleyicisidir. Kardiyovasküler hastalığı önlemek için DSÖ tarafından kişi başı günlük

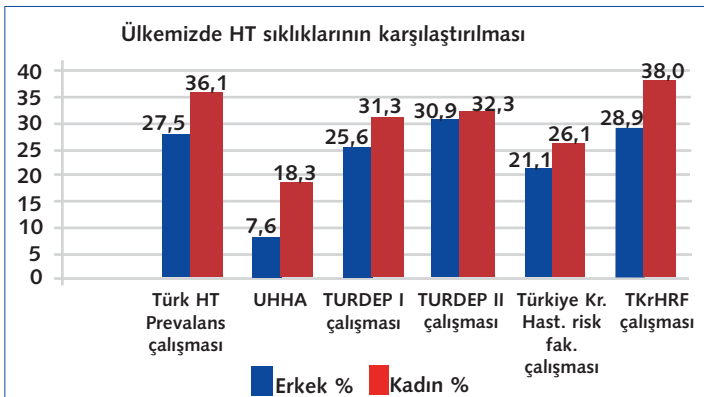
önerilen tuz kullanımı 5 gramın altındadır. Bugün Dünya çapında 9-12 gram arasında olan yemek tuzu alımının, gün başına 5 gram düzeyine indirilmesinin hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalıkların azalmasında etkisi olacağı belirtilmektedir (2). Bireye ve topluma yönelik olarak tuzu kısıtlama politikaları hakkında farkındalık yaratılması BOH’u önlemede önemli bir adım olabilir.

Doymuş yağ ve trans yağın koroner kalp hastalığı riskini artırdığı, bunların yerine tekli doymamış ve çoklu doymamış yağ kullanılmasının bu riski azalttığına yönelik bulgular vardır (2). Ülkemizi temsil eden çalışmalarda yağ tüketim sıklığıyla ilgili veri bulunmamaktadır. Kayseri’de toplumu temsil eden ve büyük bir örnekte yapılmış bir çalışmada, çalışmaya katılanların %67,7’sinin yağ türü olarak bitkisel yağ tükettikleri saptanmıştır (13). İzmir’de 30 yaş üstü bireylerde yapılan bir kohort çalışmada katılımcıların yarısından fazlasının zeytinyağı tükettikleri belirlenmiştir (erkeklerde %52,7, kadınlarda %53,0) (14).

Kalp damar hastalıkları ve bazı kanser türlerine yönelik mücadelede günde beş porsiyon meyve ve sebze tüketimi önerilmektedir (15). UHHA çalışmasında, 18-24 yaş grubunda ortalama günde 1,7 porsiyon meyve ve 1,5 porsiyon sebze tüketildiği bulunmuş, 55-64 yaş grubunda en yüksek meyve ve sebze tüketiminin olduğu saptanmıştır (11). Beslenme ve Sağlık Araştırması’nda ülkemizde günde iki ya da daha fazla öğün meyve tüketim sıklığının %9,8, bu oranın erkeklerde %8,8, kadınlarda ise %10,8 olduğu, günde iki ya da daha fazla sebze ya da salata tüketim sıklığının ise erkeklerde %11,5, kadınlarda %14,4, toplamda ise %13,0 olduğu saptanmıştır (12). Bu bulgulardan anlaşıldığı gibi sebze ve meyve çeşitliliği açısından zengin bir ülke olmamıza karşın, meyve ve sebze çeşitliliğimizden toplum olarak yeterince yararlanamamaktayız.

Metabolik/fizyolojik risk etmenleri

Hipertansiyon: Tüm Dünya’da hipertansiyonun 7,5 milyon kişide ölüme neden olduğu belirtilmektedir. Bu sayı yıllık toplam ölümlerin %12,8’i demektir. Hipertansiyon; koroner kalp hastalığı, iskemik



Şekil 2. Türkiye’de yapılan bazı çalışmalarda cinsiyete göre hipertansiyon sıklığı (6,11,16,17,18)

ve hemorajik felcin temel risk etmenidir. Ülkelerin gelir gruplarına göre düşük, alt-orta gelirli ve üst-orta gelirli ülkelerde hipertansiyon prevalansının yüksek olduğu ve her iki cinsiyet için yaklaşık %40'lık bir sıklıkta olduğu bulunmuştur. Sistolik ve diyastolik kan basıncının tedavi edilerek 140/90 mm Hg'nin altına düşürülmesi kardiyovasküler komplikasyonlarda azalmayı sağlamaktadır (2).

Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması'nda hipertansiyona atfedilen, yani hipertansiyonun kontrol altına alınması ile önlenen ölüm sayıları iskemik kalp hastalıklarında 50.717, serebrovasküler hastalıklarda 39.731, hipertansif kalp hastalıklarında ise 11.503'tür. Toplam önlenen ölüm sayısı 10.468 olup tüm ölümlerin %25,2'sini oluşturmaktadır (5).

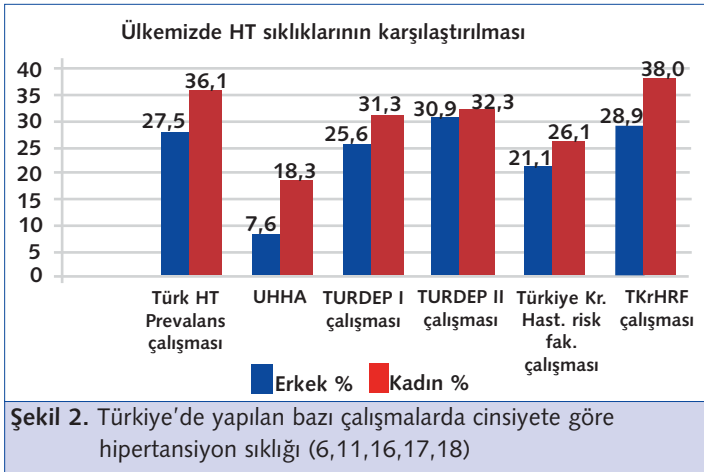
Türkiye'de hipertansiyon sıklığının belirlenmesine yönelik yapılan çalışmaların bazılarının sonuçları Şekil 2'de sunulmuştur. Yapılan çalışmaların tüm toplumu temsil etmemesi ve standart yöntemlerin kullanılmaması gibi kısıtlılıkları olmakla birlikte, kadınlarda erkeklerden daha fazla hipertansiyon olduğu görülmektedir. Bir çalışmada hipertansiyonu olan erkeklerin yaklaşık yarısının, kadınların ise üçte ikisinin hastalığının farkında olduğu saptanmıştır (16).

Fazla kilo ve obezite: Fazla kilo ve obezite yüzünden her yıl dünyada en az 2,8 milyon kişi ölmektedir. Koroner kalp hastalığı, inme, diyabet, meme, kolon-rektum, endometriyum, böbrek, özofagus ve pankreas kanseri riski beden kütle indeksinin (BKİ) artmasıyla birlikte

giderek artmaktadır. DSÖ'nün raporunda Avrupa, Doğu Akdeniz ve Amerika Kıtası bölgelerinde kadınların %50'sinden fazlasının fazla kilolu olduğu belirtilmektedir. Fazla kilo ve obezitedeki en hızlı artışın alt ve üst-orta gelir grubunda olduğu görülmektedir (2).

Ülkemizde 1990 yılında yapılan bir çalışmada erkeklerin %12, kadınların ise %32'sinin obez (BKİ ≥ 30 kg/m²) olduğu saptanmıştır (6). TURDEP II çalışmasına göre Türkiye'de obezite sıklığı %32'dir. Bu çalışmada erkeklerde kilo fazlalığının, kadınlarda ise obezitenin daha yaygın olduğu saptanmış, aynı çalışmada TURDEP I çalışmasına göre obezite sıklığının %44 arttığı bulunmuştur (16). İzmir'de 30 yaş ve üzeri toplumda büyük bir örnekle yapılmış bir çalışmada erkeklerde BKİ ortalaması 28,0 kg/m², kadınlarda ise 29,6 kg/m² olduğu saptanmış, yine aynı çalışmada obezite sıklığı erkeklerde %29,4, kadınlarda %44,2 olduğu, kadınların yaşı arttıkça obezite sıklığının da arttığı saptanmıştır. Çalışmaya katılan obez (BKİ'si ≥ 30 kg/m²) olan kadınların, 30-44 yaş grubunda %25,9, 45-54 yaş grubunda %44,1, 55-64 yaş grubunda %58,7, 65-74 yaş grubunda %63,5, 75+ yaş grubunda %53,7 olduğu saptanmıştır (19).

Yüksek kolesterol: Yüksek kolesterolün her yıl 2,6 milyon ölüme neden olduğu tahmin edilmektedir. Raporda, yüksek kolesterol düzeylerinin, kalp hastalığı ve inme risklerini artırdığı belirtilmekte, yüksek kolesterol düzeyinin en fazla yüksek gelir grubunda olan ülkelere görüldüğü belirtilmektedir (2). Ülkemizde toplam kolesterol düzeylerinin kadınlarda daha yüksek olduğu bulunmuştur (6). Başka bir çalışmada toplam kolesterol ortalamasının kadınlarda 211 mg/dl, erkeklerde 208 mg/dl olduğu saptanmıştır (19). Türkiye Hastalık Yüğü çalışması sonuçlarına göre yüksek kolesterol düzeyleri tüm hastalık yükünün %5,2'sini oluşturmaktadır. Yüksek kolesterolün önlenmesi ile iskemik kalp hastalıklarına bağlı 41 226 ölümün, iskemik inmeye bağlı 7.802 ölümün önlenebileceği belirtilmektedir. Yine aynı çalışmada yüksek kolesterolün kontrol altına alınmasıyla hem her iki cinsiyette hem de genel toplamda ölümlerin %11,4'ünün önlenebileceği hesaplanmıştır (5).

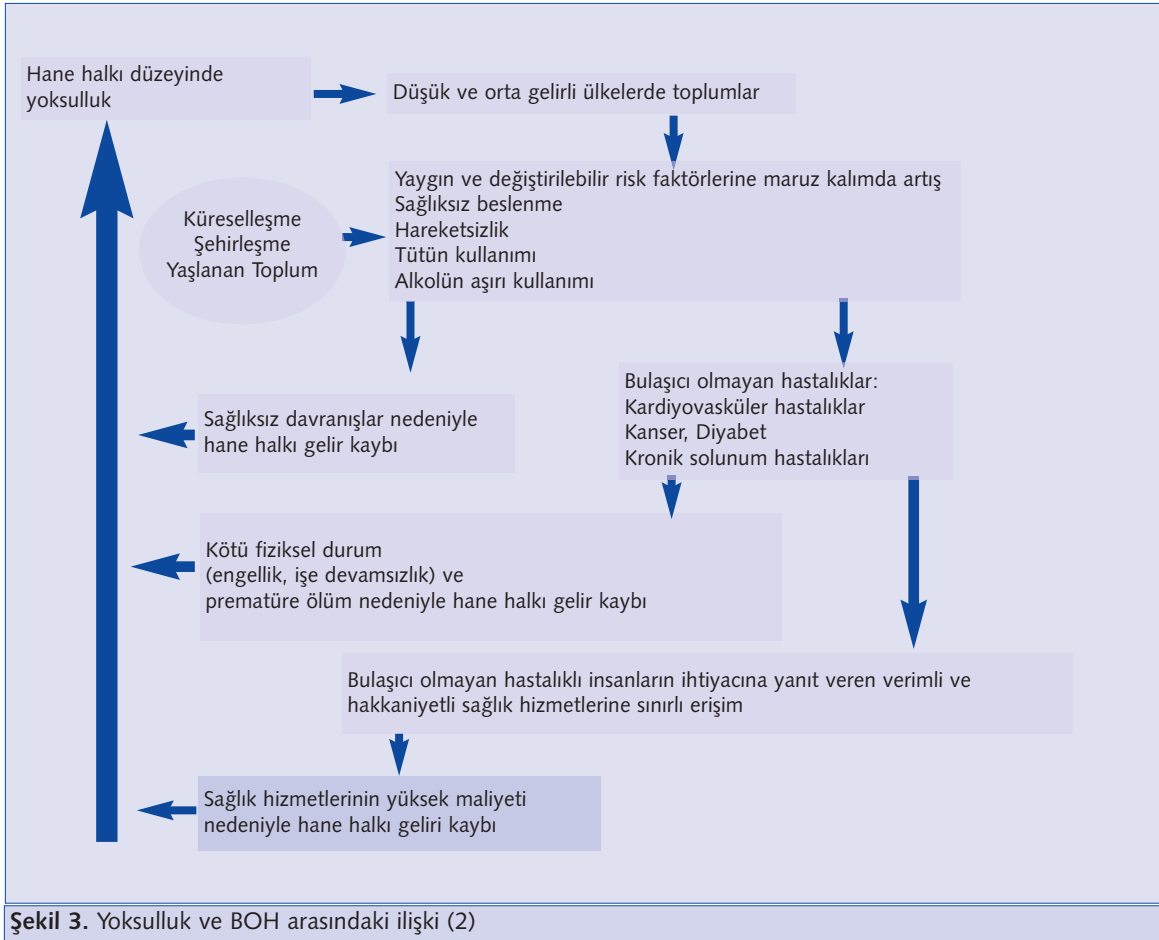


Kanserle ilişkili enfeksiyonlar: Özellikle düşük ve alt-orta gelirli ülkelerde yüksek insidans ve mortalite gösteren serviks, karaciğer, mide kanserlerinin çoğunlukla kronik enfeksiyon kaynaklı olduğu belirtilmektedir. Her yıl, bazı kronik enfeksiyonlara bağlı olarak yaklaşık iki milyon kanser olgusu ortaya çıkmaktadır; kronik enfeksiyonlara bağlı kanser olgularının düşük gelirli ülkelerde daha fazla olduğu tahmin edilmektedir. Belirli kanserlere neden olan temel enfeksiyöz ajanlarının insan papillom virüsü (HPV), Hepatit B virüsü, Hepatit C virüsü ve Helikobakter pileri olduğu saptanmıştır. Belirtilen enfeksiyonların, aşılarla ve bulaşmayı önleyen koruyucu yöntemlerle çoğunlukla önlenildiği ya da tedavi edilebildiği bilinmektedir (2). DSÖ, nüfusa dayalı HPV araştırmalarına göre kadınlarda servikal HPV enfeksiyonu prevalansının ülkelere ve bölgelere göre on kattan fazla değişkenlik gösterdiğini belirtmektedir. Bazı bölgelerde prevalans %3'ten az, bazı bölgelerde ise %25'ten fazladır (20).

Ülkemizde tüm toplumu demografik ve coğrafi olarak temsil eden, güvenilir verinin elde edildiği ve belli sürelerde yinelenen çalışmalar konusunda kısıtlılıklar bulunmaktadır. Sürveyans sistemi üzerinden risk faktörlerini izleyebilmek için standardize göstergeler belirlenmeli, davranışsal ve metabolik risk faktörlerini izlemek için yineleyen ulusal çalışmalar yapılmalı ve bu çalışmaların sonuçlarına göre halkın farkındalığının ve katılımının sağlandığı etkin girişimler planlanmalıdır.

Bölüm 2. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kalkınma

Raporda BOH'un hem bireysel hem de hane halkı yoksullaşmasını artırarak sosyal ve ekonomik kalkınmayı engellediği, ülkelere sosyoekonomik açıdan büyük yük getirdiği belirtilmektedir. Düşük ve orta gelirli ülkelerde hızla büyüyen BOH yükü; küreselleşme, hızlı ve plansız kentleşme ve dolayısıyla giderek artan hareketsiz yaşam tarzıyla paraleldir.



Ülkelerin çoğu BOH'dan korumaya yönelik politika, mevzuat, hizmet sunumu ve altyapıya sahip değildir (2). BOH'un sağlık sistemine maliyetinin yüksek olduğu ve bu maliyetin daha da artacağı tahmin edilmektedir. Şekil 3'te yoksullukla BOH'un doğrudan ilişkisi olduğu gösterilmektedir. Yoksul ülkelerde sağlık bakımı maliyetinin çoğunluğu hastalar tarafından cepten ödenmektedir. Böylece hane bütçelerine özellikle düşük gelirli ailelerin bütçelerine olan yük artmaktadır. Raporda her yıl tahmini olarak yaklaşık 100 milyon kişinin, sağlık hizmetleri için doğrudan ödeme yapmak zorunda kaldığı için yoksullukla mücadele ettiği vurgulanmıştır (2).

Rapor, BOH'un sosyoekonomik etkilerinin, Binyıl Kalkınma Hedefleri (BKH)'ne doğru ilerlemeyi de etkilediğini açıklamaktadır. BKH'nin dördüncüsünde binde 93 olan beş yaş altı çocuk ölümlerinin binde 31'e indirilmesi hedeflenmiştir. Beşinci hedefte anne ölüm oranını dörtte üç oranında düşürmek ve üreme sağlığına ulusal erişimi sağlama amaçlanmıştır (21). Raporda BOH'un BKH'nin dördüncü ve beşinci hedefleriyle yakından ilişkisi olduğu belirtilmektedir (2).

BKH'nin sekizincisinde kalkınma için küresel bir ortaklık kurmak hedeflenmiştir (21). Raporda gelişmekte olan ülkelerde maliyeti karşılanabilir temel ilaçlara erişim sağlandığı vurgulanmaktadır. Ancak temel ilaçlara erişimi sağlamaya yönelik uluslararası çabaların çoğunluğu AIDS, tüberküloz ve sıtmaya ayrılmaktadır. BOH epidemisi yoksulluğu azaltma çabalarını engellemekte, toplumların sosyoekonomik kalkınmaya ayırabilecekleri kaynakları azaltmaktadır (2). Ülkemizde sıtma ve HIV/AIDS mortalite ve morbiditesi hakkında kesin veri bulunmamakta (22), bu hastalıkların ülke ekonomisine maliyeti de kesin olarak bilinmemektedir. Sağlık Bakanlığı'nın stratejik plan değerlendirmesinde tüberküloz tedavisinde başarı oranının 2000 yılında %73 iken 2008 yılında %92'ye ulaştığı belirtilmektedir. Yeni HIV/AIDS ile sıtma sayılarının giderek azaldığı AIDS insidansı bakımından düşük insidanslı ülkeler arasında olduğumuz, son beş yılda ülkemizde sıtmadan ölümün olmadığı belirtilmektedir (23). Bu

veriler artık ülke ekonomisinden BOH'a daha fazla kaynak ayrılabilceği şeklinde yorumlanabilir.

Bölüm 3. BOH'un ve Risk Faktörlerinin izlenmesi: Sürveyans

Bulaşıcı olmayan hastalık sürveyansı; bir ülkenin BOH hastalık yükü, risk altındaki toplumu, BOH'a bağlı mortalite, morbidite, risk faktörlerine yönelik verilerin sistematik olarak toplanması ve analiz edilmesidir. Sürveyans, zamanla değişen sağlık sonuçları ve risk etmenlerinin eğilimlerini takip edebilmeye yaramaktadır (2,24). Raporda sürveyansın politika ve program geliştirilmesinde, BOH'un önlenmesi ve kontrolüne yönelik uygun mevzuat için gereken bilgilerin sunulmasında, politika ve programların uygulanmasının izlenmesi ve değerlendirilmesinde oldukça önemli bir yeri olduğu açıklanmaktadır (2). Raporda ülkelerin çoğunda kullanılabilir mortalite verisinin az olduğu ve sürveyans sistemlerinin zayıf olduğu, BOH'a yönelik verilerin genelde ulusal sağlık bilgi sistemlerine entegre olmadığı belirtilmektedir. BOH sürveyansının risk etmenlerinin izlenmesi, sonuçların izlenmesi, sağlık sistemi yanıtları olmak üzere üç zorunlu bileşenin olduğu, bu bileşenleri tüm ülkelerin kurması ve güçlendirmesi gerektiği belirtilmektedir (2).

DSÖ, üye ülkelere verilerinin standardize bir yöntemle toplanması ve analiz edilebilmesi amacıyla kronik hastalık risk faktörlerinin sürveyansı yaklaşımını önermektedir. Sürveyans sürecinin aşamaları sırasıyla risk etmenlerinin belirlenmesi, risk etmenlerinin saptanmasına yönelik araştırma planlanması, verilerin toplanarak girişinin yapılması, bulguların değerlendirilmesi ve elde edilen bulgulara göre eylem planlarının oluşturulmasıdır (25).

Sağlık Bakanlığı tarafından son on yılda pek çok program ve politika geliştirilmiş olup, bu politikaların uygulanması henüz tam olarak başarılı olmuş değildir. Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen BOH önleme ve kontrol politikalarının ağırlıklı olarak DSÖ karar ve önerileri ile tutarlı olduğu belirtilmektedir

(15,18,26). Ülkemizde BOH'u önlemeye yönelik politikalar var olmasına karşın sağlık sistemi, örgütlenme ve hizmet sunumu gibi alanlarda eksiklikler bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı 663 sayılı kanun hükmünde kararname sonrasında yeniden yapılanmıştır. Yeni yapılanmada gerek kadro gerekse fiziki sorunların çözülememesi nedeniyle koordinasyon eksikliği ve bazı yönetsel sorunlar bulunmaktadır. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun oluşturulması ve bu kuruma bağlı olarak Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Programlar ve Kansere başlıklı bir yapının oluşturulması olumlu bir gelişmedir (18). BOH sürveyansına yönelik pek çok alanda umut vaat eden sağlıkta dönüşüm programının, izleme indikatörlerinin eksikliği, farklı veri sistemleri olan Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS) ve hastane bilgi sistemleri arasında entegrasyonun olmaması ve AHBS'de toplanan verinin toplum sağlığı merkezleri ve illerde değerlendirme ve izleminin yapılamıyor olması gibi temel sorunları vardır. Birinci basamakta çalışan sağlık işgücü yetersizliği, aile hekimleri ve sağlık personelinin iş yükünün fazla olması, önceliğin tedavi hizmetlerine ayrılması gibi nedenlerle BOH tanısı ve izlemi, risk faktörlerinin izlemi ile ilgili bilgi ve motivasyon eksikliği gibi sorunlar devam etmektedir (27).

Bölüm 4. Risklerin Azaltılması ve Hastalığın Önlenmesi: Toplumun Geneline Yönelik Girişimler

Raporda toplumun geneline yönelik BOH'u önleme girişimlerinin hem gerçekleştirilebilir hem de maliyet etkin olduğu, ülkenin gelir düzeyinin bu girişimlerde engel oluşturmadığı açıklanmaktadır. En karlı uygulamalar (best buys) ve iyi uygulamalar (good buys) kavramları BOH'u önleme girişimlerinin maliyet etkinliğine ve diğer bilgilere dayanılarak tanımlanmıştır. En karlı uygulama yalnızca yüksek maliyet etkin olmakla kalmayıp aynı zamanda ucuz, uygulanabilir ve kültürel olarak uygulanması kabul edilebilir bir girişimdir. İyi uygulamalar ise daha fazla maliyeti olan ya da daha az sağlık kazanımı veren fakat maddi açıdan yine iyi değer sağlayan diğer girişimlerdir. Çoğu girişimin maliyet etkin olduğu, ancak bazılarının "en karlı uygulamalar" olduğu; bunların kurtarılan

yaşamlar, önlenen hastalıklar ve ağır maliyetler bakımından hızlı sonuçlar almak için acil uygulanması gerektiği belirtilmiştir (2). Tablo 2'de BOH'un önlenmesine yönelik tüm ülkelere önerilen en karlı uygulamalar ayrıntılı olarak gösterilmiştir (2).

Ülkemizde, hazırlanan kalp damar hastalıklarını önleme ve kontrol programı, diyabet kontrol programı, obezite kontrol programı, ulusal kanser kontrol programı ve tütün kontrol programları toplumun geneline yönelik girişimler içermektedir. Risklerin azaltılmasına yönelik tütün kullanımının önlenmesi ve Hepatit B aşısı uygulamasına yönelik girişimler ülkemizde son yıllarda başarılı olarak uygulanan en karlı uygulamalardır. Ancak, obezite, fiziksel hareketsizlik ve sağlıklı beslenme konusunda toplumun geneline yönelik girişimler çok kısıtlı sayıda kalmıştır.

Bölüm 5. Sağlık Bakımının İyileştirilmesi: Bireysel Sağlık Bakımı Girişimleri

Raporun bu bölümünde, ülkelerin sağlık bakımı sistemlerinin BOH'lu bireyler ya da BOH bakımından yüksek riskli bireylere yönelik girişimler yapılması konusunda sorumluluğu olduğu belirtilmektedir. Yüksek gelirli ülkelerden elde edilen bulgulara göre, bireylere yönelik girişimlerin uygun ve düşük maliyetli olduğu saptanmıştır. Günümüzde, çoğu düşük ve orta gelirli ülkelerde BOH'a yönelik sağlık bakımının temel dayanağı, hastane merkezli akut bakım olduğu bilinmektedir. Raporda, birinci basamakta sunulan sağlık hizmetleri kapsamının BOH'a yönelik girişimleri kapsayacak şekilde genişletilmesinin, tüm sağlık sistemini güçlendirme girişimindeki en önemli adım olduğu belirtilmektedir (2).

Raporda BOH epidemisine yönelik mücadelede bireye yönelik girişimlerde stratejik hedefin uygun maliyetli ve sürdürülebilir sağlık bakımı girişimleri kullanılarak erken tanı ve bakımın sağlanması gerektiği önerilmektedir. Bireysel sağlık bakımı girişimlerinde, 10 yıl içinde kardiyovasküler hastalık gelişme riski %30 ve üzerinde olan 30 yaş ve üstündeki bireylere erken tanı-tedavi ya da danışmanlık, diyabet için glisemik kontrol, danışmanlık ve çoklu ilaç tedavisi, akut miyokard enfarktüsünün

Tablo 2. Bulaşıcı olmayan hastalıkların risk etmenlerine yönelik girişimler: en karlı uygulamalar (2)

Risk etmeni (milyon DALY, küresel yük %)	Girişimler	Kaçınılabılır yük (önlenebilir DALY)	Maliyet etkinlik (a)	Uygulama maliyeti (b)	Uygulanabilirlik
Tütün kullanımı (>50m DALY %3,7 küresel yük)	Bireylerin tütün dumanından korunması* Tütünün tehlikeleri hakkında bireylerin uyarılması* Tütün reklamı yasağının teşviki* Tütün vergilerinin artırılması* Sigara içenlere danışmanlık teklif edilmesi+	Birleştirilmiş etki: 25-30m önlenebilir DALY (> %50 tütün yükü)	Çok maliyet etkin	Çok düşük maliyetli	Oldukça uygulanabilir (TKÇS)
Alkolün zararlı kullanımı (>50m DALY %4,5 küresel yük)	Parakende satışa erişimin kısıtlanması* Alkol reklam yasaklarının artırılması* Alkol vergilerinin artırılması* Alkollü araç kullanımına yönelik yasaların güçlendirilmesi (solunum testi) + Aşırı alkol kullanımının zararlarının anlatılması + Tuz alımının azaltılması* Doymuş yağ yerine doymamış yağların kullanılması* Beslenme konusunda halkın farkındalığının artırılması* + +	Birleştirilmiş etki: 5-10m önlenebilir DALY (%10-20 alkol yükü)	Çok maliyet etkin	Çok düşük maliyetli	Uygulanabilir (birincil bakım)
Sağsızsız beslenme (15-30m DALY %1-2 küresel yük)	Çocuklara yönelik gıda ve içecek pazarlamasının kısıtlanması + Gıda vergileri ve sübvansiyonlarının ayarlanması + Birincil bakım danışmanlığı + Okullarda sağlıklı beslenme eğitimi + İşyerlerinde sağlık eğitimi +	Tuz alımının azaltılmasının etkisi: 5 milyon önlenebilir DALY	Çok maliyet etkin Çok maliyet etkin (daha fazla çalışmaya gereksinim var)	Çok düşük maliyetli Çok düşük maliyetli	Sektörlerarası işbirliğiyle uygulanabilir (birincil bakım) Uygulanabilirliği yüksek
Fiziksel hareketsizlik (>30m DALY %2,1 küresel yük)	Fiziksel aktivite eğitimi (kitle iletişim)* + + Toplumun fiziksel aktiviteye teşvik edilmesi + Aktif ulaşımın desteklenmesi + Birincil basamakta danışmanlık + İş yerinde fiziksel aktivitenin teşvik edilmesi + Okullarda fiziksel aktivitenin teşvik edilmesi +	Küresel değerlendirme yok	Çok maliyet etkin Küresel değerlendirme yok Oldukça maliyet etkin Daha az maliyet etkin	Çok düşük maliyetli Küresel değerlendirme yok Yüksek maliyetli Oldukça düşük maliyetli	Uygulanabilirliği yüksek Sektörlerarası işbirliğiyle uygulanabilir (birincil bakım) Uygulanabilir (birincil bakım) Uygulanabilirliği yüksek
Enfeksiyon	Hepatit B aşısıyla karaciğer kanserinin önlenmesi*	Küresel değerlendirme yok	Çok maliyet etkin	Çok düşük maliyetli	Uygulanabilir (birincil bakım)

*En karlı uygulamalar + İyi uygulamalar + + İki girişim birlikte uygulandığında en karlı uygulama

(a) Önlenebilir DALY (Çok: <kişi başı GSMH; Oldukça: <3kişi başı GSMH; Az: >3kişi başı GSMH) DALY: Yeti yitimine göre düzeltilmiş yaşam yılı

(b) Kişi başı ödenen \$ (Çok düşük: <0,50 \$, Oldukça düşük: <1 \$, Yüksek >1 \$)

önlenmesinde aspirin tedavisi, 40 yaşında bir kez serviks kanseri taraması yapılması ve saptanan lezyonların tedavisi en karlı uygulamalardır. Uygun maliyetli yaklaşımlar ise 50-70 yaş grubu kadınlara mamografi yapılması, kolorektal kanser ve ağız kanserlerinin erken tanı konarak tedavi edilmesi, inhale kortikosteroidler ve beta 2 agonistlerle persistan astım tedavisidir (2).

Ülkemizde bireysel sağlık bakımı girişimleri kapsamında, kardiyovasküler hastalık riski ve diyabet riski olan bireylerin kontrolü ve izlemi sağlık sistemi kapsamında sistematik duruma getirilememiş olup, hekimlerin inisiyatifi doğrultusunda bireysel olarak yürütülmektedir. Meme, serviks ve kolorektal kanser erken tanı ve tedavisinin tüm ülkeye hizmet edebilecek şekilde yapılandırılmış olan KETEM'ler aracılığıyla yürütülmesi planlanmıştır. KETEM planlamasında tüm toplumdaki risk grubunu hedefleyen bir hizmet sunumu planlanmıştır. Ancak uygulamada bu gerçekleştirilememiş olup KETEM'ler başvuranlara hizmet eden kurumlara dönüşmüştür. Özetle söylemek gerekirse sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizliklerin yaşandığı ülkemizde bireysel bazı koruyucu sağlık bakımı girişimleri yetersizdir.

Bölüm 6. BOH'la Mücadele: Ülkelerin Yanıt Verme Kapasitesi

Raporda etkili BOH girişimlerinin sağlanmasının ülkenin sağlık sisteminin kapasitesine bağlı olduğu belirtilmiştir. DSÖ tarafından 2000 ve 2010 yıllarında üye devletlerde BOH'u önleme ve kontrol kapasitesini değerlendirmek için çalışmalar yapılmıştır. Elde edilen veriler üzerinden ülkelerin yanıt verme kapasiteleri incelenmiştir. Çoğu ülkede BOH ve risk etmenleriyle mücadele etme amaçlı strateji, plan ve kılavuzlar geliştirilmiş, sağlık sistemi içinde BOH'a yönelik birimler kurulmuş ve finansman ayrılmıştır. Raporda ne yazık ki pek çok ülkede bu ilerlemelerin tam anlamıyla işlevsel olmadığı, yalnızca kağıt üzerinde kaldığı ve kapasitelerinin yeterli girişimi sağlayacak düzeyde olmadığı belirtilmektedir (2).

Ülkemizde son yıllarda BOH'u önlemeye yönelik pek çok plan, program ve eylem planı oluşturulmuştur. Bunlardan bazıları şöyledir:

“Türkiye Kalp Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı”, “Tütün Kontrol Programı”, “Kanser Kontrol Programı”, “Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı”, “Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı-Eylem Planı 2009-2013”, “Ulusal Gıda ve Beslenme Eylem Planı”, “Türkiye Obezite ile Mücadele Programı ve Ulusal Eylem Planı 2008-2012”, “Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı 2010-2014”. Ek olarak, “Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi” kapsamında 4207 sayılı “Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun”unun çıkarılması, program ve stratejilerin gerçekleşmesinde koordinasyon sağlanabilmesinde önemli yeri olan Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Programlar ve Kanser biriminin kurulmuş olması önemli adımlardır (15,26,28). Sağlık Bakanlığı tarafından Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi'yle (2009-2013) sağlık hizmetlerine erişimde kolaylık sağlandığı, ayrıca Hastane Bilgi Sistemi ve AHBS, Minimum Sağlık Veri Seti oluşturulmasıyla sürveyansa yönelik bilgilerin sağlanabildiği belirtilmektedir (26,28). 2013 yılında ülkemizde kronik hastalıkların önlenmesi ve kontrolüne yönelik yol haritası çizmek ve BOH'la mücadele edebilmek için ulusal düzeyde Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması yapılmıştır. Bu çalışmada sürveyansa, veri kayıt ve bilgi sistemlerine yönelik altyapı eksikliği sorunları olduğu da saptanmıştır (18).

Ülkemizde BOH ve risk etmenleriyle mücadele amacıyla strateji, plan ve kılavuzlar geliştirilmiş, sağlık sistemi içinde BOH'a yönelik birimler kurulmuştur. Ancak finansman sorunları olduğundan ve planların uygulaması tam anlamıyla işlevsel olmadığından ülkemizin BOH'la mücadelede yanıt verme kapasitesinin yeterli düzeyde olmadığı görülmektedir.

Bölüm 7. Önümüzdeki Yol: Kanıtlara ve Çıkarılan Derslere Dayalı Uygulamalar

Raporun son bölümünde, ülkelerin bu hastalıkların ilerleyişini tersine çevirebileceği vurgulanmaktadır. Ulusal BOH programlarının sürveyans, önlem ve sağlık bakımı olmak üzere üç bileşenine ilişkin önlemler alınır olumlu çıktıkların elde edilebileceği belirtilmiştir (2).

BOH epidemisini tersine çevirmede toplumu bütün olarak hedefleyen, hem önlem hem de tedavi girişimlerini içeren kapsamlı bir yaklaşım olması gerektiği, sektörler arasında destek ve işbirliği sağlanması gerektiği, BOH sürveyansı ve izleminin ulusal sağlık bilgi sistemlerine entegre edilmesi gerektiği, birinci basamağın kapasitesinin güçlendirilmesi temeline dayanan reformlarla sağlık sistemi performansının artırılması gerektiği, en karlı uygulamalarla toplumun geneline yönelik girişimlerin bireysel sağlık girişimleriyle tamamlanması gerektiği, sürdürülebilir kalkınmanın benimsenmesi ve BOH'u önleme ve kontrol çabalarını desteklemede sivil toplum örgütleri ve özel sektörün paydaş olması gerektiği vurgulanmaktadır.

Ülkemizde BOH'u önlemeye yönelik yukarıda sayılan programların oluşturulması olumlu bir gelişmedir (26,28). Raporda belirtilen kanıtlara dayalı uygulamalar gerçekleştirilebilirse ülkemizde BOH büyük ölçüde önlenabilir. Ancak bu konuda bireylerin, toplumun, kurumların, örgütlerin, politika yapıcılarının ve uygulayıcıların, gerek birinci basamak gerekse diğer alanlarda çalışan tüm sağlık personelinin de sorumlu olduğu unutulmamalıdır.

Sonuç

İncelenen bu raporla DSÖ önümüzdeki 10 yıl içinde üye devletlere BOH epidemisiyle mücadeleyi artırmaya yönelik politikaların güçlendirilmesini, stratejik girişimler yapılmasını kalkınma, sürveyans, risklerin azaltılması ve hastalığın önlenmesi için topluma ve bireye yönelik girişimler, ülkelerin yanıt verme kapasitelerini artırmasını önermektedir. Sağlık Bakanlığı son 10 yılda BOH'la mücadele konusunda DSÖ önerileri doğrultusunda politika ve programlar hazırlamış ve bu politikaların uygulanması yönünde olumlu adımlar atmaktadır. Ülkemizde BOH'a yönelik geliştirilen bu program ve sistemlerinin başarısının önümüzdeki yılların mortalite ve morbidite verileriyle değerlendirilebileceği düşünülmektedir.

İletişim: Ayla Açıkgöz

E-posta: ayla.acikgoz@deu.edu.tr

Kaynaklar

1. World Health Organization (WHO). World health statistics 2011. Geneva. Accessed June 20, 2014, at <http://www.who.int/whosis/whostat/2011/en/>
2. WHO. Global status report on noncommunicable diseases-2010. Accessed June 20, 2014, at http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/
3. Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm nedeni istatistikleri, 2013. Haber Bülteni 2014, Sayı: 16162. Accessed June 20, 2014, at <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16162>.
4. Dinç G, Sözmén K, Gerçeklioğlu G, Arık H, Critchley J, Ünal B. Decreasing trends in cardiovascular mortality in Turkey between 1988 and 2008. BMC Public Health 2013; 13: 896. Accessed May 30, 2014, at <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/896>
5. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması 2004. Ankara, Aralık 2006.
6. TEKHARF çalışması 2007. Accessed May 30, 2014, at <http://tekharf.org/2007.html>
7. PIAR. Public research on smoking habits and campaign against smoking. Turkey, 1988.
8. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü ve Türkiye İstatistik Kurumu. Aile Yapısı Araştırması 2006. Ankara: 2006.
9. Sağlık Bakanlığı. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu 2010. Ankara: 2010.
10. Doğanay S, Sözmén K, Kalaça S, Ünal B. Türkiye'de toplumda sigara içme sıklığı nasıl değişiyor? Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2012;10(2): 93-115.
11. Sağlık Bakanlığı. Ulusal Hane Halkı Araştırması 2003 temel bulgular. Ankara: Aralık 2006.
12. TÜİK. Sağlık Araştırması 2012. Ankara: Eylül 2013.
13. Öztürk A, Aykut M, Günay O, Gün İ, Özdemir M, Çıtıl R, Öztürk Y. Kayseri ilinde 30 ve üzeri yaş grubunda hipertansiyon prevalansı ve etkileyen faktörler. Erciyes Tıp Dergisi 2011;33: 219-228.
14. Ergör G, Soysal A, Sözmén K, Unal B, Uçku R, Kılıç B, Günay T, Ergör A, Demiral Y, Saatlı G, Meseri R, Baydur H, Şimşek H, Budak R, Arık H, Karakuş N. Balcova Heart Study: Rationale and methodology of the Turkish cohort. Int J Public Health. 2012 Jun; 57(3):535-42. doi: 10.1007/s00038-011-0309-x.
15. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Kalp Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı Risk Faktörlerine Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı. Ankara: 2008.

16. Türkiye’de Diyabet Prevalans Çalışması II (TURDEP II). Accessed June 23 2014, at http://www.turkendokrin.org/files/file/TURDEP_II_2011.pdf
17. Ancı M, Altun B, Erdem Y, Derici Ü, Nergizoğlu G, Turgan Ç, Sindel Ş, Erbay B, Karatan O, Hasanoğlu E, Çağlar Ş, Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği. Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması. Accessed June 23, 2014, at http://www.turkhipertansiyon.org/pdf/Turk_Hipertansiyon_Prevalans_Calismasi_Ozeti-1.pdf
18. Ünal B, Ergör G, Dinç Horasan G, Kalaça S, Sözmen K. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu; Ankara: 2013.
19. Ünal B, Sözmen K, Uçku R, Ergör G, Soysal A, Baydur H, Meseri R, Şimşek H, Gerçeklioğlu G, Doğanay S, Budak R, Kılıç B, Günay T, Ergör A, Demiral Y, Aslan Ö, Çımrın D, Akvardar Y, Tuncel P. High prevalence of cardiovascular risk factors in a Western urban Turkish population: a community-based study. *Anadolu Kardiyol Derg.* 2013; 13: 9-17.
20. WHO. Cervical cancer screening in developing countries: report of a WHO consultation. Geneva: 2002.
21. Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı. Binyıl Kalkınma Hedefleri Accessed June 23, 2014, at <http://www.undp.org.tr/Gozlem3.aspx?WebSayfaNo=248>
22. Yıldırım Y, Balbay Ö. Tüberküloz ve yoksulluk ilişkisi. *STED* 2003;1: 32-34.
23. Sağlık Bakanlığı. Türkiye sağlık sistemi performans değerlendirmesi 2011. Mayıs 2012.
24. WHO. Public health surveillance. Accessed June 23, 2014, at http://www.who.int/topics/public_health_surveillance/en/
25. WHO. Chronic diseases and health promotion STEPwise approach to surveillance (STEPS). Accessed June 23, 2014, at <http://www.who.int/chp/steps/en/>
26. Sağlık Bakanlığı. Türkiye’de bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk faktörleri ile mücadele politikaları. Ankara: 2011
27. Kılıç B, Kalaça S, Ünal B. Türkiye’de kalp damar hastalıkları ve diyabet ile ilgili politikaların değerlendirilmesi. İçinde: Türkiye’de kalp damar hastalıkları ve diyabet kontrolünde var olan durum ve politika önerileri sonuç raporu. İzmir: MedCHAMPS Proje Sonuç Kitabı, 2012. p.79-85.
28. Sağlık Bakanlığı. Stratejik Plan 2013-2017. Ankara: Aralık 2012.

Çocuk İstismar ve İhmaline Birinci Basamakta Yaklaşım

Approach to Child Abuse and Neglect in Primary Care

Derleme



Review Article

*Dr. Esra Meltem Koç**, *Dr. Figen Şahin Dağlı***, *Dr. Rabia Kahveci****,
*Dr. Duygu Ayhan Başer****, *Dr. Adem Özkara*****

Geliş tarihi : 18.07.2014

Kabul tarihi: 10.08.2014

Öz

Çocuk istismarı ve ihmali son yıllarda Dünya'da ve ülkemizde yapılan çalışmalar sayesinde farkındalığın giderek arttığı global bir problemdir. Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini sunan, bireylerin ilk değerlendirmesini yapan aile hekimleri, çocuk ihmali ve istismarı için ilk tanıya ya da kuşku duyulan olguların araştırılmasında önemli role sahiptir. Bu nedenle birinci basamakta hekimlerin konu ile ilgili bilgilerinin ve farkındalıklarının artırılması gerekmektedir.

Anahtar sözcükler: Çocuk, İstismar, İhmal ve birinci basamak

Abstract

Child abuse and neglect is a global problem awareness of which is growing recently as a result of studies conducted around the world including Turkey. Doctors of family medicine who deliver protective health and first step diagnosis, treatment and rehabilitation services and who conduct first examination of persons in many cases have their important place in apparent or suspected cases of child abuse and neglect. Given this, there is need to further inform first step doctors about the issue.

Key words: Child, Abuse, Neglect, First Step

*Uzm.; Mamak Toplum Sağlığı Merkezi, Ankara

**Prof. Dr.; Gazi Ü. Tıp Fak. Sosyal Pediatri AD, Ankara

***Doç.; Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hast. Aile Hekimliği Kliniği, Ankara

****Hitit Ü. Tıp Fak. Aile Hekimliği AD, Çorum

Son yıllarda Türkiye’de tıbbi, hukuki ve toplumsal açıdan giderek önem kazanan bir halk sağlığı sorunu olan çocuk istismarı ve ihmali tıp alanında diğer ülkelerde de yeni dile getirilmekte olan bir konudur. Çocuk istismarına yaklaşım bir ekip çalışması gerektirmektedir. Ancak kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini sunan, bireylerin ilk değerlendirmesini yapan aile hekimleri çocuk ihmali ve istismarı için ilk tanıya ya da şüphe duyulan olguların araştırılmasında en önemli role sahiptir. Tanı koyma ve kuşku duyulan olguların değerlendirilmesi ve yasal bildirimini nasıl yapılması gerektiği hekimler tarafından yeterli düzeyde bilinmemektedir. Bu makalede çocuk istismar ve ihmal tiplerinden, istismar fizik muayene bulgularından ve birinci basamakta hekimin istismar ve ihmale yaklaşımından bahsedilecektir.

Tanımlar

Çocuk istismarı ve ihmali “18 yaşından küçük bir çocuğa çocuğun bakımından sorumlu bir kişi tarafından çocuğun sağlık ve iyilik halinin zedelendiğini ya da tehdit altında bulunduğunu gösteren koşullar altında; fiziksel ya da mental zarar verilmesi; cinsel istismarda bulunulması; ihmal edici ya da kötü davranılması” olarak tanımlanmaktadır (1). Çocuk Hakları Sözleşmesi 1. maddesine göre “Çocuğa uygulanabilecek kanuna göre daha erken yaşta reşit olma durumu hariç, onsekiz yaşına kadar her insan çocuk sayılır.” (2).

Dünya Sağlık Örgütü çocuk istismarını “bir yetişkin, toplum ya da ülke tarafından bilerek ya da bilmeyerek yapılan ve çocuğun sağlığını, fiziksel ve psikososyal gelişimini olumsuz etkileyen davranışlar” olarak tanımlar. Çocuk ihmali ise “bakmakla yükümlü olan kimse ya da yetişkin tarafından çocuğun tıbbi, fiziksel ya da psikososyal gereksinimlerinin karşılanmaması” olarak tanımlanmaktadır (3). İhmal ve istismarı birbirinden ayıran en önemli nokta, istismarın aktif, ihmalin pasif bir durum olarak ortaya çıkmasıdır (4).

Tarihçe

Çocuk istismarı ile ilgili yazılı kaynaklar eski tarihlerden beri rastlanılmasına karşın ilk kez 1860 yılında Paris Tıp Akademisi’nde Fransız

adli tıp profesörü Ambres Tardieu, çocuk istismarı ile ilgili yazısını yayınlamıştır (5,6,7). “İngiltere Çocuklara Kabalığın Önlenmesi Derneği” 1883’te İngiltere’de kurulmuştur (6). Caffey, 1946’da “Caffey Sendromu”, Silverman, 1953’te çocuklardaki metafizyel kırıkları ve Kempe, 1961’da ‘Hırpalanmış Çocuk’ (battered child) terimlerini tanımlamışlardır. Literatürdeki ilk yayın Alman ve Smith tarafından yazılmasına karşın Helfer ve Kempe’nin 1972 yılında “Dövülmüş Çocuk Sendromu”nu tanımladıkları yayın çok ses getirmiştir. 1979’da Giovanni ve Becerra, ve 1980’de Garbarino ve Gilliam çocuk istismarı konusunda öne çıkan isimlerdir (5,6,7).

Dünya’da çocuk istismarı

Amerika’da her yıl üç milyon çocuğun istismara uğradığı bilinmektedir. 2009 yılında yaklaşık 3,3 milyon çocuk istismarı rapor edilmiş ve altı milyon çocuğu ilgilendiren istismar ile ilgili suç duyurusunda bulunulmuştur. Her gün 5’ten fazla çocuk, istismar nedeniyle ölmektedir (8).

2002’de Almanya’da yapılan bir araştırmaya göre ebeveynlerin %26’sı çocuklarına fiziksel ceza uygulamaya karşı çıkarken, %52’si ensesine vurmaya, %5’i sopa kullanmayı ve %17’si bazı koşullarda dayağın uygun olacağını belirtiyor (9).

Dünya Sağlık Örgütü 2002 yılında 15 yaş altında 31.000 çocuğun öldürüldüğünü bildirmiştir. Bu çocuk ölümlerinin kötü davranmaya bağlı olabileceği düşünülmektedir. (10).

Türkiye’de çocuk istismarı

Türkiye’de 1981-1991 yılları arasında 8 ilde 4-12 yaş arası 16.000 çocuk ile çocuk istismarı sıklığını belirlemeyi amaçlayan bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre çocuk istismarı sıklıkları Afyon’da %13.9, Ankara’da %23.1, Ağrı’da %27.8, Giresun’da %30, Trabzon’da %35.6, Rize’de %40.6, Nevşehir’de %41.9 ve Malatya’da %54 olarak belirlenmiştir (11).

2010 yılında UNICEF katkılarıyla yapılan “Türkiye’de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması” raporuna göre Türkiye’de yaşayan 7-18 yaş arası çocukların %56’sının

fiziksel istismara, %49'unun duygusal istismara ve %10'unun cinsel istismara tanık olduğu görülmektedir. Çocukların %25'nin ihmale maruz kaldığı görülmektedir. Duygusal istismar alanında istenmeyen davranışlara maruz kalma tüm 7-18 yaş grubu genelinde her iki çocuktan biri için gerçekleşmektedir. Fiziksel istismara maruz kaldığını belirtenlerin oranı %45'tir. 7-18 yaş arası çocukların maruz kaldıkları ihmal türleri arasında en çok yaşanan ihmal türünün yalnız bırakılmak olduğu tespit edilmiştir. Cinsel istismara rastlanma oranı diğer istismar türlerine göre daha düşük olarak karşımıza çıkmaktadır. Çocukların %1'i, son bir yıl içinde, izlemek ya da bakmak istemediği halde, cinsel içerikli bir film izlettirildiğini; bir dergi ya da bilgisayardaki cinsel içerikli resimlere bakmaya zorlandığını söylemiştir. %0,5'i ise, herhangi birinin, kendisine, istemediği halde -dokunmak ya da kendine dokundurtmak gibi- cinsel içerikli başka bir davranışta bulunduğunu belirtmiştir (12).

Çocuk istismarı türleri

Çocuk istismarı türleri fiziksel, cinsel, duygusal istismar ve ihmal olarak sınıflandırılmaktadır (5,13).

Fiziksel istismar

Fiziksel istismar, fiziksel gücün çocuğun sağlığına, yaşamına, gelişimine ya da saygınlığına zarar ile sonuçlanacağını bilerek kasıtlı olarak çocuğa uygulanmasıdır. Fiziksel istismara vurmak, dayak atmak, tekmelemek, sarsmak, ısırarak, boğmak, haşlamak, yakmak, zehirlemek dahildir (13).

Yaralanma ile polikliniğe ya da acil servise başvuran her çocukta fiziksel istismar ihtimali düşünülmeli; öyküsü, fizik muayenesi ve tetkikleri bu yönüyle de değerlendirilmelidir (5). Çocuğun muayeneye geç getirilmesi ve bunun açıklanamaması, çelişkili öykü, fizik muayenesi ile uyumsuz öykü, yineleyen yaralanmalar, anne-babanın çocuktaki yaralanma ile ilgili aşırı kaygısı ya da ilgisizliği fiziksel istismarı akla getirmelidir (14). Çocuğun öyküsü ile fizik muayene bulguları arasındaki uyum değerlendirilmelidir.

İnspeksiyonda çocuğun bakımsız olması, büyüme gelişme geriliğinin olması, utangaç olması fiziksel istismarı akla getirmelidir.

İstismar edilen çocukta ekimoz, hematoma, eritem, yanıklar ve sıyrık gibi bazı cilt lezyonları yaygın olarak bulunmaktadır. Kaza ile oluşan ekimozlar derinin çıkıntılı kemik yüzeyini örttüğü anterior tibia, diz, dirsek, alın ve ellerin dorsal yüzlerinde daha çok görülürken, bacaklar ve kolların arkasında, karında, kulak arkasında, genital bölgede, kalçada ya da diğer yumuşak doku bölgelerinde görülen ekimozlarda istismar şüphesi akla gelmelidir (5). Sıcak sıvılarla kaza ile oluşan yanıklar vücudun üst bölgelerinde ve düzensiz sınırlıdır; ancak istismara bağlı yanıklar eğer zorlanma yoksa daha yüzeyleydir, zorlanma var ise genellikle simetrik ya da düzgün sınırlı olmaktadır. İnsan ısırıkları, genellikle istismarı gösterir, bebeklerde kalça ve genitale yakın bölgelerde ceza amaçlı, daha büyük çocuklarda cinsel amaçlı ya da fiziksel istismara bağlıdır (15). İstismara bağlı kırıklar genellikle 3 yaş altı çocuklarda metafizyel, epifizyel kırıklar iken, kazalara bağlı kırıklar okul çağındaki çocuklarda görülen kırıklardır (5,15).

Fiziksel istismarın çeşitli psikolojik ve davranışsal bulgularının da olduğu bilinmektedir. Fiziksel temastan korkma, içe kapanıklık, ders başarısında azalma, öğrenme ve dikkat problemleri, davranış değişiklikleri bunlardan birkaçıdır (5).

Cinsel istismar

Çocuk ya da erişkin arasındaki temas ve ilişki, o erişkinin ya da başka birinin cinsel uyarısı için kullanılmışsa bu Amerikan Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmal Merkezi (NCCAN) tarafından "cinsel istismar" olarak kabul edilir (16). Cinsel istismar Uluslararası Çocuk İstismarı ve İhmalini Önleme Derneği (ISPCAN) tarafından ise "rıza yaşının altındaki çocuğun yetişkin kişinin cinsel doyumuna yol açacak davranım içinde bulunması ya da duruma göz yumulması ve bu davranımın herhangi bir nesne ya da şiddet kullanımı, fiziksel ya da genital temas içermesi, çocuk tarafından başlatılıp başlatılmaması ve kısa dönemde zararlı sonuçların ortaya çıkıp çıkmaması ile ilgilenmez" olarak tanımlanmaktadır (5).

Zoroğlu ve arkadaşlarının (2001) 839 lise öğrencisi ile yaptığı çalışmada cinsel istismar

sıklığı % 10,7 olarak saptanmıştır. 171.262 üniversite öğrencisi ile yapılan bir çalışmada kız öğrencilerin %26'sının, erkek öğrencilerin %19,8'inin cinsel istismara uğradıkları saptanmıştır (18). İstanbul'da toplam 26 lisede 1.955 kız öğrenci ile yapılan bir çalışmada cinsel istismar oranı %13,4 olarak belirtilmiştir (19).

Cinsel istismarın en belirgin bulguları genital kanama, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve yaşına uygun olmayan cinsel davranışlar sergilemeye başlama, içe kapanma, okul başarısında azalma, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, ikincil enürezis ve enkoprezis gibi davranış değişiklikleridir. Cinsel bir istismardan kuşkulandıysanız ya da saptandıysanız hemen yetkililere haber verilmelidir. Muayene aile izni ya da mahkeme izni olmadan yapılmamalıdır (4,15,16,20,21).

Duygusal istismar

Günlük yaşamda en sık rastlanan istismar tiplerinden biridir ve temelini çocuğun psikolojik hasara uğraması oluşturmaktadır (3,15). UNICEF duygusal istismarı ve ihmali "çocuğun nitelik, kapasite ve arzularının sürekli kötülenmesi, sosyal ilişki ve kaynaklarla ilişkisinden sürekli yoksun bırakılması, çocuğun sürekli olarak insanüstü güçlerle, sosyal açıdan ağır zararlar verme ya da terk etme ile tehdit edilmesi, çocuktan yaşına ve gücüne uygun olmayan taleplerde bulunulması ve çocuğun, topluma aykırı düşen çocuk bakım yöntemleri ile yetiştirilmesi" olarak tanımlamıştır (4,20,22).

Duygusal istismara maruz kalan çocuklarda dışavurum ve içe atım sorunları, sosyal ilişkilerde bozukluk, kendine güvende azalma, intihar davranışı, çocukluk çağı mastürbasyonu, aileden uzaklaşma ve değersizlik duyguları geliştirme gibi davranışlara sık rastlanmaktadır (20,21). Duygusal istismar tek başına görülebileceği gibi fiziksel ve cinsel istismara da eşlik edebilir (3).

Çocuğa bağırma, reddetme, aşağılama, küfretme, yalnız bırakma, korkutma, yıldırma, tehdit etme, duygusal gereksinimlerini karşılamama, yaşının üzerinde sorumluluklar bekleme, kardeş ayrımı yapma, değer vermeme, önemsememe, küçük düşürme,

alaylı konuşma, aşırı baskı ve otorite kurma, lakap takma, bağımlı kılma ve aşırı koruma görülen duygusal istismar türleridir (3,22).

Duygusal istismarın belirlenmesi ve sınıflandırılmasında yetişkin ve çocuk psikiyatristleri, psikologlar ve sosyal hizmet uzmanları ön planda yer almasına karşın duygusal istismar karmaşık ve zor bir istismar türü olduğu için klinik olarak transdisipliner olarak değerlendirilmesi gereken bir konudur. Aile hekimleri, pediatrişler, adli tıp uzmanları, çocuk cerrahları, hemşireler gibi çocuk hastalıkları ile ilgili diğer branşların da bu konuyla ilgili destekleri önemlidir.

Çocuk ihmali

Çocuğun temel fiziksel, duygusal, eğitim, bilişsel ve medikal gereksinimlerinin sağlanmasında aksama olması olarak tanımlanmaktadır. İhmalin dört alt tipi bulunmaktadır:

- 1- Fiziksel ihmali:** Çocuğun yeterli yemek, giyim, barınma, hijyen, korunma ya da gözetim ihtiyacının sağlanmamasıdır.
- 2- Duygusal ihmali:** İhtiyacı olduğunda çocuğa sevgi, güvenlik, şefkat, duygusal destek ve psikolojik bakımın sağlanmamasıdır.
- 3- Eğitimsel/Bilişsel ihmali:** Çocuğun okula kaydının yapılmaması, okula devamlılığının takip edilmemesi ya da temel eğitim gereksinimlerinin eksikliğidir.
- 4- Tıbbi ihmali:** tıbbi bakımın reddi ya da gecikmesi sonucunda çocuğun iyi halinin zarar görmesidir (24).

Öyküde çocuk istismarını düşündüren durumlar

Öyküde çocuğun kilo alamamasının diğer nedenlerle aydınlatılamaması, çocuğun çok bakımsız görünmesi ihmali akla getirirken, çocuğu tedaviye getirmede açıklanamayan bir gecikme, çelişkili öykü, fiziksel bulgularla uyumsuz öykü, yineleyen kuşkulu yaralanmalar, anne babanın yaralanmada çocuğu ya da başka birini suçlaması, çocuğun yaralanmayla ilgili anne babayı suçlaması ve anne babanın çocuğun yaralanması konusunda ilgisiz ya da aşırı ilgili davranması, sorular ile öykü alınırken öykünün birçok farklı versiyonlarının olması fiziksel istismarı akla getirmelidir (4,9,11,20).

Öykü ve fizik muayene bulguları

Yaralanma ile gelen her çocukta fiziksel istismar olasılığı düşünülerek, dikkatli öykü ve fizik muayenesi yapılmalı, gerekli tetkikler istenmelidir (20). Tanıdaki önemli noktalardan biri iyi öykü alınmasıdır (6,23). Çocuğun annesi/babası ya da bakıcısı tarafından verilen öykünün yetersiz olması ya da farklı kişiler tarafından çok sayıda farklı öyküler verilmesi kuşku uyandırmalıdır. Öykü ile fiziksel muayenedeki bulguların arasındaki uyumsuzluk saptanabilir. Kaza sonucu oluşmuş kesikler ve yara bereler normalde vücudun kemikli alanlarında olur (kollarda, dizlerde vb.). Yumuşak ve korunaklı bölgelerdeki yaralanmalarda (karın, kalçalar) kaza olasılığı düşüktür. Yaralanmalarda en sık neden düşmedir. Ancak düşme mesafesi kısa ise istismar akla getirilmelidir. 60 cm'den az yükseklikte düşme ile tek kemik kırığı oluşabileceği de unutulmamalıdır (6). Yaralanmalar sıklıkla oluyorsa, çocuğun vücudunda farklı iyileşme süreçlerine ait çok sayıda yara varsa ya da yaralanmalar bir nesne ile yapılmışsa (elektrik kablosu, odun sopa vb.) kaza olma olasılığı düşüktür (24). Çocuğun davranışlarına dikkat edilmelidir. Ebeveynlerden korkma, erişkinlerle iletişim kurmaktan kaçınma, evden kaçma ya da eve gitmekten çekinme, diğer çocukların ağlamasına duyarlı olma, uyku bozukluğu, dikkat eksikliği, içine kapanma, uyurgezerlik, enürezis - enkoprezis gibi pek çok değişiklik istismar ve ihmalin davranışsal bulgusu olabilmektedir.

Çocuk istismarına düşük sosyoekonomik düzeye sahip ailelerde daha sık rastlandığı düşünülerek ailenin sosyal durumu da öyküde ayrıntılı olarak sorgulanmalıdır. Plansız, istenmeyen gebelik ve küçük yaşta gebelik, ebeveynlerin ayrı olması, anne babanın madde bağımlılığı, aile içi geçimsizlik / şiddet, işsizlik, sağlık problemleri, anne ya da babanın geçmişinde istismar bulguları sosyal öyküde yer alabilir (6,20,23,24).

Fizik muayenede deri bulguları

Morarma ve ısırıklar

Darbelerden en az etkilenen yüz, dudak, genital ve gluteal bölgelerdeki morarmalar, bilateral periorbital morluklar fiziksel istismarı düşündürür. Kazalara bağlı oluşan morarmalar

genellikle alt ekstremitelerde olur (4,6,22,24). Hayvan ısırıklarında diş izleri dardır, insan ısırıklarında ısırık izi geniş yüzevidir, maksiller köpek dişleri arasındaki aralık 3 cm'den fazladır ve erişkin insan ısırıkları kaza sonucu oluşamaz (1,8,25).

Yanıklar

Özellikle ayak tabanlarında, avuç içinde, sırtta ya da kaba etteki puro ve sigara yanıkları, simetrik daldırma yanıkları fiziksel istismarın bulgularıdır. Kaza sonucu oluşan yanıkların sınırları düzensizdir, bazen sıçrama ile oluşan düzensiz lezyonlar da izlenebilir (4,22,26).

Düşme ve iskelet travması

Merdiven, sandalye ya da yataktan düşmelere bağlı genellikle çocuklarda küçük yaralanmalar oluşur. Ancak düşme mesafesi kısa ise ve çocukta ağır ve fatal lezyonlar bulunmakta ise bu istismarı düşündürür. Merdivenden düşme sonucu çocuğun vücudunun farklı bölgelerinde pek çok yüzeysel sıyrık oluşabilir. Yüksekten düşme ile kafa travmalarında tek kemikte 3 mm'yi geçmeyen lineer çökme kırıkları olabilir; daha fazla kemikte, çoklu sütün hatlarını geçen kırıklar ise çocuk istismarını düşündürür (6,22,24). Kaza ile oluşan kırıklar genellikle okul çağı çocuklarında görülürken, fiziksel istismarı düşündüren kırıklar 3 yaş altı çocuklarda oluşur (25,28 1,25, 24).

Cinsel istismarı Düşündüren Fiziksel Göstergeler

Cinsel istismara maruz kalan çocuklarda yürümede ve oturmada zorlanma, genital bölgede şişkinlik, kızarıklık ve genital bölge yakınlarında yaralanmalar, idrar yaparken acı çekme ve cinsel yolla bulaşan hastalığın tespiti akla cinsel istismarı getirmelidir (27).

Duygusal istismarı Düşündüren Fiziksel Göstergeler

Çocukta büyüme gelişme geriliği olması ya da fiziksel gelişimin duraksaması, madde bağımlılığı, iletişim bozuklukları duygusal istismarı akla getirebilir (27).

İhmali Düşündüren Fiziksel Göstergeler

Çocukta keçeleşmiş, kirli saçlar, şiddetli vücut kokusu, kirli ve uygun olmayan kıyafetler gibi bakımın kötü olduğunu gösteren bulgular saptanması; çocuğun, yaşına göre kilosunun

ve gelişiminin geri olması, büyümemesi, çok zayıf görünümü ihmali düşündüren bulgulardır (26-27). Hekim öykü ve fizik muayene sonucunda istismardan kuşulanılıyorsa gerekli muayene bulgularını gerekli formlar ve şemalar ile ayrıntılı olarak kaydetmeli, TCK 278-279-280. maddeleri gereğince yetkili makamlara bildirimini yapmalıdır (4,5,7,28). Hukuksal sürecin başlayabilmesi için adli raporun yazılması gerekmektedir. Hukuksal sürecin başlaması ve bu süreç içerisinde çocuğun en az şekilde zarar görmesi için çocuğun uygun bir ortamda gerekli uzmanlarca değerlendirilebileceği, tek bir kez öykü vereceği ve muayene olacağı multidisipliner yaklaşımli bir merkezde değerlendirilmesinin sağlanması en uygun yaklaşımdır. Son yıllarda ülkemizde istismar olgularına en uygun tedavi ve izlem yaklaşımını sağlayacak içinde çocukla ilgili değişik uzmanlık dallarından hekimlerin yer aldığı "Çocuk Koruma Birimleri" kurulmuştur. Ankara'da Gazi Üniversitesi bünyesinde kurulmuş olan "Çocuk Koruma Merkezi" resmi olarak oluşturulmuş ilk merkezdir. Ayrıca Ankara, İstanbul, İzmir, Adana, Kayseri, Antalya, Samsun, Düzce, Aydın gibi illerimizde de üniversite ya da eğitim hastanelerinde merkezler bulunmaktadır (29). Çocuk istismarının önlenmesi ve istismara uğrayan çocuklara bilinçli ve etkin bir şekilde müdahale edilmesi amacıyla 4 Ekim 2012 tarihli 28431 sayılı Resmi Gazete ile yayımlanan 2012/20 sayılı Başbakanlık Genelgesi'ne istinaden Çocuk İzlem Merkezi Koordinasyon Kurulu oluşturulmuştur (30). Çocuk İzlem Merkezleri (ÇİM), çocukların cinsel istismara maruz kaldığına dair bilginin kolluk kuvvetlerine ulaşmasının ardından, savcının talimatı ile çocuğun ifadesinin uzmanlarla birlikte – herhangi bir yenilemeye gereksinim kalmaması için avukat ve savcının da bulunduğu aynalı odada kayıt altında- alınması, gerekli ise merkezden çıkarılmadan muayenenin yapılması gibi gerekli ispat araçlarının bir araya getirilmesini, mağdur çocuğa psikolojik olarak daha fazla zarar vermeden yapılmasını sağlamak için kurulmuştur. Türkiye'de halen 13 Çocuk İzlem Merkezi bulunmaktadır. Çocuk İzlem Merkezi'nin üniversitelerin tıp fakültelerinin gözetiminde kurulan Çocuk Koruma Merkezlerinden farkı; savcı talimatı ile

hareket edilmesi ve vakaların Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı temsilcisinin yargı sürecini takip ettiği kadar izlenmesi oluşturmaktadır (31).

Koruma

Çocuk istismar ve ihmalinden korunma transdisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir. İstismar ve ihmale bağlı ölümlerin %61'inin korunulabilinir olduğu çalışmalarla gösterilmiştir (21). Korunma birincil, ikincil ve üçüncül koruma olarak üç basamakta ele alınmaktadır. Birincil korunma şiddetin ortaya çıkmasını önlemek için yapılacak topluma yönelik eğitimleri, sağlık personeline verilecek eğitimleri, risk altındaki gruplarının belirlenmesini, bu gruplara danışmanlık ve koruyucu hizmet verilmesini gibi pek çok konuyu kapsar (4). İkincil korunma kötü muamale için yüksek riske sahip çocuklar ve aileler ile ilgili çabalar ve kaynaklara odaklanır (28). İstismar ve özellikle ihmal olguları genellikle atlanabilmektedir, bu nedenle herhangi bir nedenle muayeneye getirilen çocuk istismar ve ihmal açısından da değerlendirilmelidir (4). Üçüncül koruma ise şiddete maruz kalmış kişinin zararının azaltılmasını, tekrarının engellenmesini, tedavisini ve rehabilitasyonunu içermektedir (4).

Sonuç

Son yıllarda ülkemizde de giderek önem kazanan bir halk sağlığı sorunu olan çocuk istismarı ve ihmalini önlemede başta hekimler olmak üzere diğer sağlık çalışanları, öğretmenler gibi diğer meslek gruplarından kişilerin de katkısı gerekmektedir. Çocuk istismar ve ihmalinin tanısında, tedavisinde ve korunmada birinci basamakta görevli aile hekimlerine ve pediatri uzmanlarına önemli görevler düşmektedir. Bu nedenle hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının öğrencilik dönemde bu konu ile ilgili yeterli düzeyde eğitim almaları, çalışma döneminde ise konunun ehli kişiler tarafından sürekli meslek içi eğitimlerinin devam etmesi gerekmektedir. Ayrıca hekimlerin çocuk istismarına yaklaşımda disiplinlerarası işbirliğinin önemini bilmeleri ve gerektiğinde sosyal hizmetler ve adli makamlar gibi yetkililerle eşgüdüm içerisinde çalışmalarını çocuklar açısından en olumlu sonuçları doğuracaktır.

İletişim: Dr. E. Meltem Koç
E-posta: meltemnuzumlali@yahoo.com

Kaynaklar

1. Nelson Essential of Pediatrics Türkçe 4. Baskı, 2003, Çocukta Gelişim Ve Davranış: 38-42.
2. Çocuk Haklarına Dair Sözleşme Erişim adresi: http://www.asayis.pol.tr/belge/cocuk_haklari_sozlesmesi.pdf Erişim tarihi:29.05.2014.
3. Bahar G, Savaş HA, Bahar A. Çocuk istismarı ve ihmali: Bir Gözden Geçirme Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2009, Cilt:4, Sayı:12.
4. Turhan E, Sangün Ö, İnandı T. Birinci Basamakta Çocuk İstismarı ve Önlenmesi STED, 2006, 15: 153- 157.
5. Can M, Tırtıl L, Dokgöz H. Çocuk İstismarı Olgularında Hekim Sorumluluğu Birinci Basamakta Adli Tıp, 2011,2.Baskı, 181-191.
6. Ayvaz M, Aksoy MC. Çocuk İstismar ve İhmali: Ortopedik Yönleri. Hacettepe Tıp Dergisi 2004; 35(2):27-33.
7. Kara B, Biçer Ü, Gökalp AS. Çocuk istismarı Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2004; 47: 140-151
8. Preventing and Treatment of Child Abuse /Statistics Erişim adresi: <http://www.childhelp.org/pages/statistics> Erişim tarihi: 29.05.2014.
9. Jacobi G, Dettmeyer R, Banaschak S, Brosig B, Herrmann B. Child Abuse and Neglect:Diagnosis and Management Deutsches Arzteblatt International 2010; 107(13): 231-240.
10. World Health Organisation <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/index.html> Erişim tarihi: 29.05.2014
11. Altıparma S. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Çocuk Bedeni Üzerine Etkileri Çocuk Dergisi 2008;8(1):9-13.
12. Türkiye'de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması Özet Raporu 2010, <http://panel.unicef.org.tr/vera/app/var/files/c/o/cocuk-istismari-raporu-tr.pdf> Erişim tarihi: 29.05.2014.
13. Butchart A, Harvey A P, WHO and ISPCAN: Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. WHO Press, Geneva, Switzerland, 2006.
14. Güner Şİ, Güner Ş, Şahan MH. Çocuklarda Sosyal ve Medikal Bir Problem; İstismar Van Tıp Dergisi: 17 (3): 108-113, 2010 Van Tıp Dergisi, Cilt:17, Sayı:3, Temmuz/2010 108.
15. Aksoy E, Çetin G, İnancı MA, Polat O, Sözen MŞ, Yavuz F. Çocuk İstismarı ve İhmali. www.ttb.org.tr/adli/7.html Erişim tarihi:29.05.2014
16. Celbiş O, Özdemir B, Kaya A. Cinsel saldırıya uğramış çocuğun muayenesi Türk Pediatri Arşivi 2011; 46: 104-10.
17. Zoroğlu SS, Tüzün Ü, Şar V, Öztürk M, Kora ME, Alyanak B. Çocukluk Dönemi İstismar ve İhmalinin Olası Sonuçları, Anadolu Psikiyatri Derg, (2001) 2 (2): 69-78.
18. Eskin M, Kaynak-Demir H, Demir S. Same-sex sexual orientation, childhood sexual abuse, and suicidal behavior in university students in Turkey. Arch Sex Behav 2005; 34: 185-95.
19. Alikasifoglu M, Erginoz E, Ercan O, Albayrak-Kaymak D, Uysal O, İlter O. Sexual abuse among female high school students in Istanbul, Turkey. Child Abuse Negl 2006; 30: 247-55.
20. Taner Y, Gökler B. Çocuk istismar ve ihmali: psikiyatrik yönleri Hacettepe Tıp Dergisi 2004; 35:82-86.
21. Kara B, Biçer Ü, Gökalp AS. Çocuk istismarı Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 2004; 47: 140-151
22. Tıraşçı Y, Gören S. Çocuk İstismarı ve İhmali Dicle Tıp Dergisi (2007) 34:70-74.
23. Pressel DM. Evaluation of Physical Abuse in Children Am Fam Physician 2000 May 15; 61(10)3057-3064.
24. UNICEF, Hastane Temelli Çocuk Koruma Merkezleri İçin Başvuru Kitabı: İhmal ve İstismara Uğrayan Çocuğa Bütüncül Yaklaşım, United Nations Children's Fund, The (UNICEF), 2011.
25. Sarıfakioğlu E, Erdal E. Çocuk İstismarına Eşlik Eden Deri Bulguları Dermatose 2004; 3(3): 143-148.
26. Jacobi G, Dettmeyer R, Banaschak S, Brosig B, Herrmann B. Child Abuse and Neglect:Diagnosis and Management Deutsches Arzteblatt International 2010; 107(13): 231-40.
27. İnsan Hakları Derneği; Çocuk İhmal ve İstismarını Önleme Öğretmenler ve Aileler için Eğitim Kılavuzu 2008. atud.org.tr/kutuphane/cocukihmalveistismaronleme.pdf Erişim tarihi:29.05.2014.
28. Goldman J, Salus K M, Wolcott D, Kennedy KY. A Coordinated Response to Child Abuse and Neglect: The Foundation for Practice, 2003, U.S. Department of Health and Human Services Administration for Children and Families Administration on Children, Youth.
29. Beyazova U, Şahin F Çocuk İstismarı ve İhmaline Yaklaşımında Hastane Çocuk Koruma Birimleri Türk Pediatri Arşivi 2007; 42 Özel Sayı: 16-8.
30. Çocuk İzlem Merkezi Yönetim ve Koordinasyon Kurulu Toplantı Karar Tutanağı Erişim adresi: <http://www.hsyk.gov.tr/Mevzuat/Duyurular/cocuk-izlem-merk-cim-koord-topl-tutnk.pdf> Erişim tarihi:10.09.2014.
31. Bayün S, Dinçer NC. Çocuk İzlem Merkezi Hukuk Gündemi, 2013; 2: 92-95.



Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED), Türk Tabipleri Birliği'nin birinci basamak sağlık hizmeti veren hekimlerin bilgi ve becerilerinin yenilenmesi ve geliştirilmesi amacıyla iki ayda bir yayımlanan bilimsel, hakemli bir dergidir. STED'de araştırma yazıları, derlemeler, olgu sunumları yayımlanır. STED, TÜBİTAK Türk Tıp Dizini içinde yer almaktadır.

Yayımlanacak çalışmalarda aranan özellikler:

- Yazılar daha önce başka yerde yayımlanmamış olmalıdır. Konuların işleme biçimi sorun çözümüne yönelik olmalıdır. Yazılarda yalın, anlaşılır Türkçe kullanılmalıdır. Kapsayıcı ve insancıl bir dil kullanılmalı, cinsel ya da ırksal yan tutmadan kaçınılmalıdır.
- Yazılar birinci basamak sağlık hizmetine katkı sağlayacak nitelikte olmalı; konuların en sık rastlanan sorunlara yönelik olmasına, hastalıkların en çok görülen biçim ve yönlerinin vurgulanmasına özen gösterilmelidir.
- Etik kurul kararı gerektiren klinik ve deneysel çalışmalar için ayrı ayrı etik kurul kararı alınmış olmalı, kararlar metin içinde belirtilmeli ve belgelendirilmelidir. Ulusal ve uluslararası geçerli etik kurallara uyulmalıdır (Bakınız, www.ulakbim.gov.tr). Sözü edilen özellikte çalışmalar, etik onaylar olmadan değerlendirmeye alınamayacaktır.

Çalışma, aşağıda belirtilen bölümlerden oluşmalıdır:

1. Başlık Sayfası:

- Başlık: Kısa (en fazla 90 karakter), bilgi verici olmalıdır.
- Yazarlar: Yazarların adı soyadı, akademik derecesi, kurumu, iletişim bilgileri ve yazışmadan sorumlu yazar belirtilmelidir.
- Mali destek ve diğer kaynaklar, ana metnin sözcük sayısı, şekil ve tabloların sayısı belirtilmelidir.

2. Öz (Abstract) ve Anahtar Sözcükler: İkinci sayfada yer alacak öz ve İngilizce özet, çalışmanın amaçları, gereç ve yöntem, başlıca bulgular ve varılan sonuçlar bulunmalıdır. Öz ve İngilizce özet 150-175 sözcükten oluşabilir. İngilizce özet özün aynen çevirisi olmalıdır. Özün altında üç ile 10 anahtar sözcük yer almalıdır. (Index Medicus'un Medical Subjects Headings "Tıbbi Konu Başlıkları" terimlerini kullanınız.)

3. Giriş: Çalışma ile ilgili önbilgiler, amaç, gereç belirtilmelidir. İlgili kaynaklar dışında bilgi verilmemeli, çalışmanın veri ve sonuçları bulunmamalıdır.

4. Gereç ve Yöntem: Çalışmanın gereç ve yöntemi ayrıntılı olarak yer almalıdır. Etik kurallara uyum konusunda yapılan işleri ve uyulan belgeleri belirtiniz. Kullanılan istatistik yöntemlerini, bilgisayar programını ayrıntılı olarak açıklayınız.

5. Sonuçlar: Bulguları metin, tablo ve şekiller üzerinde gösteriniz. Metin içinde önemli verileri vurgulayıp özetleyiniz.

6. Tartışma: Çalışmanın yeni ve önemli yönlerini ve çıkan sonuçları vurgulayınız. Sonuçların amaçlarla bağlantısı kurulmalıdır.

7. Kaynaklar: Kaynaklar yeni, aktarılan bilgiler güncel olmalıdır. Kaynakları yazıda ilk geçtikleri sıraya göre numaralayınız. Kaynakları rakamlarla (1,2,4) belirtiniz. Dergi adları, Index Medicus'ta kullanıldığı biçimde kısaltılmalıdır. En fazla yirmi beş (25) kaynak kullanılabilir.

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-Verlag; 1988. p.521-32.

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

8. Tablolar: Tablolara yazıda ilk geçtikleri sıraya göre numara veriniz. Her tablonun bir başlığı olmalıdır. Standart dışı kısaltmaları ve açıklayıcı bilgileri dipnotta (sırayla kullanılacak simgeler: *, †, ‡, §) veriniz. Tablo içinde yatay ve dikey çizgi kullanılmamalıdır.

9. Şekiller ve Fotoğraflar: Yazıda ilk değinildikleri sıraya göre numaralandırılmalı, altlarına açıklayıcı yazılar konmalıdır.

Biçimsel Özellikler Kılavuzu

1. Sayfa numaraları: Başlık sayfasından başlayarak sayfanın sağ alt köşesine yazılmalıdır.

2. Başlıklar: Tüm başlıklarda ilk harf büyük diğerleri küçük olmalıdır.

3. Birimler: Ölçü birimi olarak metrik birimler kullanılmalıdır. Metrik ölçümlerden sonra nokta konmamalıdır (3,5 mg/kg gibi).

4. Rakamlar: Tam sayılardan sonra ondalık değerleri nokta ile değil, virgül ile ayırarak belirtilmelidir (3,5 gibi).

5. İlaç adları: Jenerik adları kullanılmalıdır.

6. Kısaltmalar: Kısaltma, yazıdaki ilk geçişinde açık yazılışıyla birlikte verilmelidir. Başlıkta ve özetle kısaltma kullanılmamalıdır.

7. Yüzdeler: Yüzde işareti (%) belirtilip rakamla arasında boşluk bırakılmamalıdır (%45 gibi).

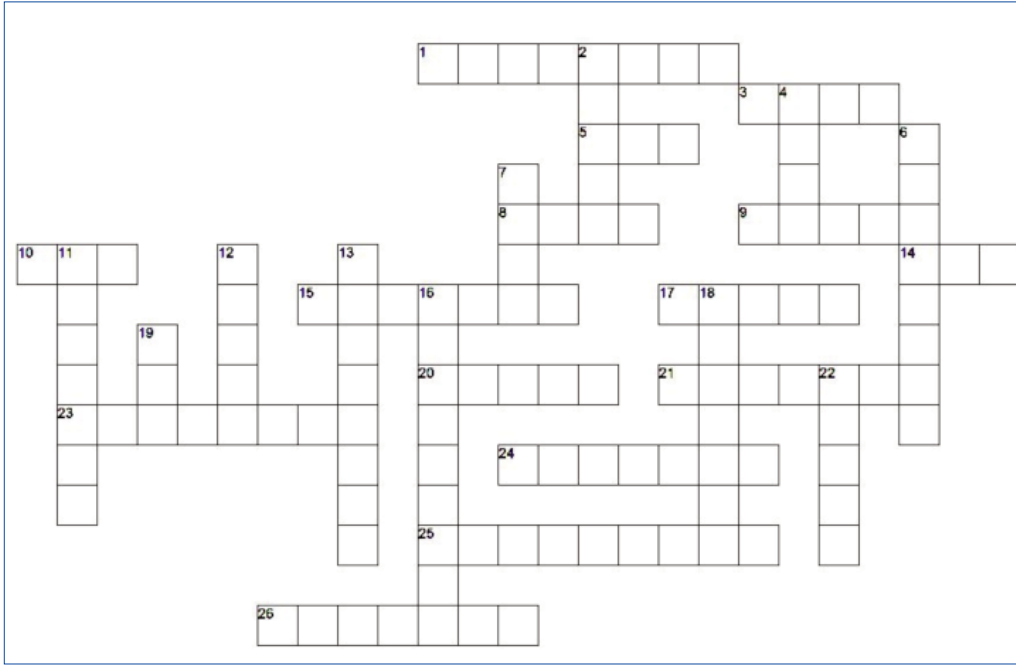
8. Sözcük sayısı: En az 1.500 en fazla 4.500 olmalıdır.

Çalışmanın Gönderilmesi: Yazılar, tüm yazarların imzaladığı Yayın Hakkı Devir Formu (www.ttb.org.tr/STED) ile birlikte sted@ttb.org.tr adresine gönderilir. 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.

Ödüllü Bulmaca



Bulmacamızda yer alan soruları bu sayımızdaki yazılardan seçtik. Doğru olarak yanıtlayıp Dergi'nin postalanma tarihinden sonraki bir ay içinde bize gönderen okuyucularımıza **2 TTB- STE Kredi Puanı** veriyoruz. Ayrıca beş kişiye Türk Tabipleri Birliği'nin hazırladığı "**Aile Hekimliği Birinci Basamak Sağlık Ortamını Nasıl Dönüştürdü**" kitabını armağan ediyoruz. Bulmacanın doğru yanıtlarını **Ocak - Şubat 2015** sayımızda yayımlayacağız.



Trafik Kanunu'nda "motorsuz" taşıt.
14. Çocuk istismarını "bir yetişkin, toplum veya ülke tarafından bilerek veya bilmeyerek yapılan ve çocuğun sağlığını, fiziksel ve psikososyal gelişimini olumsuz etkileyen davranışlar" olarak tanımlayan örgüt. **15.** 2008 yılındaki tüm ölümlerin yaklaşık %63'ünden sorumlu olan bulaşıcı olmayan hastalıklardan biri. **16.** Her bireyin yaşamının belirli dönemlerinde yaşadığı

1. Bisiklet kazası sonucu oluşan kemik,
2. Tıbbi bakımın reddi veya gecikmesi sonucunda çocuğun iyi halinin zarar görmesi olarak tanımlanan ihmal türü. 3. Kırım Kongo kanamalı ateşi kısaltması. 4. İlerleyici hava akımı obstrüksiyonu ile karakterize, tüm Dünya'da önemli bir mortalite ve morbidite nedeni olan bir hastalık. 5. Kardiyovasküler hastalığı önlemek için DSÖ tarafından kişi başı günlük önerilen gram cinsinden tuz miktarının üst sınırı. 6. Duygusal istismar türlerinden biri. 7. Kırım Kongo kanamalı ateşinin bulaştırıcısı 8 Çocuk istismarına yaklaşımda zorunlu çalışma biçimi. 9. Çocuğun temel fiziksel, duygusal, eğitim, bilişsel ve medikal ihtiyaçlarının sağlanmasında aksama olması. 10. Çocuk İzlem Merkezleri. 11. Duygusal istismara maruz kalan çocuklarda görülebilen davranışlardan biri. 12. Kırım Kongo kanamalı ateşinin bulgularından biri. 13. Trafik kazası Karayolları

duygusal, davranışsal ve fiziksel alanlarda ortaya çıkan hoş olmayan sıkıntı, endişe duygusu ve yaşantısı. 18. Ülkemizde anne adayları ve anneler için ciddi bir problem. 19. Kalp damar hastalıkları ve bazı kanser türlerine yönelik mücadelede günde önerilen meyve ve sebze tüketilen porsiyon sayısı. 17. KKKA'nın Türkiye'de ilk kez 2002 yılında görüldüğü il. 20. KOAH hastalığında görülen ruhsal bozukluklardan biri. 21. İstismar edilen çocukta görülebilecek deri lezyonlarından biri. 22. Bulaşıcı olmayan hastalıklardan korunma için bırakılması gereken zararlı maddelerden biri. 23. Fiziksel istismar sayılan davranışlardan biri. 24. Çocuk Hakları Sözleşmesi'ne göre çocuğa uygulanabilecek kanuna göre daha erken yaşta reşit olma durumu hariç, her insanın çocuk sayıldığı yaş. 25. İstismara bağlı genellikle 3 yaş altı çocuklarda görülen kırık türlerinden biri. 26. Fiziksel istismarı düşündürecek morlukları.

Yayın Yönetmenleri

Doç. Dr. Orhan Odabaşı

Doç. Dr. Özen Aşut

Yardımcı Yayın Yönetmenleri

Dr. Aylin Sena Beliner

Doç. Dr. Aysun B. Odabaşı

Bilimsel Danışma Kurulu

Acil Tıp

Dr. Bülent Erbil

Adli Tıp

Prof. Dr. Hamit Hancı

Prof. Dr. Ümit Biçer

Aile Hekimliği

Dr. Mehmet Özen

Çocuk Cerrahisi

Prof. Dr. Onur Özen

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Prof. Dr. Ufuk Beyazova (Sosyal Pediatri)

Dr. Ali Süha Çalikoğlu (Endokrin)

Prof. Dr. Şükrü Hatun (Endokrin)

Prof. Dr. Nural Kiper (Göğüs Hastalıkları)

Prof. Dr. Serdar Kula (Kardioloji)

Prof. Dr. Figen Şahin (Sosyal Pediatri)

Prof. Dr. S. Songül Yalçın (Sosyal Pediatri)

Dr. Adnan Yüce

Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

Prof. Dr. Bahar Gökler

Yrd. Doç. Dr. Dilşat Foto Özdemir

Deri Hastalıkları

Prof. Dr. Ertan Yılmaz

Tıp Tarihi ve Etik

Prof. Dr. Berna Arda

Prof. Dr. Nüket Örnek Büken

Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon

Prof. Dr. Yeşim Gökçe Kutsal

Genel Cerrahi

Prof. Dr. Osman Abbasoğlu

Prof. Dr. Semih Baskan

Prof. Dr. İskender Sayek

Prof. Dr. Cem Terzi

Genel Pratisyenlik

Dr. Remzi Karşı

Dr. Alfert Sağdıç

Dr. Mustafa Sülkü

Dr. Figen Şahpaz

Dr. Emrah Şeyhoğlu

Dr. Fatih Şua Tapar

Dr. Yılmaz Yıldız

Halk Sağlığı

Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu

Prof. Dr. Dilek Aslan

Doç. Dr. Deniz Çalışkan

Prof. Dr. Muzaffer Eskiocak

Prof. Dr. Sibel Kalaça

Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış

Doç. Dr. Özlem Sarıkaya

İç Hastalıkları

Prof. Dr. Erdal Akalın (Enfeksiyon)

Prof. Dr. Murat Akova (Enfeksiyon)

Prof. Dr. Önder Ergönül (Enfeksiyon)

Prof. Dr. Çetin Turgan (Nefroloji)

Prof. Dr. Serhat Ünal (Enfeksiyon)

Kadın Hastalıkları ve Doğum

Doç. Dr. Polat Dursun

Prof. Dr. Haldun Güner

Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları

Doç. Dr. Orhan Yılmaz

Nöroloji

Prof. Dr. Özden Şener

Ortopedi ve Travmatoloji

Prof. Dr. Sinan Adıyaman

Prof. Dr. Muharrem Yazıcı

Psikiyatri

Prof. Dr. Berna Uluğ

Prof. Dr. Aylin Uluşahin

Tıbbi Farmakoloji

Prof. Dr. Alper İskit

Tıp Eğitimi

Doç. Dr. Melih Elçin

Tıp Hukuku

Av. Mustafa Güler

Araştırma/Research

Öğrencilerimizin Keneler ve Kırım Kongo

Kanamalı Ateşi Hakkındaki

Bilgi, Tutum ve Davranışları 206

Dr. Aynur Yalçıntaş, Dr. Püren Cura Ecevit,

Dr. Burcu Kayhan Tetik

Gebe Kadınlarda Vücut Kompozisyonunun Belirlenmesi 210

Ayşe Burcu Başçı, Dr. Gülay Yılmazel,

Dr. Nuriye Büyükkayacı Duman

KOAH Tanısı İle Hastaneye Sık Başvuran Hastaların Anksiyete ve Depresyon

Düzeylerinin Belirlenmesi 214

Sevda Pınar Mehel Tutuk,

Dr. Özlem Şahin Altun

Bisiklet Kullanımı ile İlişkili Ölümler 223

Dr. Mehmet Cavlak, Dr. M. Feyzi Şahin,

Dr. Ziyaettin Erdem, Dr. Mustafa Cihad Gül,

Dr. Adem Gür, Dr. Muhammed Demir,

Dr. Ahmet Necati Şanlı, Dr. Muhlis Yıldız,

Dr. Aysun Balseven Odabaşı, Dr. Ali Rıza Tümer

Derleme/Review Article

Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Küresel Durum Raporu 2010 ve Ülkemizdeki Durum 228

Ayla Açıkgoz, Dr. Belgin Ünal

Çocuk İstismar ve İhmaline Birinci Basamakta Yaklaşım 239

Dr. Esra Meltem Koç, Dr. Figen Şahin Dağlı,

Dr. Rabia Kahveci, Dr. Duygu Ayhan Başer,

Dr. Adem Özkara

Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Dr. Bayazıt İlhan

Hazırlık ve Tasarım

Yeter Canbulat

Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED) Türk Tabipleri Birliği tarafından birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin sürekli eğitimi için iki ayda bir yayımlanmaktadır.

Basım Tarihi: 15 Ekim 2014

STED, TÜBİTAK Türk Tıp Dizini içinde yer almaktadır.



Kapak Fotoğraf:
"Mümkünlü Köyü"

Sağlık Memuru Hasan Yaşar
TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2013
Sergi Öülü

Basım Yeri: Başak Matbaacılık ve Tanıtım Hizmetleri Ltd. Şti.
Tel: 0 312 397 16 17 / Adres: Macun Mah. Anadolu Bulvarı
Mesa Plaza No: 5/15
Gimat-Yenimahalle / Ankara

Vergi Dairesi: Ostim Vergi Dairesi No: 144 005 6234 -
Ticaret Sicil No: 131/133



Merhaba,

Aynur Yalçıntaş ve arkadaşlarının "Öğrencilerimizin Keneler ve Kırım Kongo Kanamalı Ateşi Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları" isimli çalışmalarında son yıllarda Türkiye'de görülme sıklığında artış olan Kırım Kongo Kanamalı Ateşi hakkında öğrencilerin bilgi, davranış ve tutumlarının saptanması amaçlanmıştır.

Çalışmada yazarlar, öğrencilerin yanı sıra kamu kurum ve kuruluşlarında çalışanların, imamların, muhtarların da Kırım Kongo Kanamalı Ateşi hakkında bilgilendirilmesini önermektedirler.

Ayşe Burcu Başçı ve arkadaşlarının "Gebe Kadınlarda Vücut Kompozisyonunun Belirlenmesi" isimli çalışmalarında gebe izlem polikliniklerine başvuran gebe kadınların antropometrik incelemelerinin yapılarak vücut kompozisyonlarının ve ilişkili faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yazarlar, birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılan gebe izlemleri ve ev ziyaretlerinde anne adaylarının obeziteye yatkınlık durumlarının değerlendirilmesini, izlemlerde Beden Kitle İndeksi'lerinin yanı sıra bel/kalça çevresi göstergesinin kullanılmasını önermektedirler.

Sevda Pınar Mehel Tutuk ve Özlem Şahin Altun "KOAİ Tanısı ile Hastaneye Sık

Başvuran Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi" isimli çalışmalarında acil servise başvuran KOAH'lı hastaların hastane anksiyete ve depresyon açısından risk altında oldukları saptamışlar.

Yazarlar KOAH'lı hastaların sağaltım ve bakımında hastaların fiziksel durumları gibi anksiyete ve depresyon durumunun da rutin olarak değerlendirilmesi ve hastanın profesyonel yardım almasının sağlanmasını önermektedirler.

Mehmet Cavlak ve arkadaşları "Bisiklet Kullanımı ile İlişkili Ölümler" isimli çalışmalarında bisiklet kullanımı ile ilişkili kazaların ve ölümlerin önüne geçilmesinin en önemli yolunun bisiklet yollarının yapılması olduğunu vurgulayıp ayrıca çocukluk çağında bisiklet kullanımına denge, dikkat ve koordinasyon sağlandıktan sonra başlanmasını, kask kullanımının gerekliliğini ve önemini ailelere anlatılmasını, bu konuda farkındalık ve duyarlılık geliştirilmesinin çocukluk çağında bisiklet kazalarına bağlı yaralanma ve ölümlerin önüne geçilmesinde önemli buluyorlar.

Ayla Açıkgöz ve Belgin Ünal "Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Küresel Durum Raporu 2010 ve Ülkemizdeki Durum" isimli çalışmalarında bulaşıcı olmayan hastalıkların önde gelen ölüm nedenlerinden olduğunu, bu hastalıkların Dünya'da düşük ve orta gelire sahip toplumlarda en yüksek düzeyde görüldüğünü vurgulamaktadırlar. Bu derlemede bulaşıcı olmayan hastalıkların ve risk faktörlerinin günümüzdeki durumu ve bulaşıcı olmayan hastalıklarının önlenmesi ve kontrolüne yönelik yol haritasını içeren Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara İlişkin Küresel Durum Raporu değerlendirilmiş ve ülkemizin verileri tartışılmıştır.

Esra Meltem Koç ve arkadaşları "Çocuk İstismar ve İhmaline Birinci Basamakta Yaklaşım" isimli çalışmalarında, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini sunan, bireylerin ilk değerlendirmesini yapan aile hekimleri, çocuk ihmal ve istismarı için ilk tanıda ya da kuşku duyulan olguların araştırılmasında önemli role sahip olduğunu vurgulamaktadırlar.

Bilimsel ve dostça ...



Fotoğraf: "Ayrılık Zamanı" Dr. Gülay Çeliker
TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2013- Sergil Ödülü

Öğrencilerimizin Keneler ve Kırım Kongo Kanamalı Ateşi Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları

The Knowledge, Attitude and Behavior About Ticks and Crimean Congo Haemorrhagic Fever of our Students

Araştırma



Research

Dr. Aynur Yalçıntaş, Dr. Püren Cura Ecevit**, Dr. Burcu Kayhan Tetik****

Geliş tarihi : 27.07.2014

Kabul tarihi: 10.10.2014

Öz

Giriş ve Amaç: Son yıllarda Türkiye'de görülen sıklığındaki artış nedeniyle ilgi gösterilen bir hastalık haline gelen Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) kenelerle bulaşır. %3-30 oranında mortaliteye sahip olan bu hastalık için öğrencilerin bilgi ve bilinç durumunu tespit etmek, tutum ve davranışlarını saptamak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız kesitsel tipte araştırma olup 2013 yılı mart ayında Konya'nın Çeltik İlçesi'nde eğitim öncesinde öğrencilere 14 sorudan oluşan anket uygulanmıştır. İstatistiksel veriler SPSS ver 15.0 ile istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 174 öğrencinin yaş ortancası 16 yıl (min:13; max:19,5), %43,1'i (n=75) kız, %56,9'u (n=99) erkektir. %83,9'u (n=146) daha önce kenelerle ilgili herhangi bir eğitim almadıklarını belirtmiştir. Öğrencilerin çoğunluğu KKKA'nın kenelerle bulaştığını (%56,9 (n=99)), inkübasyon süresinin 3-14 gün olduğunu (%90,2 (n=157)) ve en çok temmuz ayında görüldüğünü (%73 (n=127)) bilmiyorlardı.

Sonuç: Öğrencilerin yanı sıra kamu kurum ve kuruluşlarında çalışanlara, imamlara, muhtarlara yönelik gerek slayt anlatımı ile gerek broşür dağıtımı ile bilgilendirilmeleri, ayrıca yazılı ve görsel basın bu konuya daha fazla zaman ayırması gerekmektedir.

Anahtar sözcükler: Keneler, Kırım Kongo Kanamalı Ateşi, Öğrenciler, Bilgi, Tutum, Davranış

Abstract

Introduction and Aim: Crimean-Congo Hemorrhagic Fever (CCHF) that has received attention due to the increase in the incidence of a disease in recent years in Turkey is transmitted by ticks. For this disease, with 3-30% mortality rate, to identify students' knowledge and awareness of the state has been aimed, in order to determine attitudes and behaviors.

Material and Method: Our study is a cross sectional survey and on March 2013, a questionnaire consisting 14 questions was administered to the students before training in Çeltik, Konya. SPSS 15.0 statistical data given level of statistical significance with $p < 0.05$ was accepted.

Results: The median age of the 174 students included in the study was 16 years (min: 13, max:19.5), 43.1% (n = 75) were female, 56.9% (n = 99) were male. 83.9% (n = 146) did not receive any training on ticks previously stated. The majority of students did not know that; CCHF ticks are infected (56.9% (n = 99)), the incubation period 3-14 days is (90.2% (n = 157)) and most in July, is seen (73% (n= 127)).

Conclusion: It is essential that officers working in public institutions and organizations, imams, village headmen as well as students should be informed by means of leaflets or lectures with slides; in addition written and visual media should devote more time to this issue.

Key words: Ticks, Crimean-Congo Hemorrhagic Fever, Students, Knowledge, attitudes, behaviors

* Uzm.; Aile Hekimliği, Karatay 09 No'lu Aile Sağ. Merkezi, Konya

** Uzm.; Aile Hekimliği, Meram 25 No'lu Aile Sağ. Merkezi, Konya

*** Uzm.; Aile Hekimliği, Bağlar Toplum Sağ. Merkezi, Diyarbakır

Giriş

Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA); ateş, üşüme, titreme, yaygın kas ağrıları, baş ağrısı, yüzde ve gözlerde kızarıklık, bulantı, kusma, ishal yakınmaları ile başlayan, kanamalarla seyreden ve %3-30 mortaliteye sahip zoonotik ciddi bir hastalıktır (1,2). Son yıllarda Türkiye’de görülme sıklığındaki artış nedeniyle ilgi gösterilen bir hastalık haline gelmiştir. Türkiye’de ilk kez 2002 yılının ilkbahar ve yaz aylarında, özellikle Tokat ve çevresinde görülen daha sonra İç ve Doğu Anadolu Bölgeleri’nin kuzeyi ile Karadeniz Bölgesi’nin güney kısımlarını kapsayan geniş bir coğrafi alanda Sivas, Yozgat, Erzurum, Erzincan, Çorum, Amasya, Gümüşhane ve Bayburt illerinde kene teması öyküsü olan, ateş ve kanamalarla seyreden salgın dikkati çekmiş, 2003 yılında hastalığın KKKA hastalığı olduğu anlaşılmıştır (3,4). Sağlık Bakanlığı 2002-2009 yıllarında ülkemizde yaklaşık 4.453 olgunun olduğunu ve bunlardan 218 olgunun ölümle sonuçlandığını bildirmiştir (5). Hastalıktan korunmak için bireylerin bilgi ve bilinç durumunu tespit edip, duruma uygun tedbirler alınmalıdır. Bu araştırmada Konya’nın Çeltik İlçesi’nde bölgenin kırsal alan olması ve yaz aylarında çocukların da tarlalarda çalışıyor olmaları nedeniyle öğrencilerimizin keneler ve KKKA konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarını saptamak ve bilgi düzeylerini artırmak amaçlanmıştır. ,

Gereç ve Yöntem

Çalışmamız kesitsel tipte araştırma olup 2013 yılı mart ayında Konya’nın Çeltik ilçesi’nde yapılmıştır. Çalışmamızın evrenini Çeltik ilçesi’ndeki Çeltik ve Gökpınar Liselerindeki 190 öğrenci oluşturmuştur. Sağlık Bakanlığı, Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) aracılığıyla KKKA hakkında liselere eğitim verilmesini istemiştir. Eğitim öncesinde öğrencilere 14 sorudan oluşan anket uygulanmıştır. Öğrencilere anket öncesi çalışmanın amacı, kimler tarafından yapıldığı, kişisel bilgilerinin saklı kalacağı açıklanmıştır. Anket ön deneme amacıyla 10 öğrenciye uygulanmıştır. Gerekli düzeltmelerden sonra ankete son şekli verilmiştir. Bu öğrencilerden 10’una ön deneme testi yapıldığı, 3’ü hastalık sebebiyle okulda olmadığı ve 3’ü ankete cevap vermek istemediği için 174 öğrenciye ulaşılmıştır. Çalışmamıza katılım oranı %91,5’tir. Toplam 14 sorudan oluşan ankette öğrencilerin demografik özellikleri ile birlikte keneler ve

KKKA ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları sorgulanmıştır. Verileri değerlendirirken tanımlayıcı istatistikler (sayısal parametrelerde ortalama, standart sapma, ortanca, minimum ve maximum değerler; kategorik değişkenlerde yüzde (olgu sayısı)), karşılaştırmalı istatistikler söz konusu olduğunda ki-kare testi kullanılmıştır. İstatistiksel veriler SPSS ver 15.0 ile istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

Bulgular

Çalışmaya dahil edilen 174 öğrencinin yaş ortancası 16 yıl (min:13; max:19,5) dır. Öğrencilerin %43,1’i (n=75) kız, %56,9’u (n=99) erkektir.

Öğrencilerin %83,9’u (n=146) daha önce kenelerle ilgili herhangi bir eğitim almadıklarını belirtmiştir. Yaşamlarının bir döneminde kene gören öğrenci oranı %57,5 (n=100) tir. %3,4 (n= 6) öğrenci kene tarafından ısırılmıştır. Öğrencilerin %8’i (n=14) daha önce kene çıkartmıştır.

Öğrencilerin çoğunluğu KKKA’nin kenelerle bulaştığını (%56,9 (n=99)), inkübasyon süresinin 3-14 gün olduğunu (%90,2 (n=157)) ve en çok temmuz ayında görüldüğünü (%73 (n=127)) bilmiyorlardı. Öğrencilerin %17,3’ü (n=30) en çok nisan ayında görüldüğünü düşünüyorlardı. KKKA’nin belirtilerini (ateş, üşüme, titreme, yaygın kas ağrıları, baş ağrısı, yüzde ve gözlerde kızarıklık, bulantı, kusma, ishal ve halsizlik) %46,6’sı (n=81) bilmiyordu. Öğrencilerin yalnızca %1,7’si (n= 3) bütün belirtileri biliyordu. En çok bilinen belirti ateş olup %14,9’u (n=26) biliyordu. Araştırmaya katılan öğrencilerin KKKA hakkındaki bilgilerinin cinsiyete göre dağılımı Tablo 1’de verilmiştir

Tarlaya, piknik alanına giderken açık renkli ve vücutta açık yer bırakmayan giysiler giyilmesi gerektiğini öğrencilerin %33,9’u (n=59) bilmiyordu. Kırsal alandan, ormandan ya da tarladan dönüşte vücutta nerelerin kontrol edilmesi gerektiğini %42,5’i (n=74) bilmiyordu. %6,9’u (n=12) ile vücudunun en çok ‘Bacakları kontrol ederim.’ yanıtını verdi. %1,1’i (n=2) en az ‘Koltuk altlarını kontrol ederim.’ cevabını verdi. %4,6’sı (n=8) ise tüm yerlerin kontrol edilmesi gerektiğini biliyordu. ‘Keneyi vücudunuzda görürseniz ne yaparsınız?’ sorusuna %74,1’i (n=129) ‘Hiçbir

Tablo 1. Öğrencilerin KKKA hakkındaki bilgilerinin cinsiyete göre dağılımı

		Erkek		Kız		χ^2 ; p
		n	%	n	%	
Daha önce kenelerle ilgili eğitim aldınız mı?	Evet	15	15,2	13	17,3	0,150; 0,698
	Hayır	84	84,8	62	82,7	
Daha önce hiç kene gördünüz mü?	Evet	66	66,7	34	45,3	7,946; 0,05
	Hayır	33	33,3	41	54,7	
Daha önce hiç kene tarafından ısırıldınız mı?	Evet	3	3	3	4	0,121; 0,728
	Hayır	96	97	72	96	
Daha önce hiç kene çıkardınız mı?	Evet	11	11,1	3	4	2,917; 0,088
	Hayır	88	88,9	72	96	
KKKA kenelerle bulaşan bir hastalık mıdır?	Evet	31	31,3	28	37,3	0,776; 0,678
	Hayır	10	10,1	6	8	
	Bilmiyorum	58	58,6	41	54,7	
KKKA en çok hangi ayda görülür?	Nisan	16	16,2	14	18,7	0,750; 0,687
	Temmuz	25	25,3	22	29,3	
	Bilmiyorum	58	58,6	39	52	
Hastalık kene ısırmasından sonra kaçınıcı günlerde ortaya çıkar	0-2 günde	9	9,1	14	18,7	6,990; 0,072
	3-14 günde	13	13,1	4	5,3	
	Bilmiyorum	77	77,8	57	76	
Toplam		n=99 % 100		n=75 % 100		

şey yapmadan en yakın sağlık kuruluşuna başvururum' biçiminde yanıt verdi. Araştırmaya katılan öğrencilerin KKKA hakkındaki tutumlarının cinsiyete göre dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tartışma

Son yıllarda KKKA'nın Türkiye'de görülme sıklığındaki artışı nedeniyle önemli halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Özellikle Konya'nın Çeltik İlçesi gibi tarımla uğraşan bölgelerde yaşayan insanların yaz aylarında keneye karşılaşma ihtimalleri yüksektir. Bu bölgede öğrencilerin de ailelerine yardımcı olmak için aileleri ile birlikte tarlada çalıştıkları ve mesire alanlarında oynadıkları göz önüne alınırsa lise öğrencilerinin bu konuda bilinçlendirilmesi oldukça önemlidir.

Erzurum'da 593 kişi ile yapılan çalışmada KKKA'nın kene ısırması ile bulaşabileceğini erkeklerin %93,9'u (n=322) ve kadınların %83,6'sı (n=209) bilmıştır (6). Eskişehir'de 20 yaş ve üzeri 1.500 kişi ile yapılan çalışmada katılımcıların %54'ü (n=799) KKKA'nın kene ile ilişkili bir hastalık olduğunu bilmüşlerdir (7). Kahramanmaraş'ta ebelik ve hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir çalışmada

öğrencilerin %93,3'ü KKKA'nın kene ısırmasıyla bulaştığını ve %75,8'i de enfekte hayvanın kanına doğrudan maruziyetle bulaşabileceğini bilmüşlerdir (8). Ankara'da yapılan bir çalışmada iki sağlık ocağına başvuran 405 erişkinden %89,8'i hastalığın kenelerle bulaştığını, %83,8'i ateşe neden olduğunu ve %65'i hastalıktan korunma yolları olduğunu bildiklerini tespit etmişlerdir (9). Çalışmamızda öğrencilerin %33,9'u (n=59) KKKA'nın kenelerle bulaştığını, %14,9'u (n=26) ateşe neden olduğu %66,1'i (n=115) korunma yollarını doğru bildiği gözlenmiştir. Çalışmamızda öğrencilerin cinsiyetlerine göre bilgi düzeyi karşılaştırmasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanılmamıştır. (p>0,05)

Tokat'ta çocuk polikliniğine gelen hastaların yakınlarında yapılan bir anket çalışmasında da katılımcıların yaklaşık %29'unun yeterli bilgi düzeyinde olmadığı belirtilmiştir (10). Çalışmamızda ise öğrencilerin %83,9'u (n=146) daha önce kenelerle ilgili herhangi bir eğitim almadıklarını belirtmişlerdir.

Erzurum'da yapılan çalışmada katılımcıların yaklaşık %90'ı tutunmuş keneyi çıkarmak için

Tablo 2. Öğrencilerin KKKA hakkındaki tutumlarının cinsiyete göre dağılımı

		Erkek		Kız		χ^2 ; p
		n	%	n	%	
Tarlaya, piknik alanına gidilirken kenelerin kolay fark edilebilmesi için ne tür elbiseler giyilmelidir?	Açık renkli ve vücutta açık yer bırakmayan giysiler	64	64,6	51	68	2,608; 0,456
	Koyu renkli ve vücutta açık yer bırakmayan giysiler	6	6,1	7	9,3	
	Bilmiyorum	29	29,3	17	22,7	
Keneyi vücudunuzda görürseniz ne yaparsınız?	Üstüne alkol, gaz yağı, kolonya döker eldivensiz çıkarmaya çalışırım	2	2	1	1,3	8,248; 0,041
	Kene çıkarma aleti ile eldivenli olarak çıkarmaya çalışırım	3	3	4	5,3	
	Hiçbirşey yapmadan en yakın sağlık kuruluşuna başvururum	67	67,7	62	82,7	
	Bilmiyorum	27	27,3	8	10,7	

sağlık kuruluşuna başvururum demiştir (6). Kenelerin çıkarma işlemi esnasında kolay çıkarılmasını sağlayan, ancak kenenin kusmasına neden olan kayganlaştırıcı maddeler kullanmadan çıkarılması gerekmektedir. Dolayısıyla kene çıkarma eğitimi almış sağlık personeli tarafından çıkarılması gerekmektedir (11). Al ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada kenelerin çoğunun hastanede doktor tarafından, bir kısmının ise kişinin kendisi ya da yakınları tarafından çıkarıldığı bildirilmektedir (12). Bizim çalışmamızda da benzer biçimde olguların büyük çoğunluğunda %74,1'i (n=129) 'Hiçbir şey yapmadan en yakın sağlık kuruluşuna başvururum' diyerek kenelerin sağlık personeli tarafından çıkarılması gerekliliğini belirtmiştir.

İnsanlarda kene tutması ile ilgili yapılan araştırmalarda; en sık baş, boyun, ayak, karın ve kasık bölgelerinde tutma olduğunu bildirmektedirler. Bir çalışmada da uyluk, bacak ve ayakların en sık tutulduğu saptanmıştır (13).

Çalışmamızda kırsal alandan, ormandan ya da tarladan dönüşte vücutta nerelerin kontrol

edilmesi gerektiği ile ilgili soruda %42,5'i (n=74) bilmediğini belirtirken, bilenlerin %6,9'u (n=12) ile vücudunda en çok bacakların kontrol edilmesi gerektiğini belirtmiştir. Çalışmamızda olduğu gibi neredeyse tuttuğunu bilenlerin en çok bacak cevabını vermelerinin nedeni kenelerin bu bölgelere tutunmasının kolay olduğu şeklinde açıklanabilir. Ayrıca çocukların boyları daha kısa oldukları için otlar üzerinde bekleyen kenelerin, çocukların boyun kısımlarına tutunmalarının daha kolay olabileceği şeklinde yorumlanabilir. Öğrencilerin keneyi vücutlarında gördüklerinde ne yapmaları gerektiğine dair hazırlanan soruda cinsiyetlere göre verdikleri cevapta istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p:0,041). Ne tür elbise giymeleri gerektiği ile ilgili soruda cinsiyetlere göre verdikleri cevapta istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05).

İzmir'de yapılan bir çalışmada yaz aylarında ve özellikle ağustos ayında kenelerin daha fazla olduğu görülmüştür (14). Kenelerin bahar aylarından başlayarak, özellikle yaz

mevsiminde insanların kene ısırıklarına karşı oldukça dikkatli olmaları vurgulanmalıdır.

Sonuç

Sağlık Bakanlığı'nın bilgilendirme broşürlerini her sağlık kuruluşunda özellikle Aile Sağlığı Merkezleri'nde (ASM) ve TSM'lerde görmek olanaklıdır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı KKKA ve kenelerle ilgili slayt hazırlamış olup endemik bölgelerde hane eğitimlerinin yanı sıra okul öğrencilerine, kamu kurum ve kuruluşlarında çalışanlara, imamlara, muhtarlara yönelik de bu slaytlarla eğitimler verilmektedir.

Öğrencilerimizin kenelerle ve KKKA hakkında bilgi düzeylerinin yetersiz olması daha önce böyle bir eğitim almadıklarından kaynaklanıyor olabilir. Verdiğimiz eğitimin öğrencilerimizin ve ailelerinin günlük yaşamlarında etkili olacağını düşünmekteyiz. Diğer yandan her yıl sağlık çalışanlarına yönelik eğitici eğitimleri de güncelleyerek, toplumun gelişmelerden haberdar olması da sağlanmalıdır. Tüm bu çabaların artırılarak sürdürülmesi önerilebilir. Ayrıca yazılı ve görsel basının bu konuya daha fazla zaman ayırması gerekmektedir.

İletişim: Dr. Aynur Yalçıntaş

E-posta: draynurerturk@hotmail.com

Kaynaklar

1. Ergönül Ö. Crimean-Congo Hemorrhagic Fever. *Lancet Infect Dis* 2006; 6: 203-214.
2. Celik VK, Sari I, Engin A, Yildiz G, Aydin H, Bakir S. Determination of Serum Adenosine Deaminase and Xanthine Oxidase Levels in Patients with Crimean-Congo Hemorrhagic Fever. *Clinics (Sao Paulo)* 2010; 65: 697-702.
3. Maltezou HC, Papa A. Crimean-Congo Hemorrhagic Fever: Risk for Emergence of New Endemic Foci in Europe? *Travel Med Infect Di* 2010; 8: 139-43.
4. Yilmaz GR, Buzgan T, Irmak H, Safran A, Uzun R, Cevik MA, et al. The Epidemiology of Crimean-Congo Hemorrhagic Fever in Turkey, 2002-2007. *International Journal of Infectious Diseases* 2009; 13: 380-6
5. Ergönül Ö. Kırım Kongo Kanamalı Ateşi. *ANKEM Derg*, 2009; 23 (Ek 2):234-40.
6. Vançelik ve ark. Kırım Kongo Kanamalı Ateşi Hakkında Bilgi ve Tutumlar, *Türkiye Parazitoloj Derg* 2012; 36: 156-9
7. Arıkan I, Kasıfoğlu N, Metintas S, Kalyoncu C. Knowledge, Beliefs, and Practices Regarding Tick Bites in the Turkish Population in a Rural Area of the Middle Anatolian Region. *Trop Anim Health Prod* 2010; 42: 669-75.
8. Ozer A, Miraloglu M, Ekerbicer HC, Cevik F, Aloglu N. Knowledge Levels About Crimean-Congo Hemorrhagic Fever among Midwifery and Nursing Students in Kahramanmaraş, Turkey. *Se Asian J Trop Med* 2010; 41: 77-84.
9. Cilingiroglu N, Temel F, Altintas H. Public's Knowledge, Opinions and Behaviors about Crimean-Congo Hemorrhagic Fever: An Example from Turkey. *Kafkas Univ Vet Fak* 2010; 16:17-22.
10. Yilmaz R, Ozcetin M, Erkorkmaz U, Ozer S, Ekici Crimean Congo Hemorrhagic Fever in Tokat Turkey. *Iran J Arthropod-Bor* 2009; 3:12-7.
11. Karaman U. Beydağı Devlet Hastanesi'ne Gelen Kene Enfestasyonu Vakalarının Değerlendirilmesi ve Kenelerde Tür Ayrımı, 16. Ulusal Parazitoloji Kongresi; Kasım 1-7; Adana-Türkiye:2009.p. 256.
12. Al B, Yıldırım C, Soğut O, Yeşilkaya A. Batman Devlet Hastanesi Acil Servisi'ne 7 ayda Başvuran 39 Kene Isırığının Değerlendirilmesi. *Akademik Acil Tıp Dergisi* 2008; 7: 40-3.
13. Gunduz A, Turkmen S, Turedi S, Nuhoglu I, Topbas M. Tick Attachment Sites. *Wilderness Environ Med* 2008; 19: 4-6.
14. Leyla Over, Tonay İnceboz, Nur Yapar, Serkan Bakırcı, Türkan Gunay, Ciler Akısu, Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'ne Kene Tutması Yakınması ile Başvuran Olguların Araştırılması. *Türkiye Parazitoloj Derg* 2012; 36: 75-81.



Gebe Kadınlarda Vücut Kompozisyonunun Belirlenmesi

Assessment of Body Composition in Pregnant Women

Ayşe Burcu Başçı*, Dr. Gülay Yılmazel*, Dr. Nuriye Büyükkayacı Duman***

Geliş tarihi : 27.07. 2014

Kabul tarihi: 10.08.2014

Öz

Amaç: Bu çalışma gebe izlem polikliniklerine başvuran gebe kadınların antropometrik incelemelerinin yapılarak vücut kompozisyonlarının ve ilişkili etmenlerin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu araştırma Çorum İlinde yapıldı. Araştırmanın evrenini Haziran 2014 tarihinde bir eğitim ve araştırma hastanesinin gebe izlem polikliniklerine başvuran 150 gebe kadın oluşturdu. Araştırmaya katılmayı kabul eden 100 gebe kadına araştırmacılar tarafından hazırlanan 30 soruluk bir anket formu uygulandı. Anket formunda gebe kadınların sosyo-demografik özellikleri ve doğurganlık ve klinik özellikleri sorgulandı. Uygulama sonrasında kadınların gebe kadınların boyları ve kiloları ölçülerek Beden Kitle İndeks'leri hesaplandı. Bel ve kalça çevreleri ölçülerek abdominal obezite durumları değerlendirildi.

Bulgular: Gebe kadınların %60'ının hafif şişman/şişman olduğu belirlenmiştir. Gebe kadınların %86'sında abdominal obezitenin varlığı saptanmıştır. 30 yaş ve üzerindeki kadınların %77.4'ünün, gestasyon haftası 25 ve üzerinde olanların %75'inin, en az bir kez doğum yapanların %67.7'sinin hafif şişman/şişman olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Gebe kadınların diyastolik kan basınçları arttıkça beden kitle indekslerinin de arttığı saptanmıştır ($p<0.001$).

Tartışma ve Sonuç: Birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılan gebe izlemleri ve ev ziyaretlerinde anne adaylarının obeziteye yatkınlık durumları değerlendirilmeli, ağırlık artışları düzenli takip edilmelidir. Tüm izlemlerde Beden Kitle İndeks'lerinin yanı sıra bel/kalça çevresi göstergesi kullanılmalıdır.

Anahtar sözcükler: Gebe kadınlar, Vücut kompozisyonu, Antropometrik göstergeler

Abstract

Objective: The study was conducted for examining body compositions and related factors in pregnant women applying to pregnancy monitoring policlinics by conducting anthropometric tests.

Methodology: This descriptive study was carried out in Çorum Province. The universe consisted of 150 pregnant women who applied to pregnancy monitoring policlinics of a training and research hospital in June 2014. A questionnaire of 30 questions was applied to 100 of these women who agreed to respond. The questions focused on socio-demographic, fertility and clinical characteristics of women. Following the questionnaire weight and height of pregnant women were measured and their body mass indices were calculated. Also, their status of abdominal obesity was assessed by measuring waist and hip circumferences.

Findings: It was observed that 60% of pregnant women were mildly overweight/overweight. 86% of pregnant women were found as having abdominal obesity. 77.4% of women over age 30, 75% of those with gestation weeks of 25 or longer and 67.7% of those who have given at least 1 birth earlier were found to be mildly overweight /overweight ($p<0.05$). It was found that women's body mass index increases along with increase in their diastolic blood pressure ($p<0.001$).

Discussion and Conclusion: The vulnerability of pregnant women to obesity must be assessed through home visits and monitoring by first and second step health facilities and their weight gains must be closely followed. In all examinations, waist circumference and waist/hip ratio indicator must be used in addition to body mass index.

Key words: Pregnant women, Body composition, Anthropometric indicators

*Arş. Gör.; Hitit Ü, Sağlık YO, Çorum

**Arş.Gör.; Ph.D. Hitit Ü. Sağlık YO, Çorum

***Yrd. Doç.; Ph.D. Hitit Ü. Sağlık YO, Çorum

Giriş ve Amaç

Dünya genelinde maternal obezite ve ona eşlik eden komorbid durumların giderek arttığı ve bu durumun önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu bildirilmektedir (1). Maternal obezite gebelik ve doğum komplikasyonlarını artıran bir risk olmasının yanı sıra yenidoğan ölümlerini, çocukluk çağı obezitesini ve diyabeti artıran bir faktör olarak kabul edilmektedir (2). İngiltere’de gebe kadınların ve bebeklerin sağlığı üzerinde olumsuz etkiler bırakan obezitenin artış göstermesi nedeniyle tüm gebe kadınlarda antropometrik ölçümlerin hesaplanması önerilmektedir (3).

Son 20 yılda, gelişmiş ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de, sosyoekonomik durumun ve beslenme alışkanlıklarının değişmesi ile birlikte obezite görülme oranlarında artış görülmüştür. Obezitenin kadınlarda daha sık görülmesinin nedenlerinin başında gebelik öncesi ve gebelik döneminde kazanılan ağırlık fazlalığı gelmektedir (4). Bu nedenle antenatal dönemden başlanarak antropometrik ölçümlerin rutin izlenmesi, normalden sapmaların önlenmesi anne ve yenidoğanın sağlığı açısından önemlidir.

Bu çalışma gebe izlem polikliniklerine başvuran gebe kadınların antropometrik incelemelerinin yapılarak vücut kompozisyonlarının ve ilişkili etmenlerin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı tipteki bu araştırma Çorum İlinde yapıldı. Araştırmanın yürütülebilmesi için öncelikle On dokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi’nden etik kurul onayı ile katılımcılardan yazılı ve sözlü onamlar alındı. Araştırmanın evrenini Haziran 2014 tarihinde bir eğitim ve araştırma hastanesinin gebe izlem polikliniklerine başvuran 150 gebe kadın oluşturdu. Örneklem seçimine gidilmedi. Araştırmaya katılmayı kabul eden 100 gebe kadına araştırmacılar tarafından hazırlanan 30 soruluk bir anket formu uygulandı. Anket formunda gebe kadınların sosyo-demografik özellikleri ile doğurganlık ve klinik özellikleri sorgulandı. Uygulama sonrasında gebe kadınların ağırlıkları dijital baskül, boy uzunlukları, bel ve kalça çevreleri mezura ile ölçüldü. Gebelerin kan basınçlarının ölçümünde aneroid tansiyon aleti kullanıldı.

Gebelerin vücut ağırlıkları DSÖ’nün Beden Kitle İndeksi (BKİ) ve abdominal obezite sınıflanmasına göre değerlendirildi. BKİ’si <18.5 kg/m² olanlar zayıf, 18.5-.24.9 kg/m² olanlar normal, 25.0-29.9 kg/m² olanlar hafif şişman, >30.0 kg/m² olanlar şişman; bel/kalça oranı 0.85’in üzerinde olanlar abdominal obezite olarak değerlendirildi (5). Gebe kadınların kan basınçlarının değerlendirilmesi JNC’nin VII. raporuna göre yapılarak 140/90 mmHg üzeri hipertansiyon olarak kabul edilmiştir (6).

Elde edilen veriler SPSS 17.0 programı ile değerlendirildi. Değerlendirmelerde yüzdellik, ortalama ve Ki kare testi ve Pearson Korelasyon Analizi kullanıldı (p<0.05 değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi).

Bulgular

Araştırma grubunun yüzde 35.0’i 25-29 yaş grubunda olup yaş ortalamaları 26.83±5.16’dır. Gebe kadınların yüzde 64.0’ünün eğitim düzeyi ortaokul ve altındadır. Katılımcıların yüzde 69.0’u çekirdek aile tipine sahip, yüzde 84.0’ü ev hanımıdır. Kadınların yüzde 39.0’u gelir düzeylerinin iyi olduğunu beyan etmiştir.

Araştırma grubunun doğurganlık ve klinik özellikleri Tablo 1’de verilmiştir. Gebe kadınların yüzde 66.0’sı birden fazla gebeliğinin olduğunu, yüzde 60.6’sı gebelikleri arasındaki sürenin 2 yıl ve daha fazla olduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların yüzde 64.0’ünde gestasyon haftası 25 hafta ve üzerinde olup yüzde 62.0’si en az bir kez canlı doğum yapmıştır. Katılımcıların yüzde 20.0’sinde en az bir kronik hastalık olduğu belirlenmiştir. En yaygın görülen kronik hastalıklar sırasıyla tiroid bozuklukları, diyabet ve hipertansiyondur. Katılımcıların yüzde 86.0’sında abdominal obezite saptanmış olup yüzde 60.0’inin hafif şişman/şişman olduğu belirlenmiştir.

Araştırma grubunun doğurganlık ve klinik özelliklerine göre BKİ’leri Tablo 2’de gösterilmiştir. 24 yaş ve altındakilerin yüzde 64.7’si, 30 yaş ve üzerindeki yüzde 77.4’ü hafif şişman/şişmandır (p<0.05). Gebelik sayılarına göre kadınların BKİ’leri incelendiğinde birden fazla gebeliği olan kadınların yüzde 66.7’sinin, gebelikleri

arasında iki yıldan az süre olanların yüzde 73.1'inin hafif şişman/şişman olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$). Gebelik haftası 25 hafta ve üzerinde olanların %75.0'inin, en az bir kez canlı doğum yapanların %67.7'sinin hafif şişman/şişman olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Ayrıca herhangi bir kronik hastalığı olanların %70.0'inin, abdominal obez olanların %62.8'inin hafif şişman/şişman olduğu saptanmıştır ($p>0.05$).

Gebe kadınların sistolik kan basıncı ortalamaları 109.61 ± 13.85 ve diyastolik kan basıncı ortalamaları 66.55 ± 9.12 'dir. Gebe kadınların sistolik kan basınçları arttıkça diyastolik kan basınçlarının ve BKİ'lerinin arttığı, sistolik ve diyastolik kan basınçları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Kadınların diyastolik kan basınçları arttıkça BKİ'lerinin de arttığı, diyastolik kan basıncı ile BKİ arasındaki ilişkinin pozitif yönde ve anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$).

Tablo 1. Araştırma grubunun doğurganlık ve klinik özellikleri		
Doğurganlık özellikleri (n=100)	Sayı	%
Gestasyon sayısı		
1	34	34.0
1'den fazla	66	66.0
Gestasyonlar arasındaki süre (n=66)		
2 yıldan az	26	39.4
2 yıl ve daha fazla	40	60.6
Gestasyon haftası		
12 haftalık ve altı	16	16.0
13-24 haftalık	20	20.0
25 haftalık ve üzeri	64	64.0
Canlı doğum yapmış olma		
Yapmış	62	62.0
Yapmamış	38	38.0
Klinik Özellikler		
Kronik hastalıklar		
Var	20	20.0
Yok	80	80.0
BKİ		
Normal	40	40.0
Hafif şişman	40	40.0
Şişman	20	20.0
Bel/kalça oranı		
0.85 ve altı (Abdominal obez değil)	14	14.0
0.85'in üzeri (Abdominal obez)	86	86.0
Toplam	100	100.0

Tartışma

Antropometrik ölçümlere dayalı olarak gebe kadınlarda vücut kompozisyonunun değerlendirildiği bu çalışmada, gebelerin üçte ikisinin hafif şişman/şişman olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Ülkemizde obezite anne adayları ve anneler için ciddi bir problemdir. Nitekim TNSA 2008 sonuçlarına göre annelerin %58.0'i şişmandır (7). Malatya'da yapılan başka bir çalışmada gebelerin yaklaşık %27.0'sinin hafif şişman/şişman olduğu saptanmıştır (8). Yurtdışında yapılan araştırmaların sonuçlarına göre gebe kadınlarda hafif şişman/şişmanlık oranlarının %40.0- %50.0 arasında değişmektedir (3,9). Ancak bu çalışmada gebe kadınlarda şişmanlık oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Obezite ile ilişkili bir sağlık riski olan abdominal obezitenin değerlendirilmesinde güçlü bir gösterge olarak kabul edilen bel/kalça çevresi oranının gebelikte aşırı ağırlık kazanımı nedeniyle arttığı raporlanmıştır (5,10-11). Nitekim bu çalışmada da gebelerin %86.0'ında abdominal obezite saptanmıştır (Tablo 1). Konuyla ilgili olarak İran'da yapılan bir çalışmada gebe kadınların yaklaşık %35.0'inde abdominal obezite saptanmıştır (12). Bu çalışmada kadınlarda bel/kalça oranının gebelikte aşırı ağırlık kazanımından etkilendiği söylenebilir.

Araştırma grubundaki 30 yaş ve üzerindeki gebe kadınlarda hafif şişmanlık/şişmanlık oranları anlamlı ölçüde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 2). Benzer sonuç ülkemizde yapılan diğer çalışmaların sonuçları ile uyumludur (8,13). Bu durum yaşlanmanın vücut yağının dağılımı üzerinde etki oluşturarak BKİ'de değişikliklere yol açması ile açıklanmaktadır (5).

Bu çalışmada gestasyon haftası 25 ve daha fazla olan gebe kadınlarda hafif şişmanlık/şişmanlık oranlarının anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 2). Benzer sonuç İngiltere'de ve Hindistan'da yapılan çalışmalarda da ortaya konulmuştur. İleri gestasyon haftalarında BKİ'nin de arttığı, gestasyon haftası ile BKİ arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (3,14). Gebelikte gestasyon haftasının artmasıyla ağırlık

Tablo 2. Araştırma grubunun doğurganlık ve klinik özelliklerine göre BKİ

Doğurganlık ve klinik özellikleri (n=100)	BKİ						X ² /p
	Normal		Hafif şişman /şişman		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Yaş Grupları							
24 yaş ve altı	12	35.3	22	64.7	34	100.0	10.070/0.006
25-29 yaş	21	60.0	14	40.0	35	100.0	
30 yaş ve üzeri	7	22.6	24	77.4	31	100.0	
Gestasyon sayısı							
1	18	52.9	16	47.1	34	100.0	3.595/0.058
1'den fazla	22	33.3	44	66.7	66	100.0	
Gestasyonlar arasındaki süre (yıl) (n=66)							
2 yıldan az	7	26.9	19	73.1	26	100.0	1.652/0.199
2 yıl ve daha fazla	17	42.5	23	57.5	40	100.0	
Gestasyon haftası							
12 haftalık ve altı	11	68.8	5	31.3	16	100.0	16.719/0.000
13-24 haftalık	13	65.0	7	35.0	20	100.0	
25 haftalık ve üzeri	16	25.0	48	75.0	64	100.0	
Canlı doğum yapmış olma							
Yapmış	20	32.3	42	67.7	62	100.0	4.075/0.044
Yapmamış	20	52.6	18	47.4	38	100.0	
Kronik hastalıklar							
Var	6	30.0	14	70.0	20	100.0	1.042/0.307
Yok	34	42.5	46	57.5	80	100.0	
Bel çevresi							
0.85 ve altı (Abdominal obez değil)	8	57.1	6	42.9	14	100.0	1.993/0.158
0.85'in üzeri (Abdominal obez)	32	37.2	54	62.8	86	100.0	

kazanımında artış görülmesi beklenen bir durumdur. Ancak gebelik haftası ile uyumlu olmayan ağırlık artışı şişmanlık ile sonuçlanabilir.

Doğum kadınlarda vücut imajını ve kompozisyonunu değiştiren önemli bir etmendir (5). Irak'da yapılan bir çalışmada doğumun antropometrik ölçümlerde artış ile ilişkili olduğu saptanmıştır (15) Nitekim bu çalışmada da doğum yapan kadınlarda hafif şişmanlık/şişmanlık oranlarının anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Gebelik öncesi döneme göre ortalama kan basıncı değerlerinde artış olduğu belirtilmektedir (16). Bu çalışmada gebe kadınların kan basınçlarının 140/90 mm Hg'nın altında olduğu belirlenmiştir. Gebelerin diyastolik kan basınçları ile BKİ'leri arasında anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır. Hindistan'da yapılan bir çalışmada ise gebe kadınların sistolik ve diyastolik kan basıncı ortalamaları ile BKİ arasında anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır (14).

Sonuç ve Öneriler

Çalışmamızın sonuçları gebe kadınlarda şişmanlık ve abdominal obezitenin yaygın olduğunu göstermiştir. Birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılan gebe izlemleri ve ev ziyaretlerinde anne adaylarının obeziteye yatkınlık durumları değerlendirilmeli, ağırlık artışları düzenli takip edilmelidir. Tüm izlemlerde BKİ'nin yanı sıra bel/kalça çevresi göstergesi kullanılmalıdır. Ayrıca kadınlara gebelikte yeterli ve dengeli beslenme ile aile planlaması danışmanlığı yapılmalıdır.

İletişim: Gülay Yılmazel

E-posta: gulay-y19@hotmail.com

Kaynaklar

1. Leddy MA, Power ML, Schulkin J. The impact of maternal obesity on maternal and fetal health. Rev Obstet Gynecol 2008; 1(4): 170-178.
2. Persson M, Johansson S, Villamor E, Cnattingius S. Maternal overweight and obesity and risks of severe birth-asphyxia-related complications in term infants: a population-based cohort study in Sweden. PLoS Med 2014;11(5):1-9.

3. Rees GA, Porter J, Bennett S, Colleypriest O, Ellis L, Stenhouse E. The validity and reliability of weight and height measurements and body mass index calculations in early pregnancy. *J Hum Nutr Diet* 2012; 25: 117–120.
4. Samur G. Obezite ve gebelik. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı, Klasmat Matbaacılık 2008, Ankara. ss:7.
5. Waist circumference and waist–hip ratio: report of a WHO expert consultation, Geneva, 2008. World Health Organization 2011.
6. U.S. Department of Health and Human Services 2003. JNC-7 Express: The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure.
7. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2009) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
8. İrge E, Timur S, Zincir H, Oltuluoğlu H, Dursun S. Gebelikte beslenmenin değerlendirilmesi. *STED* 2005;14(7):157-160
9. Bhattacharya S, Campbell DM, Liston WA, Bhattacharya S. Effect of body mass index on pregnancy outcomes in nulliparous women delivering singleton babies. *BMC Public Health* 2007;7:168.
10. Flegal KM, Graubard BI, Williamson DF, Gail MH. Excess deaths associated with under-weight, overweight, and obesity. *JAMA* 2005; 293:1861-1867.
11. Hedley AA, Ogden CL, Johnson CL, Carroll MD, Curtin LR, Flegal KM. Prevalence of overweight and obesity among US children, adolescents, and adults, 1999–2002. *JAMA* 2004;291:2847-2850.
12. Ebrahimi-Mameghani M, Mehrabi E, Kamalifard M, Yavarikia P. Correlation between body mass index and central adiposity with pregnancy complications in pregnant women. *Health Promot Perspect* 2013; 3(1): 73-79.
13. Gümüş İ, Karakurt F, Kargılı A, Turhan N, Uyar M. Association between prepregnancy body mass index, gestational weight gain, and perinatal outcomes. *Turk J Med Sci* 2010; 40 (3): 365-370.
14. Ghosh A. Anthropometric and body composition characteristics during pregnancy: A study from West Bengal, India. *HOMO* 2012; 63:233– 240.
15. Mansour AA, Ajeel NA. Parity is associated with increased waist circumference and other anthropometric indices of obesity. *Eat Weight Disord* 2009;14(2-3):50-55.
16. Saryıldız L, Akdağ T. Some haematological and metabolic changes observed in pregnancy. *J Clin Anal Med* 2013;4(3): 245-248.

KOAH Tanısı ile Hastaneye Sık Başvuran Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi*

Determination of Hospital Anxiety and Depression Levels of Patients Admitted to Hospitals with COPD Diagnosis

Araştırma



Research

Sevda Pınar Mehel Tutuk**, Dr. Özlem Şahin Altun***

Geliş tarihi : 12.05.2014

Kabul tarihi: 12.08.2014

Öz

Amaç: Bu araştırma, Aralık 2013-Ocak 2014 tarihleri arasında, İç Anadolu Bölgesi'ndeki bir ilde, devlet hastanesi acil servisine KOAH tanısı ile sık başvuran hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapıldı.

Yöntem: Araştırmanın evrenini, Aralık 2013-Ocak 2014 tarihleri arasında, İç Anadolu Bölgesi'ndeki bir ilde, devlet hastanesi acil servisine KOAH tanısı ile başvuran hastalar oluştururken, örneklem seçiminde basit rastgele örnekleme yöntemlerinden biri olan gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılarak 200 KOAH'lı hasta örnekleme oluşturdu. Verinin toplanmasında hastaların sosyodemografik özelliklerini içeren sorular ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) kullanıldı. Verinin değerlendirilmesinde yüzdelik, ortalama, varyans analizi, t testi ve Kruskal- Wallis Testi uygulandı ve önem düzeyi 0.05 olarak alındı.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların %46'sının 55 yaşının üstünde, %58'inin kadın, %40'ının ise emekli olduğu belirlendi. Hastaların %48'inin 6-10 yıldır KOAH hastası olduğu, %78.5'inin KOAH nedeniyle hastanede yattığı saptandı. Hastaların HAD ölçeğinin Anksiyete alt boyutunun puan ortalaması 11.79 ± 2.52 , Depresyon alt boyutunun puan ortalaması 11.68 ± 2.07 ve toplam puan ortalamaları ise 23.47 ± 2.99 bulundu. Ayrıca hastaların sosyal güvence durumu ile depresyon puan ortalaması arasında ve hastaların birlikte yaşadıkları kişi ile anksiyete puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0.05$).

Sonuç: Araştırma sonucunda acile başvuran KOAH'lı hastaların hastane anksiyete ve depresyon açısından risk altında oldukları saptandı. KOAH'lı hastaların sağaltım ve bakımında hastaların fiziksel durumları gibi anksiyete ve depresyon durumunun da rutin olarak değerlendirilmesi ve profesyonel yardım almasının sağlanması önerilmektedir.

Anahtar sözcükler: Anksiyete, Depresyon, Kronik obstrüktif akciğer hastalığı

Abstract

Objective: The study was conducted in a province in Central Anatolia from December 2013 to January 2014 to assess levels of anxiety and depression in patients who frequently applied to the state hospital for COPD.

Methodology: The survey universe consisted of patients who applied to the emergency service of a state hospital in a Central Anatolia province with COPD diagnosis. 200 COPD cases were selected through the method of random sampling. Questions on socio-demographic characteristics of patients and Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) were used in collecting data. In evaluating data, percentages, averages, variance analysis, t-test and Kruskal-Wallis test were used and the level of significance was taken as 0.05.

Findings: Of patients covered by the survey, 46% were over age 55, 58% were women and 40% were retired persons. 48% have been living with COPD for 6 to 10 years and 78.5% had been hospitalized for this reason. Average score of anxiety sub-dimension of HADS in patients was found as 11.79 ± 2.52 , depression sub-dimension as 11.68 ± 2.07 and average total score as 23.47 ± 2.99 . Further, relationship between social protection status of patients and average depression score, and between persons they are living together with and average anxiety score was found statistically significant ($p < 0.05$).

Conclusion: The study showed that COPD patients applying to emergency services were under risk in terms of anxiety and depression. In treating and care of COPD patients it is suggested that state of anxiety and depression should be routinely assessed along with physical state of COPD and professional care should be extended.

Key words: Anxiety, Depression, Chronic Obstructive Lung Disease

*Bu araştırma birinci yazarın tezsiz yüksek lisans bitirme projesi olarak yapılmıştır. 13-15 Mayıs 2014 tarihlerinde Ankara'da yapılan 7. TSK Ulusal Hemşirelik Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

** Öğr. Gör.; İstanbul Şişli Meslek YO, İstanbul

***Yrd. Doç.; Atatürk Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Psikiyatri Hemş. AD, Erzurum

Giriş

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH); ilerleyici hava akımı obstrüksiyonu ile karakterize, tüm Dünya'da önemli bir mortalite ve morbidite nedeni olan bir hastalıktır. Bireylerin yaşamını fiziksel, duygusal, bilişsel, sosyal ve ekonomik olarak çok yönlü etkilemekte, günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılıklara neden olmaktadır (1,2).

Tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi KOAH'da yol açtığı organda işlev bozukluğu yanında sürekli ilaç kullanımı, hastaneye bağımlılık gibi etmenler nedeniyle geleceğe dair kaygıları artırır. KOAH'ın kronik bir hastalık olması nedeni ile hastalığın yinelenmesi ve hastaneye yatış sıklığının artması, hastaların ruhsal durumları ve yaşam kaliteleri üzerinde olumsuz etkiler yaratmaktadır. En sık rastlanan belirtiler, nefes darlığı ve solunum güçlüğü; hastalarda panik, kaygı ve ölüm korkusuna yol açar. Nefes darlığı ve dispne organik kökenli olduğu kadar psikojenik nedenlerle de ortaya çıkabilir (3,4,5).

KOAH hastalığında kaygı ve depresyon, en yaygın görülen ruhsal bozukluklardır (6). Yapılan bir çalışmada KOAH'da depresyon prevalansının %40, anksiyete prevalansının ise %36 olduğu tahmin edilmektedir (7).

Anksiyete; her bireyin yaşamının belirli dönemlerinde yaşadığı duygusal, davranışsal ve fiziksel alanlarda ortaya çıkan hoş olmayan sıkıntı, endişe duygusu ve yaşantısıdır. Anksiyete, solunum sistemi hastalıklarında en yaygın görülen bir ruhsal sorundur. Anksiyete genellikle KOAH'lı hastalarda dispnenin ortaya çıkmasına ve solunum güçlüğü'nün şiddetinin artmasına, hiperventilasyona neden olur. Anksiyeteli birey mevcut dispnesini daha da endişe ile yorumlar ve korkusu artar. Buna bağlı olarak ilaç alma gereksinimi artar (8).

KOAH'da kaygı bozukluğundan sonra en yaygın görülen ruhsal bozukluk depresyondur. Depresyon, günlük etkinliklerin yerine getirilmesinde zorlanma, konsantrasyon güçlüğü, ilgisizlik, yaşamdan zevk alamama, karamsarlık, ümitsizlik, aşırı keder, irritabilite gibi duygusal, zihinsel, davranışsal ve bedensel belirtilerin bulunduğu bir duygu durum bozukluğudur. Bedensel hastalığı olanlarda gerek belirti, gerek sendrom düzeyinde

oldukça sık görülmekte olan depresyon bedensel hastalığın prognozunu da olumsuz etkilemektedir. Fiziksel kısıtlanmaya bağlı olarak, KOAH'lı olgular çoğu zaman sosyal yaşamdan izole olarak yaşamak durumunda kalırlar (4,10). KOAH hastalarında depresif belirtilerin görülme sıklığı %2 ile %42 olarak değişmektedir (9).

Depresif belirtiler ve anksiyete KOAH'ın yan etkileri olarak yorumlanabilir ve bu da hastanın tanı ve tedavisini zorlaştırır (11). KOAH'lılarda depresif belirtilerin sıklıkla hastalığın görüntüsü gibi kabul edilmesi nedeniyle, depresyon nadiren tanınabilmektedir. KOAH'da hipokseminin nörofizyolojik fonksiyonlarda değişikliklere yol açarak, depresyona eşlik ettiği gösterilmiştir (12,28).

Bu araştırma KOAH tanısı ile hastaneye sık başvuran hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı tipte yürütülen araştırmanın evrenini Aralık 2013-Ocak 2014 tarihleri arasında, İç Anadolu Bölgesi'ndeki bir ilde, devlet hastanesi acil servisine KOAH tanısı ile sık başvuran hastalar oluştururken, örneklem seçiminde basit rastgele örnekleme yöntemlerinden biri olan gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılarak 200 KOAH'lı hasta örnekleme oluşturdu.

Araştırma verinin toplanmasında kaynaklara dayandırılarak araştırmacılar tarafından geliştirilen tanıtıcı bilgi formu ile Zigmond ve ark. tarafından 1983 yılında geliştirilen Aydemir tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılan Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) kullanıldı.

Kişisel Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından kaynaklar taranarak oluşturulan kişisel bilgi formu, araştırmaya katılan KOAH hastalarının yaşı, cinsi, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma ve gelir durumu, sağlık güvencesi, ailede birlikte yaşadığı kişiler gibi sosyo-demografik özelliklerini içeren 8 soru ile; hastalık süresi, başka bir fiziksel hastalığı olup olmadığı, KOAH'a bağlı daha önceden hastaneye yatıp yatmadığı gibi hastalık sürecine ilişkin tanıtıcı bilgileri içeren toplam 12 soruyu içerdi.

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği- HAD (Hospital Anxiety Depression Measure):

Zigmond ve Snaith tarafından 1983 yılında geliştirilen, hastada anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek için geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aydemir ve ark. tarafından 1997 yılında yapılmıştır. Ölçek anksiyete ve depresyonu kısa sürede tanılayıp risk grubunu belirlemek için kullanılır. HAD hasta tarafından doldurulmakta, 14 maddeden oluşmakta ve maddeler dört özellik içermektedir. Toplam 14 sorudan yedi tek sayı anksiyeteyi ve yedi çift sayı depresyonu ölçmektedir. Yanıtlar dörtlü Likert biçiminde ve 0-3 arasında puanlanmaktadır. Hastaların alabilecekleri en düşük puan 0, en yüksek puan 42'dir. Anksiyete ölçeği için 10, Depresyon ölçeği için 7 puan üzeri alanlar risk altında kabul edilir (13,14,15,30).

Verinin Toplanması

KOAH tanısı almış, solunum sıkıntısı ile ilgili hastanenin acil servisine başvuran hastaların tedavileri tamamlandıktan sonra anket formu yüz yüze görüşme tekniği ile araştırmacılar tarafından dolduruldu.

Etik Durum

Araştırmanın yürütülebilmesi ve verinin toplanabilmesi için Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu'ndan ve Hastane'den gerekli izin alındı. Araştırmaya katılan hastalara araştırma hakkında açıklamalar yapıldıktan sonra sözel onam alındı.

Verinin Değerlendirilmesi

Veri SPSS 16.0 paket programı ile değerlendirildi. Verinin değerlendirilmesinde yüzdeler, ortalama, varyans analizi, t testi ve Kruskal- Wallis Testi uygulandı ve önem düzeyi 0.05 olarak alındı.

Bulgular

Araştırmadaki KOAH'lı hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları ve hastalıkla ilgili durumlarının hastane anksiyete depresyon ölçeği puan ortalamalarıyla karşılaştırılması Tablo 1'de görülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde, hastaların %46'sının 55 yaş ve üstü, %58'inin kadın, %43,5'inin ilköğretim mezunu, %58'inin evli ve %60'ının sosyal güvencesinin SSK olduğu, %67'sinin eşi ve çocukları ile yaşadığı, %40'ının emekli ve %64,5'inin geliri giderinden az olduğu saptandı.

Hastaların yaş grupları ile HAD ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, 35-44 yaş grubundaki hastaların Anksiyete (12.41±2.65) alt boyut ve toplam puan (24.18±3.08) ortalamasının, 55 ve üzeri yaş grubunda olan hastaların ise Depresyon (12.00±2.08) alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulundu.

Erkek hastaların Anksiyete (11.87±2.47) alt boyut ve toplam puan (23.51±3.09) ortalamasının, kadın hastaların ise Depresyon (11.73±2.12) alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlendi.

Lise mezunu hastaların Anksiyete (12.39±1.99) alt boyut ve toplam puan (23.78±2.69) ortalamasının, okur-yazar olmayan hastaların ise Depresyon (12.09±2.11) alt boyut puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu bulundu.

Eşinden ayrılmış olan hastaların Anksiyete (12.51±2.81) alt boyut ve toplam puan (24.25±3.09) ortalamasının, eşi ölmüş olan hastaların ise Depresyon (11.78±2.02) alt boyut puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu belirlendi.

Sosyal güvencesi SSK olan hastaların Anksiyete (12.02±2.53) alt boyut ve toplam puan (23.71±3.14) ortalamasının, emekli sandığı olan hastaların ise Depresyon (12.21±1.79) alt boyut puan ortalamasının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu bulundu. Hastaların sosyal güvence durumu ile Depresyon alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı yüksek bir fark saptanırken (p<0.05), Anksiyete alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında farkın anlamlı olmadığı saptandı (p>0.05).

Tablo 1. Hastaların sosyo-demografik özelliklerinin HAD ölçeği puan ortalamalarıyla karşılaştırılması

	Ölçek Alt Boyutları				
	n	%	Anksiyete $\bar{X} \pm SS$	Depresyon $\bar{X} \pm SS$	Toplam Puan $\bar{X} \pm SS$
Yaş					
35-44	43	21.5	12.41±2.65	11.76±2.12	24.18±3.08
45-54	65	32.5	11.98±2.33	11.18±1.95	23.16±3.10
55 ve üstü	92	46.0	11.35±2.53	12.00±2.08	23.35±2.85
Test ve p değeri			df=2,f=2.92 p>0.05	df=2,f=3.05 p>0.05	df=2,f=1.63 p>0.05
Cinsiyet					
Erkek	84	42.0	11.87±2.47	11.64±2.04	23.51±3.09
Kadın			11.67±2.60	11.73±2.12	23.41±2.86
Test ve p değeri	116	58.0	df=198,t=0.53 p>0.05	df=198,t=0.30 p>0.05	df=198,t=0.23 p>0.05
Eğitim Durumu					
Okur - Yazar Değil	31	15.5	10.96±2.77	12.09±2.11	23.06±2.85
Okur- Yazar	37	18.5	11.72±2.20	11.56±2.16	23.29±3.06
İlköğretim	87	43.5	11.89±2.50	11.73±2.10	23.63±3.18
Ortaöğretim	22	11.0	12.00±3.10	11.40±2.03	23.40±2.73
Lise	23	11.5	12.39±1.99	11.39±1.82	23.78±2.69
Test ve p değeri			df=4,KW=3.95 p>0.05	df=4, KW=2.37 p>0.05	df=4,KW=0.97 p>0.05
Medeni Durum					
Evli	116	58.0	11.91±2.43	11.66±2.01	23.57±3.13
Bekar	20	10.0	11.90±2.59	11.55±2.18	23.45±2.72
Eşinden Ayrılmış	27	13.5	12.51±2.81	11.74±2.37	24.25±3.09
Eşi Ölmüş	37	18.5	10.81±2.34	11.78±2.02	22.59±2.45
Test ve p değeri			df=3, KW=6.87 p>0.05	df=3, KW=0.10 p>0.05	df=3,KW=6.20 p>0.05
Sosyal Güvence					
SSK	120	60.0	12.02±2.53	11.69±2.09	23.71±3.14
Bağkur	34	17.0	11.55±2.52	11.88±2.17	23.44±2.92
Emekli sandığı	28	14.0	11.35±2.31	12.21±1.79	23.57±2.33
Yeşil Kart	18	9.0	11.33±2.78	10.44±1.78	21.77±2.64
Test ve p değeri			df=3, KW=2.62 p>0.05	df=3, KW=8.76 p<0.05	df=3,KW=6.29 p>0.05
Yaşanılan Kişi					
Yalnız	18	9.0	10.50±2.33	11.94±2.18	22.44±2.63
Anne-Baba	34	17.0	12.82±2.55	11.35±2.01	24.17±2.67
Eşi-Çocukları	134	67.0	11.74±2.47	11.72±2.12	23.47±3.04
Diğer (Akraba/Arkadaş)	14	7.0	11.35±2.43	11.78±1.57	23.14±3.52
Test ve p değeri			df=3, KW=9.88 p<0.05	df=3, KW=1.04 p>0.05	df=3,KW=4.61 p>0.05
Çalışma Durumu					
Çalışan	15	7.5	12.73±2.08	11.93±1.70	24.66±3.10
Çalışmayan	38	19.0	11.94±2.79	11.36±1.92	23.31±3.08
Emekli	80	40.0	11.73±2.26	11.76±2.15	23.50±2.94
Ev hanımı	67	33.5	11.55±2.73	11.71±2.14	23.26±2.97
Test ve p değeri			df=2, KW=2.64 p>0.05	df=2, KW=1.36 p>0.05	df=2,KW=2.19 p>0.05
Gelir Durumu Algısı					
Gelirim giderimden az	129	64.5	12.00±2.53	11.53±2.06	23.53±3.13
Gelirim giderime denk	66	33.0	11.36±2.42	12.00±2.08	23.36±2.67
Gelirim giderimden fazla	5	2.5	12.00±3.31	11.40±2.07	23.40±3.91
Test ve p değeri			df=2, KW=2.87 p>0.05	df=2, KW=2.31 p>0.05	df=2,KW=0.48 p>0.05

Tablo 2. Hastaların hastalıkları ile ilgili bazı özelliklerinin had ölçeği puan ortalamalarıyla karşılaştırılması

	Ölçek Alt Boyutları				
	n	%	Anksiyete $\bar{X}\pm SS$	Depresyon $\bar{X}\pm SS$	Toplam Puan $\bar{X}\pm SS$
Hastalık Süresi					
1-5 yıl	42	21,0	12.50±2.63	11.71±2.12	24.21±2.95
6-10 yıl	96	48,0	12.00±2.29	11.47±2.11	23.47±3.02
11 ve üstü	62	31,0	10.98±2.60	11.98±1.96	22.96±2.91
Test ve p değeri			df=2, f=5.38 p<0.05	df=2, f=1.12, p>0.05	df=2, f=2.19 p>0.05
Son 3 Ayda KOAH Atağı Geçirme Durumu					
Geçiren	184	92.0	11.69±2.54	11.71±2.12	23.40±3.03
Geçirmeyen	16	8.0	12.93±2.01	11.37±1.31	24.31±2.35
Test ve p değeri			df=198,t=1.90 p>0.05	df=198,t=0.62, p>0.05	df=198, t=1.16 p>0.05
KOAH Nedeni ile Hastanede Yatma Durumu					
Yatan	157	78,5	11.58±2.43	11.66±2.07	23.25±2.95
Yatmayan	43	21.5	12.53±2.71	11.74±2.07	24.27±3.04
Test ve p değeri			df=198,t=2.20 p<0.05	df=198,t=0.21 p>0.05	df=198,t=2.00 p<0.05
Başka Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumu					
Olan	132	66,0	11.63±2.43	11.87±1.98	23.51±2.81
Olmayan	68	34,0	12.08±2.68	11.30±2.19	23.39±3.33
Test ve p değeri			df=198,t=1.20 p>0.05	df=198,t=1.85 p>0.05	df=198,t=0.26 p>0.05

Anne ve babası ile yaşayan hastaların Anksiyete (12.82 ± 2.55) alt boyut ve toplam puan (24.17 ± 2.67) ortalamasının, yalnız yaşayan hastaların ise depresyon (11.94 ± 2.18) alt boyut puan ortalamasının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu bulundu. Hastaların yaşadığı kişi ile Anksiyete alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı yüksek bir fark saptanırken ($p<0.05$), Depresyon alt boyut ve toplam puan ortalaması arasında farkın anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Çalışan hastaların Anksiyete (12.73 ± 2.08), Depresyon (11.93 ± 1.70) alt boyut ve toplam puan (24.66 ± 3.10) ortalamasının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu belirlendi.

Geliri giderinden fazla olan hastaların Anksiyete (12.00 ± 3.31) alt boyut, geliri giderine denk olan hastaların Depresyon (12.00 ± 2.08) alt boyut, geliri giderinden az olan hastaların ise toplam puan (23.53 ± 3.13) ortalamasının daha yüksek olduğu bulundu.

Araştırma kapsamına alınan hastaların hastalıkları ile ilgili bazı özellikleri incelendiğinde (Tablo 2), hastaların çoğunluğunun 6-10 yıldır KOAH hastası

oldukları, son üç ayda KOAH atağı geçirdikleri ve hastanede yattıkları, başka kronik bir hastalığa da sahip oldukları belirlendi.

Hastaların hastalıkları ile ilgili bazı özelliklerinin HAD ölçeği puan ortalamalarıyla karşılaştırılması Tablo 2'de görülmektedir. Hastaların hastalık süresi ile HAD ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, 1-5 yıldır hasta olanların Anksiyete (12.50 ± 2.63) alt boyut ve toplam puan (24.21 ± 2.95) ortalamasının, 11 yıl ve daha fazla süredir hasta olanların ise Depresyon (11.98 ± 1.96) alt boyut puan ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı. Hastaların hastalık süresi ile Anksiyete alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı olarak yüksek bir fark olduğu ($p<0.05$), Depresyon alt boyut ve toplam puan ortalaması arasında farkın anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Son üç ayda KOAH atağı geçirmeyen hastaların Anksiyete (12.93 ± 2.01) alt boyut ve toplam puan (24.31 ± 2.35) ortalamasının, KOAH atağı geçiren hastaların Depresyon (11.71 ± 2.12) alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulundu.

Tablo 3. Hastane anksiyete ve depresyon ölçeğinde alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar ile hastaların aldıkları puan ortalamaları

Ölçek alt boyutları	Ölçekten alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar	Puan ortalaması ve standart sapma
Anksiyete	0-21	11.79±2.52
Depresyon	0-21	11.68±2.07
Toplam Puan	0-42	23.47±2.99

KOAH nedeni ile hastanede yatmayan hastaların Anksiyete (12.53±2.71) ve Depresyon (11.74±2.07) alt boyut puan ortalamaları ile toplam puan (24.27±3.04) ortalamasının yatan hastalara göre daha yüksek olduğu belirlendi. Hastaların KOAH nedeni ile hastanede yatma durumu ile Anksiyete alt boyut ve toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı yüksek bir fark saptanırken (p<0.05), Depresyon alt boyut puan ortalaması farkın anlamlı olmadığı saptandı (p>0.05).

Başka kronik hastalığı olan hastaların Depresyon (12.08±2.68) alt boyut ve toplam puan (23.51±2.81) ortalamasının, olmayan hastaların ise Anksiyete (11.87±1.98) alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulundu

HAD'dan alınabilecek en düşük puan "0" en yüksek puan ise "42"dir. Hastaların HAD ölçeğinin Anksiyete alt boyutundan 21 puan üzerinden 11.79±2.52 puan, Depresyon alt boyutundan 11.68±2.07 puan aldığı, toplam puan ortalamalarının ise 23.47±2.99 saptandı.

Tartışma

KOAH tanısıyla hastaneye sık başvuran hastaların oluşturduğu ve tanımlayıcı özellik taşıyan araştırmada, genel yaş ortalaması 62.20±13.27 (En az=35, En fazla=89)'dir. Yapılan araştırmada; KOAH'lı hastaların çoğunda ikinci bir hastalık olduğu, KOAH'lı hastalarda anksiyete ve depresyon görülme sıklığı sağlıklı bireylere göre yüksek olduğu belirlenmiştir (16,17,18).

Kaynaklara göre toplumda depresyon prevalansı değerleri kadınlarda, erkeklere göre yaklaşık iki katı sıklıkla görülmektedir. KOAH'lı hastalarda yapılan çalışmalarda, hastaların büyük çoğunluğunu erkek hastalar oluşturmakla beraber, kadın-erkek grupları arasında depresyon sıklığı açısından kaynaklarda farklılık belirtilmemiştir (4).

Tablo 1'de HAD ölçeğine göre erkek hastaların Anksiyete (11.87±2.47) puan ortalaması, kadın hastaların ise Depresyon (11.73±2.12) puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastaların cinsiyet durumu ile Anksiyete, Depresyon puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (p>0.05). Tel'in yaptığı çalışmada ise hastaların çoğu erkek, 65 yaş ve üzeri yaş grubunda, evli, ilkokul mezunu, ev hanımı ve çekirdek ailede yaşamaktadır. Ayrıca hastaların %88.9'unda anksiyete belirtileri ve %85.7'sinde depresyon belirtileri olduğu saptanmıştır (2). Çelik ve arkadaşları, KOAH'lı hastaların %25'inde depresif bozukluk, %44,4'ünde psikojenik anksiyete saptamışlardır (18).

KOAH'lı olgularda yapılan araştırmalarda, olguların büyük çoğunluğunu erkek hastalar oluşturmakla beraber (2,4) bu çalışmada, kadın olgu sayısı fazla ve çoğunluğunda depresyon saptanmıştır. Bunun nedeninin kadınların anne, eş, ev kadını, iş kadını gibi pek çok rolü aynı anda üstlenmek zorunda kalmaları nedeniyle daha fazla strese maruz kalmaları ve gelecek kaygısının daha fazla olması olabilir.

Çalışmada okur-yazar olmayan (%15,5) hastaların depresif olma durumu, okur yazar (%18,5), ilkokul mezunu (%43,5), ortaokul mezunu (%11) ve lise mezunu (%11,5) olan hastalara göre depresif olma oranları yüksek görülürken; eğitim düzeyi lise mezunu olan hastalarda Anksiyete (12.39±1.99) puan ortalamasının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Fakat HAD'a göre aralarında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05). Bu durumun araştırmadaki hastaların çoğunun okur yazar olmaması, okur yazar olanların sayısının azlığı, çoğunun ilkokul mezunu olmasından ve eğitim düzeylerinin homojen dağılmamasından kaynaklandığı; ayrıca KOAH açısından, hastalık şiddeti

değerlendirilmesinin yapılmamış olmasından da kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür.

Tel'in yaptığı çalışmada, eğitim seviyeleri ile anksiyete depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (2). Bazı çalışmalarda eğitim düzeyi arttıkça anksiyete ve depresyon düzeylerinin azaldığı saptanırken bazılarında ise eğitim durumu ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında ilişki saptanmamıştır (19,22). Kaynaklarda bireylerin eğitim seviyeleri arttıkça hastalıktan kaynaklanan sorunlar ile daha kolay başa çıktıkları, sosyal hayatta daha başarılı oldukları tedaviye uyumlarının daha iyi olduğu görülmüştür (20). KOAH'da hastaneye sık yatışla ilgili yapılan bir çalışmada, eğitim düzeyi ve ev durumu gibi sosyoekonomik değişkenler ve hastaneye yeniden başvuru arasında ilişki bulunmamıştır (21).

Çalışmada eşinden ayrılmış olan hastaların Anksiyete (12.51 ± 2.81) puan ortalamasının, eşi ölmüş olan hastaların ise Depresyon (11.78 ± 2.02) puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastaların, medeni durum dağılımı ile depresyon şiddeti arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0.05$). Korkmaz'ın ve Tel'in çalışmasında ise bekar hastaların depresyon puanlarının evlilere göre daha düşük olduğu saptanmıştır (2,8). Türk'ün çalışması araştırmamızı destekler biçimde olup bekar hastaların %87.5'i, evli olanların %84.2'si depresif olarak bulunmuştur. Eşi ölmüş ve eşinden ayrılmış hastaların tamamı depresiftir (4).

Tablo 1'de hastaların yaşanan kişi ile anksiyete puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu bulundu. Tel'in çalışmasında; geniş ailede yaşayan ve evli olan hastalarda anksiyete ve depresyon belirti puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır (2). Türk'ün yaptığı çalışmada yalnız ve çocuklarıyla yaşayan hastaların tamamı depresif iken, anne-babasıyla yaşayan hastaların %90'ı, eşiyile yaşayan hastaların %83'ü ve eş-çocukları ile yaşayan hastaların %82.5'i depresif olarak bulunmuştur (4). Hastaların sosyal durumları göz önüne alındığında yalnız yaşamayan, anne babayla, eşi ve çocuklarıyla yaşayan ya da diğer aile bireyleriyle birlikte

yaşayan KOAH'lı hasta oranı çalışmamızda %91 gibi yüksek oranlardadır. Bu farklılığın sebebi olarak çekirdek ailede birey sayısının az, destek kaynaklarının daha sınırlı olmasından dolayı hastaların anksiyetelerinin arttığı düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda yalnız yaşamayan hastaların aile bireylerinden aldıkları destekle birlikte sosyal yaşamda daha başarılı oldukları görülmüştür (23). Araştırmaya katılan hastaların çalışma durumları ve gelir durumları incelendiğinde, %19'u çalışmadığını ifade ederken, %40'ının emekli olduğu, %33,5'inin ev hanımı olduğu saptanmıştır. KOAH'ın ileri yaş grubunun hastalığı olması nedeniyle hastaların çoğu emeklilik yaşına gelmiştir. Araştırmanın büyük çoğunluğunu emekliler oluşturmaktadır. Çalışan hastaların Anksiyete ve toplam puan ortalaması diğer gruplara göre daha yüksek olmasına karşın hastaların çalışma durumu ile Anksiyete, Depresyon toplam puan ortalaması arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$). Türk'ün çalışmasında hastaların %40.7'si hastalık nedeniyle çalışmadığını ifade ederlerken %29,3'ünün emekli olduğu saptanmıştır. Ayrıca Türk'ün çalışması ile Anar ve arkadaşlarının çalışmasında çalışma durumu ve gelir durumu ile anksiyete ve depresyon puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (4,5). Bu sonuçlar çalışma bulgusunu destekler niteliktedir.

Çalışmada, geliri giderinden fazla olan hastaların Anksiyete, geliri giderine denk olan hastaların Depresyon, geliri giderinden az olan hastaların ise toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Hastaların gelir durumu ile Anksiyete, Depresyon toplam puan ortalaması arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$). Kaynaklarda, KOAH'ın sosyoekonomik düzeyi düşük olan toplumlarda daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (2).

Çalışmada, sosyal güvencesi SSK olan hastaların (%60) Anksiyete toplam puan ortalamasının, emekli sandığı olan hastaların (%40) ise Depresyon toplam puan ortalamasının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Hastaların sosyal güvence durumu ile Depresyon puan ortalaması arasında anlamlı yüksek bir fark saptanırken ($p < 0.05$), Anksiyete toplam puan ortalaması arasında anlamlı fark olmadığı

saptanmıştır ($p>0.05$). Çalışma, sosyal güvencenin anksiyete ve depresyon puanları arasında anlamlı bir fark olduğunu göstermektedir. Korkmaz'ın çalışmasında bu sonuçtan farklı olarak hastaların tamamına yakınının sosyal güvencesi olduğu, sosyal güvencesi olup olmaması değişkenleri ile depresyon ve anksiyete puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (8).

Bu sonuçlar hastaların çoğunluğunun sosyal destek kaynakları olduğunu göstermektedir. Sosyal güvenceye sahip olanların gerek tanı, gerekse tedavi için bir sağlık güvencesinin olması, kişinin rahatça sağlık kurumuna başvurmasını sağlamaktadır (29). Sağlık güvencesi Emekli Sandığı olanlarda depresyon görülmesi aile yaşantısı, yalnız olması ya da sosyal desteğinin olmaması durumundan kaynaklandığını düşündürmüştür.

Çalışmada başka kronik hastalığı olan hastaların Depresyon toplam puan ortalamasının, olmayan hastaların ise Anksiyete puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Korkmaz'ın çalışmasında hastalık süresi altı yıl ve üzeri olan hastaların ve başka bir fiziksel hastalığı olan hastaların anksiyete puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir (8). Tel'in çalışmasında hastalık süresi 2-5 yıl olan hastalar ile başka fiziksel hastalığı olan hastalarda anksiyete belirti puanının yüksek olduğu saptanmıştır (2). Kaynaklardaki bulgular bu çalışmadaki sonuçlarla benzerlik göstermektedir. KOAH'lı hastalarda hastalık süresinin uzun olması ve eşlik eden başka bir fiziksel hastalığın olması bireyin ruh sağlığını olumsuz etkilemekte, anksiyete ve depresyonu artırmaktadır (24,25).

Tablo 2'de hastaların hastalık süresi arttıkça anksiyete puan ortalamasının düştüğü ve farkın anlamlı olarak yüksek olduğu bulundu. Bu sonuç hastaların bu süre içinde hastalığa ilişkin yaşadıkları deneyimin ve hastalık belirtilerini kontrol edebilmelerinin etkili olduğu düşünülmektedir.

Aras ve Tel, hastaların %25.9'unun hastalık süresinin 6 yıl ve üzeri olduğunu ve %33.3'ünün yılda iki ve daha fazla sayıda hastane yatışı olduğunu belirtmektedir (2,26).

Çalışmada son üç ayda KOAH atağı geçirmeyen hastaların Anksiyete toplam puan ortalamasının, KOAH atağı geçiren hastaların Depresyon puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Hastaların son üç ayda KOAH atağı geçirme durumu ile Anksiyete, Depresyon toplam puan ortalaması arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Araştırma bulgusuna benzer biçimde Hacıhasanoğlu ve arkadaşlarının kronik hastalığa sahip bireyler üzerinde yaptığı çalışmada hastalık türünün, anksiyete ve depresyon puan ortalamalarını anlamlı olacak biçimde etkilemediği saptanmıştır (31). Inger ve Christer'in çalışmasında KOAH acil tedavi sonrası hastaların daha çok anksiyete ve depresyon bulguları gösterdiği saptanmıştır (27). Anar ve arkadaşlarının çalışmasında acil servisine başvuru sayıları, hastanede yatış sayıları ve hastanede yatış gün sayıları ile hasta anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki anlamlı yüksek bir fark bulunmuştur (5). Bu da anksiyete ve depresyon varlığının KOAH akut alevlenmesini tetiklediği ve hastalığa uyumu olumsuz olarak etkileyip hastane acil servise başvuru sayısını, hastanede yatış sayısını ve hastanede yatış gün sayısını artırdığını desteklediğini düşündürmektedir (5).

KOAH nedeniyle hastaneye yatma durumu ile HAD ölçeğinin anksiyete alt boyutu ile toplam puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Hastaneye yatmayan hastaların anksiyetelerinin ve toplam puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu hastaların kendilerini hastanede daha güvende hissettiklerini, ev ortamında ise her an solunum sıkıntısı yaşayacakları endişesinin anksiyetelerini artırdığını düşündürmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Araştırma sonucuna göre hastaların yaşı ve sosyal güvence durumu ile depresyon arasında, hastaların yaşadıkları kişi, hastalık süresi, KOAH nedeni ile hastanede yatma durumu ile anksiyete arasında anlamlı yüksek bir farkın olduğu saptandı. Sonuçlar doğrultusunda; KOAH'lı hastaların sağaltım ve bakımında hastaların fiziksel durumları gibi anksiyete ve depresyonun tanınması ve etkin sağaltımının sağlanması önerilebilir.

İletişim: Sevda Pınar Mehel Tutuk
E-posta: pinar_ml@hotmail.com

Kaynaklar

1. Atasever A, Erdinç E. 'KOAH' da Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi 'Tüberküloz ve Toraks Dergisi (2003); 51 (4): 446-455
2. Tel H. 'KOAH'lı Hastalarda Anksiyete, Depresyon ve Sosyal Destek Durumunun Belirlenmesi' Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2010;13: 2
3. Taytard A, Cousson F. Symptoms and life of patients with chronic bronchitis. Preliminary results. Rev Pneumol Clin. 1996;52:379-85.
4. Türk D, 'KOAH'lı hastaların sık hastaneye yatmalarının ruhsal durumlarına ve yaşam kalitelerine etkilerinin değerlendirilmesi', Yüksek Lisans Tezi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, 2005
5. Anar C, Tatar D, Gediktaş E, Yıldırım Y, Halilçolar H. 'Uzun Süreli Oksijen Tedavisi Uygulanan Koahlı Olgularda Anksiyete Depresyon Sıklığı' İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi, Cilt XXVI, Sayı 2, 2012
6. Özcan S. Psikiyatrik Tıp :Konsültasyon –Liyezyon 1993;83-117
7. Yohannes AM, Baldwin RC, Connolly Mj. Depression and anxiety in elderly out patients with chronic obstructive pulmonary disease. Rev Clin Gerontol 2000;10:193-202.
8. Korkmaz T, 'Konya Numune Hastanesi Göğüs 44-1. Hastalıkları Servisinde Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanısı (KOAH) ile Yatan Hastaların Anksiyete, Depresyon ve Sosyal Destek Düzeylerinin Belirlenmesi' Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Konya, 2008
9. Stage KB, Middelboe T, Stage TB, Sørensen CH. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2006 September; 1 (3): 315–320
10. Öztürk, O. (2004). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 10. Baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara
11. Kelleci M, Aydın D, Sabancıoğulları S, Doğan S. 'Hastanede Yatan Hastaların Bazı Tanı Gruplarına Göre Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri' Klinik Psikiyatri 2009;12:90-98
12. Ede LV, Yzermans CJ, Brouwer HJ. Prevalence of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. Thorax 1999;54:688-92.
13. Afşar BB, Yalçınsoy M, Yakar Hİ, Bilgin S, Akkaya E. 'Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Yeti Yitimi, Anksiyete ve Depresyon Yönünden Değerlendirilmesi' Cumhuriyet Tıp Dergisi 2012; 34: 260-267
14. Kılınç S, Torun F , 'Türkiye'de Klinikte Kullanılan Depresyon Değerlendirme Ölçekleri, Dirim Tıp Gazetesi 2011; yıl: 86 sayı: 1 (39-47)
15. Zigmond AS, Snaith PR. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatr Scand, 1983; 67: 361-70.
16. Dawson CA, Town GI, Frampton C, Mulder RT. Psychopathology and illness beliefs influence COPD self-management. Journal of psychosomatic research 2004; 56 (3): 333- 40.
17. Sözer K, Öngen G, Sungor A. Diffüz Obstrüktif Akciğer Hastalıklarında Depresyon ve Anksiyete Görülme Sıklığı. Solunum, 18: 1-7, 1990
18. Çelik P, Esen A, Akın M, İçelli İ, Yorgancıoğlu A. Kronik Obstrüktif Akciğer Olgularında Depresyon. Solunum Hastalıkları 1998; 9: 25-32.
19. Atacanlı F, Dilbaz N. KOAH'ta Depresyon. Klinik Psikiyatri Dergisi, 4 (3): 147-153, 2001
20. Acar N. KOAH'lı Hastalarda Tedaviyi Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. M. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; İstanbul 2002.
21. Gudmundsson G, Gislason T, Janson C, Lindberg E, Hallin R, Ulrik CS, et al. Risk factors for rehospitalisation in COPD: role of health status, anxiety and depression. Eur Respir J 2005;26:414-9.
22. Bahar A, Savaş HA, Parlar S. Göğüs Hastalıkları Servisinde yatan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. Yeni Symposium Journal 2009; 47: 9-15.
23. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36- item short form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care 1992;30:473-83.
24. Özkan S (2001) Genel tıpta depresyon, Hipokrat dergisi, 10:79-83.
25. Üskül B, Selvi A, Melikoğlu A, Varol N, Türker H (2006) Göğüs Hastalıkları Kliniğinde Yatan Hastalarda Anksiyete ve Depresyon Düzeyinin Sosyo-Demografik Faktörlerin ve Hastalık Tanılarının İlişkisi, Akciğer Arşivi, 7:11-15, İstanbul
26. Aras A, Tel H. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Sosyal Destek Gereksinimlerinin Belirlenmesi, 4. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi Bildiri Kitabı, 2002, 187, Antalya
27. Inger D, Christer J. Anxiety and depression are related to the outcome of emergency treatment in patients with obstructive pulmonary disease. Chest 2002;122:1633-7.
28. Korkut S. Acil Servise Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Atağı İle Gelen Hastalarda Depresyon Değerlendirilmesi, (2012) Uzmanlık Tezi
29. Usta Y, Çetinkaya E. Seçilmiş İlçe Merkezinde Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 1999; 8: 6-15.
30. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Türk Psikiyatri Çalışması. 1997;8 (4):280-287.
31. Hacıhasanoğlu R, Karakurt P, Yıldırım A, Uslu S. Bir Sağlık Ocağına Başvuran Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Anksiyete ve Depresyon. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2010; 9 (3):209-216.



Bisiklet Kullanımı ile İlişkili Ölümler

Bicycling-Related Deaths

*Dr. Mehmet Cavlak**, *Dr. M. Feyzi Şahin***, *Dr. Ziyaettin Erdem****,
*Dr. Mustafa Cihad Gül****, *Dr. Adem Gür****, *Dr. Muhammed Demir****,
*Dr. Ahmet Necati Şanlı****, *Dr. Muhlis Yıldız****, *Dr. Aysun Balseven Odabaşı*****,
*Dr. Ali Rıza Tümer******

Geliş tarihi : 12.09.2014

Kabul tarihi: 17.11.2014

Öz

Amaç: Bisiklet kullanımı ile ilişkili ölümler bisiklet kullanımı sırasında meydana gelen ölümleri kapsamaktadır. Bu çalışmada bisiklet kullanımı ile ilişkili ölümler ele alınarak ölüm nedenlerinin ortaya konulması ve alınabilecek önlemlerin ve geliştirilecek stratejilerin literatür eşliğinde tartışılması amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamızda İstanbul'da 2002-2011 yılları arasında yapılan adli otopsilere ait dosyalar retrospektif taranarak bisiklet kullanımı ile ilişkili 23 otopsi olgusu değerlendirmeye alınmıştır. Olgular yaş, cinsiyet, olayın meydana geldiği gün ve ay, olayın türü ve ölüm nedenleri açısından değerlendirilmiştir.

Bulgular: Olguların tamamı erkektir. Sekiz olgunun 18 yaş altında, geriye kalan 15 olgunun da 18 yaş üstünde olduğu belirlenmiştir. Olay türünün %60,1 ile en fazla oranda bisikletten düşme olduğu görülmüştür. Onsekiz olguda travmatik ölüm, 5 olguda ise patolojik ölüm saptanmıştır. Otopsi bulgularına bakıldığında ölüme etkili olan en fazla yaralanmanın kafa içi travmatik değişim olduğu (n=12, %66,7) belirlenmiştir.

Sonuç: Bisiklet kullanıcıları trafikte diğer araç kullanıcılarına göre oldukça savunmasız olduklarından, diğer araç kullanıcıları bisiklet kullananlara karşı son derece duyarlı olmalıdırlar. Bisiklet kullanımı ile ilişkili kazaların ve ölümlerin önüne geçilmesinin en önemli yolu bisiklet yollarının yapılması, çocukluk çağında bisiklet kullanımına denge, dikkat ve koordinasyon sağlandıktan sonra başlanması, kask kullanımının gerekliliği ve öneminin ailelere anlatılması ve bu konuda farkındalık ve duyarlılık geliştirilmesidir.

Anahtar sözcükler: Bisikletle ilişkili ölüm, Bisiklet kazası, Ani doğal ölüm

Abstract

Aim: Bicycling-related deaths, include deaths occurred during the usage of bicycles. In this study it was aimed to investigate the causes of death related to bicycling and to discuss the precautions to be taken and the strategies to be developed.

Material and Method: In our research, the medicolegal autopsy reports of 23 cases of bicycle-related deaths were retrospectively evaluated, whose autopsies were performed in İstanbul between 2002-2011. The cases were evaluated in terms of age, sex, day and month of incident, type of incident and cause of death.

Results: All of the cases were male. Eight cases were under 18 years of age and the rest of 15 cases were above 18. It was determined that 60.1% of cases with the highest proportion were due to falling off bicycle. In terms of cause of death, traumatic death in 18 cases and pathological death in 5 cases were observed. In autopsy findings, mostly seen traumatic change which is related to death was intracranial changes (n=12, 66.7%).

Conclusion: Since usage of bicycle in traffic, compared to other vehicles is more vulnerable, other vehicle users should be very sensitive to the bicyclists. It is well-known that the most important way for preventing bicycle-related accidents and deaths is to build bicycle paths, start bicycling in childhood after achieving balance, attention and coordination, educating families for the necessity and the importance of helmet usage and creating awareness and making sensitivity.

Key words: Bicycle-related death, Bicycle accident, Sudden natural death

*Uz.; Adli Tıp Kurumu, Ankara Grup Başkanlığı

**Uz.; Adli Tıp Kurumu, İstanbul

***Asistan, Adli Tıp Kurumu, İstanbul

****Doç.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Adli Tıp AD, Ankara.

*****Prof.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Adli Tıp AD, Ankara

1. Giriş

Türkiye İstatistik Kurumu'nun verilerine göre Türkiye'de 2013 yılında 161.306 ölümlü ya da yaralanmalı trafik kazası meydana gelmiş ve 3.685 kişi olay yerinde yaşamını yitirmiştir. Söz konusu kayıtlar incelendiğinde 2004 yılında 77.008 olan ölümlü ya da yaralanmalı trafik kazalarının halen büyümekte olan ulusal bir sorun olduğunu göz önüne sermektedir (1). Emniyet Genel Müdürlüğü verilerine göre ise 2012 yılında Türkiye'de trafik kazasına karışan bisiklet sayısı 5.254 iken bu sayı 2013 yılında 6.334 olmuştur (2,3).

New York şehrinin 2000 yılı verilerine göre nüfusun %3'ü bisiklet kullanmaktadır (4). New York'da 1996-2005 yılları arasında 225, 2006-2012 yılları arasında ise 156 bisiklet kazasına bağlı ölüm meydana gelmiş olduğu belirlenmiştir (4,5). Bu şehirdeki ulaşım kazalarına bağlı ölenlerin %6'sının bisiklet sürücüsü olduğu bildirilmiştir (4). Ülkemizde ise bisiklet kullanım oranı ile ilgili net bir veri bulunmamakla birlikte bu oranın %2-3 civarında olduğu tahmin edilmektedir (6). Serinken ve Özen trafik kazası sonucunda acil servise başvuran 15 yaş altı pediatrik olguların %12,2'sinin bisiklet kazası sonucu yaralandıklarını bildirmişlerdir (7).

Trafik kazası Karayolları Trafik Kanunu'nda "karayolu üzerinde hareket halinde olan bir ya da birden fazla aracın karıştığı ölüm, yaralanma ve zararlı sonuçlanmış olan olay" olarak tanımlanmaktadır (8). Bu kanunda "motosuz taşıt" olarak tanımlanan ve özellikleri tarif edilen bisiklet ile meydana gelen kazalar bisiklet kazaları olarak ele alınmaktadır.

Bisiklet kullanımı ile ilişkili ölümler bisiklet kullanımı sırasında meydana gelen ölümleri kapsamaktadır. Bisikletten düşme, bir araçla, cisim ya da canlı ile çarpışmaya bağlı ölümler bunların başında gelmektedir. Bu tanımın bisiklet kazasına bağlı ölüm tanımından farkı ise ölüm orijinine (doğal ölüm ya da zorlamalı ölüm) bakılmaksızın bisiklet kullanımı sırasında meydana gelen ölümleri kapsamına almasıdır. Çalışmamızda temel olarak bisiklet kazalarına bağlı ölümlerin özelliklerinin ortaya konulması, alınabilecek önlem ve geliştirilecek stratejilerin literatür eşliğinde tartışılması amaçlanmıştır.

2. Gereç ve Yöntem

Çalışmamızda Adli Tıp Kurumu Başkanlığı Morg İhtisas Dairesi'nde 2002-2011 yılları arasında yapılan otopsilere ait dosyalar retrospektif taranarak bisiklet kullanımı ile ilişkili 23 otopsi olgusu değerlendirmeye alınmıştır. Olgular yaş, cinsiyet, olayın meydana geldiği gün ve ay, olayın türü, yaralanma bölgesi ve ölüm nedeni açısından değerlendirilmiştir.

3. Sonuçlar

Elde edilen verilere göre, 2002 yılında bir, 2003'de 0, 2004'de bir, 2005'de iki, 2006'da üç, 2007'de beş, 2008'de dört, 2009'da iki, 2010'da üç, 2011'de iki olgunun bisiklet kullanımı ile ilişkili ölüm olayı olduğu görülmüştür. Değerlendirme kapsamına alınan olguların tamamı erkek, yaşları 8-71 arasında olup, 8 olgunun 18 yaş altında, geriye kalan 15 olgunun da 18 yaş ya da üstündeki olgular olduğu ve ortalama yaşın 31,1 olduğu belirlenmiştir (0-9 yaş: 2; 10-19 yaş: 6, 20-29 yaş: 5, 30-39 yaş: 3, 40-49 yaş: 2, 50-59 yaş: 1, 60-69 yaş: 3, 70-79 yaş: 1 olgu). Bisiklet kazası olgularında ise yaş ortalaması 29,7'dir. Olguların %56,5'u 8-29 yaş aralığındaki çocuklar ve gençlerden oluşmaktadır. Bisiklet kullanımı ile ilişkili ölüm olayı ve aynı zamanda da bisiklet kazasına bağlı ölüm olayının en fazla oranda yaz aylarında (sırasıyla %56,5; %66,7), aylardan en sıklıkla ağustos ayında (%21,8; %27,8) ve günlerden de cumartesi günü (%30,4; 27,8) meydana geldiği görülmüştür. Ocak, şubat ve kasım aylarında ise hiç meydana gelmediği görülmüştür. Hafta sonu meydana gelen bisiklet kazasına bağlı ölüm olay sayısı ise 10'dur (%43,4).

Olay türlerine bakıldığında %60,1 ile en fazla oranda olayın bisikletten düşme olduğu görülmüştür (Tablo 1). Ölüm nedenleri 17 (%73,9) olguda künt travmaya bağlı, 4 (%17,4) olguda kalp-damar hastalığı sonucu, 1 (%4,3) olguda beyin damar anevrizması yırtılmasına bağlı ve 1 (%4,3) olguda ise kesici cisim yaralanması sonucunda meydana geldiği belirlenmiştir. Kalp-damar hastalığı sonucu ölen dört olguda ölümün iskemik kalp hastalığı zemininde geliştiği saptanmıştır. Olgulardan biri bisikletten bir vitrin camının üzerine düşmüş ve kırılan cam parçaları ile boynunda juguler ven kesisi oluşması nedeniyle yaşamını yitirmiştir.

Olay	n	%
Bisikletten düşme	14	60,1
Kaza	9	39,1
Doğal Ölüm	5	21,7
Kalp damar hastalığı	4	17,4
Beyin damarı anevrizma rüptürü	1	4,3
Başka bir motorlu araçla çarpışma	4	17,4
Bisikletin kendisine çarpması	2	8,7
Bisiklet kullanırken sabit bir nesneye çarpma	2	8,7
Trenle çarpışma	1	4,3
Toplam	23	100

Otopsi bulgularına bakıldığında ölüme etki eden en fazla bulgunun kafa içi travmatik değişim (subaraknoidal kanama, subdural kanama, vs.) olduğu (n=12, %66,7) belirlenmiştir (Tablo 2). Bisiklet kazası olgularının 8'inde en az bir kemik kırığı saptanmıştır. En fazla görülen kemik kırığı kafatası kırığıdır. Geriye kalan olgularda ise kardiyopulmoner resusitasyondan kaynaklandığı değerlendirilen bir olgudaki kaburga kırıkları haricinde kemik kırığı saptanmamıştır.

4. Tartışma

Çalışmamızda 10 yıllık sürede İstanbul'da otopsi yapılan bisiklet kazası olgu sayısı 18'dir. New York şehrinde yapılan ve 146 bisiklet sürücüsü ölümü olgusunu inceleyen bir çalışmada olguların tamamının ölüm orijininin kaza olduğu belirlenmiştir (5).

Emniyet Genel Müdürlüğü 2013 verilerine göre trafik kazalarının ve aynı zamanda da ölümlü trafik kazalarının en fazla ağustos ayında olmak üzere yaz aylarında, cumartesi ve pazar günlerinde meydana geldiği tespit edilmiştir (1). Literatürde de bisiklet kazalarına

bağlı yaralanmaların ve ölümlerin en fazla yaz aylarında, en az da kış aylarında olduğu görülmektedir (4,5,9,10). Çalışmamızda benzer biçimde bisiklet kazalarına bağlı ölümlerin en fazla ağustos ayında (%27,8) olmak üzere yaz aylarında, cumartesi ve pazar günlerinde (%44,4) meydana geldiği görülmüştür. Kış aylarında meydana gelmiş bisiklet kazası olgumuz bulunmamaktadır. Kış aylarında bisiklet kullanımının az olması, sürücülerin daha dikkatli olması ve kışın tatil yapma alışkanlığının daha az olması nedeniyle kış aylarında bisiklet kazalarının daha az meydana geldiği düşünülmüştür.

Tüm olgularımızın yaşları 8-71 arasında değişmekte iken, yaş ortalaması 31,1'dir. Bisiklet kazası olgularında yaş ortalaması 29,7'dir. Olguların %56,5'u, 8-29 yaş aralığındaki çocuklar ve gençlerden oluşmaktadır. Olguların tamamının erkek olması da dikkat çekmektedir. Çalışmamızın yaş ve cinsiyet verilerinin diğer çalışmalarla yapılan karşılaştırması Tablo 3'de verilmiştir. Bisiklet kullanımı ile ilişkili ölümlerde erkeklerde ve 16-29 yaş aralığında daha fazla görüldüğü literatürle benzer biçimde ortaya çıkmıştır (4,5,9,10).

Fiziksel eforun, risk faktörlerine sahip olgularda ani kalp ölümü ve akut pulmoner tromboembolizm sürecini tetikleyebileceği bilinmektedir (11,12). Olgularımızın toplam %21,7'sinin ölümünün kardiyak ya da serebrovasküler nedenli doğal ölümler olmasının çalışmamızın bir başka dikkat çekici sonucu olduğu düşünülmüştür. Kardiyak ölüm olgularında -kalp damar hastalığı sonucu ölen bir olguda baş bölgesinde ölüme etkisi olmayan künt travma bulgusu dışında- dış muayenede travma bulgusu bulunmamaktadır.

Tablo 2. Bisiklet kazası olgularında ölüm nedenleri

Ölüm nedeni	n	%
Kafa içi travmatik değişim	9	50,0
Künt göğüs içi organ yaralanması	2	11,1
Kafa içi travmatik değişim + medulla spinalis yaralanması	1	5,6
Kafa içi travmatik değişim + medulla spinalis yaralanması + künt batın içi organ yaralanması	1	5,6
Kafa içi travmatik değişim + büyük damar yaralanması + künt batın içi organ yaralanması	1	5,6
Medulla spinalis yaralanması	1	5,6
Künt batın içi organ yaralanması	1	5,6
Künt göğüs ve batın içi organ yaralanması	1	5,6
Kesici cisim yaralanması	1	5,6
Toplam	18	100

Tablo 3. Yaş ve cinsiyet verileri karşılaştırması (Çalışmamız, 5, 9, 10)

	Çalışmamız (n=23)	Özkan ve ark (n=150)	Jarvis ve ark (n=146)	Sataloğlu ve ark (n=126)
Yaş aralığı	8-71	2-79	8-83	0-80
Yaş ortalaması	31,1	15 yaş ve altı: 9,2±3,3 16 yaş ve üstü: 28,7±17	40	17,4±15,2
16-29 yaş aralığı	% 30	% 68	-	(10-29 yaş için) % 53,1
Cinsiyet				
Erkek	% 100	Çocuk: % 81,5 Erişkin: 18,5	% 91,8	% 80,1
Kadın	% 0	Çocuk: % 97 Erişkin: 3	% 8,2	% 19,9

Tablo 4. Bisiklet kazasına bağlı ölüm olgularının dış muayenedeki yaralanma bulgularının bölgesel dağılımı

Bisiklet kazası olguları (n=18)	%
Baş	12 66,7
Boyun	2 11,1
Göğüs	7 38,9
Batın	3 16,7
Sırt	4 22,2
Pelvis	3 16,7
Üst ekstremité	9 50,0
Alt ekstremité	11 61,1

Ayrıca serebrovasküler anevrizma yırtılması olgusunda da baş bölgesinde travma bulgusu bulunmamaktadır.

Kardiyak nedenli ölüm olgularından üçü hipertrofik kardiyomyopati ve biri hipertrofik kardiyomyopati ile birlikte myokardiyal köprüleşme patolojisine sahip olup, bisiklet kullanımı sırasında fenalaşarak öldükleri saptanmıştır. Bu kişilerde bisiklet kullanımı sırasında ortaya çıkan eforla kalbin üzerine binen yükün artması sonucunda ölümün meydana geldiği düşünülmektedir. Bisiklet kullanımı ile ilişkili ölümlerde acil servise başvuran olgular genellikle bisikletten düşme, bisikletle bir nesneye ya da bir yere çarpma ya da bisiklete motorlu araç çarpması öyküsü ile başvurumaktadırlar (9,10,13,14). Bu nedenle bu olgular birincil olarak travma olgusu olarak kabul edilerek ele alınmaktadır. Ancak bu tür olgularda kardiyovasküler sistem ve serebrovasküler sistem patolojileri özellikle ileri yaş, hipertansiyon, geçirilmiş myokard enfarktüsü gibi risk faktörleri göz önüne alınmalı ve ayırıcı tanı yapılmalıdır. Benzer biçimde adli ölü muayenesi sırasında da

bisikletten düşme öyküsüne sahip bir olguda denge kaybı, dikkatsizlik ve benzeri etmenlerden ziyade doğal bir ölüm söz konusu olabilir. Nitekim olgularımızın %65,2'sinin (n=15) ölü muayene tutanaklarında bisikletten düşme olguları olduğu kayıtlı iken, yapılan otopsiler sonucunda bunların %33,3'ünün (n=5) kaza olmayıp doğal ölüm olguları olduğu görülmüştür.

Bisiklet kazasına bağlı yaralanmalarla ilgili çalışmalara bakıldığında Sataloğlu ve arkadaşlarının çalışmasında (9) bisiklet kazaları arasında bisikletten düşmenin %90,4 oranında olduğu, Özkan ve arkadaşlarının çalışmasında (10) ise benzer şekilde çocuklarda %91, erişkin olgularda ise %90 olduğu bildirilmiştir.

Bisiklet kazalarında en sık yaralanma bölgesi baş ve boyun bölgesidir (5,9). Mortaliteye en fazla neden olan da kafatası yaralanmasıdır (4,10,14). New York şehrinde meydana gelen bisiklet sürücüsü ölümü olgularının yaklaşık 3/4'ünün yaralanmasının kafa travmasını da içerdiği bildirilmiştir (4). Çalışmamızda bisiklet kazasına bağlı ölüm olgularının %66,7'sinde kafa travması bulgusu mevcuttur. Diğer bölgesel yaralanma bulgularının dağılımı Tablo 4'de sunulmuştur. Ortaya çıkan bu oranlar kask takmanın önemini bir kere daha ortaya çıkarmaktadır. Kask ve benzeri koruyucu ekipmanlar takmanın ve bisiklet yolu kullanmanın mortalite riskini azaltabileceği bildirilmiştir (4).

Olgularımızdan üçünde (%16,7) servikal medulla spinalis yaralanması ölüme neden olmuş ya da ölüm nedenine katkıda bulunmuştur. Bu olguların birinde izole servikal medulla spinalis yaralanması mevcut iken,

diğer ikisinde bu yaralanmaya kafa içi travmatik değişim de eşlik etmektedir. Jarvis ve arkadaşlarının çalışmasında medulla spinalis yaralanması % 11,7 olguda mevcut iken kafatası yaralanmasının eşlik ettiği olguların oranı % 82'dir (5).

Acil servislere bisiklet kazası ifadesi ile başvuran olgularda olayın akut patolojik bir durum olabileceği ya da bisiklet kazası öyküsü olan olguların ölü muayenesinde patolojik ölüm olma ihtimali ayrıca akılda tutulmalıdır.

Bisiklet kullanıcıları diğer motorlu ya da motorsuz araç kullanıcılarına göre aracın özelliği, kullanım şekli, en başta da ülkemizde bisiklet yollarının yeterli ölçüde olmaması nedeniyle oldukça savunmasız olduklarından, bisiklet yollarının yeterince olmadığı ülkemiz koşullarında diğer araç kullanıcıları bisiklet kullananlara karşı daha son derece duyarlı olmalıdırlar.

Bisiklet kullanımı ile ilişkili kazaların ve ölümlerin önüne geçilmesinin en önemli yolunun bisiklet yollarının yapılması olduğu bilinmekte olup bu konuda hızla düzenlemeler yapılması ve hayata geçirilmesi gerekliliği vardır.

Ayrıca çocukluk çağında bisiklet kullanımına denge, dikkat ve koordinasyon sağlandıktan sonra başlanması, kask kullanımının gerekliliği ve öneminin ailelere anlatılması ve bu konuda farkındalık ve duyarlılık geliştirilmesi çocukluk çağında bisiklet kazalarına bağlı yaralanma ve ölümlerin önüne geçilmesinde son derece önemlidir.

Kaynaklar

İletişim: Dr. Mehmet Cavlak

E-posta: drmehmetcavlak@hotmail.com

1. Türkiye İstatistik Kurumu. Trafik kazası istatistikleri. www.tuik.gov.tr (Erişim: 01.10.2014).
2. Emniyet Genel Müdürlüğü Trafik Eğitim ve

Araştırma Dairesi Başkanlığı. 2012 yılı trafik istatistik bülteni. www.trafik.gov.tr (Erişim: 06.10.2014).

3. Emniyet Genel Müdürlüğü Trafik Eğitim ve Araştırma Dairesi Başkanlığı. 2013 yılı trafik istatistik bülteni. www.trafik.gov.tr (Erişim: 06.10.2014).
4. New York City Departments of Health, Mental Hygiene, Parks and Recreation, Transportation, New York City Police Department. Bicyclist fatalities and serious injuries in New York City 1996-2005.
5. Jarvis HC, Gill JR, Adams BJ. Bicyclist fatalities in New York City. Proceedings of 66th Annual Scientific Meeting, February 17-22, 2014.
6. İTO Sektör Profili 2004. www.ito.org.tr (Erişim: 06.10.2014).
7. Serinken M, Özen M. Pediyatrik yaş grubunda trafik kazası sonucu oluşan yaralanmalar ve özellikleri. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2011;17(3):243-7.
8. Karayolları Trafik Kanunu. www.mevzuat.gov.tr (Erişim: 01.10.2014).
9. Özkan S, Akdur O, İkizceli İ, Durukan P, İpekçi A, Sözüer EM. Bicycle related injuries in adults and children in the central Anatolian region: analysis of 4 years. JAEM 2012; 11: 35-40.
10. Sataloğlu N, Aydın B, Turla A. Bisiklet ve motorsiklet kazası sonucu yaralanma ve ölümler. Adli Tıp Bülteni 2010; 15 (1): 13-20.
11. Yamada N, Nakamura M, Ishikura K et al. Triggers of acute pulmonary thromboembolism developed in hospital, with focusing on toilet activities as triggering acts. Int J Cardiol 2005; 98: 409-11.
12. Culic V, Eterovic D, Miric D. Meta-analysis of possible external triggers of acute myocardial infarction. Int J Cardiol. 2005; 99 (1): 1-8.
13. Güzel A, Ersoy B, Doğrusoy Y, Küçükkuşurluoğlu Y, Altinel T, Karasalihoğlu S. Bisiklet kazası nedeniyle çocuk acil ünitemize başvuran olguların değerlendirilmesi. Ulusal Travma Dergisi 2006; 12 (4): 299-304.
14. Koçak S, Uçar K, Bayır A, Ertekin B. Acil servise başvuran motosiklet ve bisiklet kazası olgularının karakteristikleri. Turk J Emerg Med 2010; 10 (3): 112-8.

Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Küresel Durum Raporu 2010 ve Ülkemizdeki Durum

Report on the Global State of Non-Communicable Diseases
2010 and Situation in the Country

Derleme



Review Article

Ayla Açıkgöz, Dr. Belgin Ünal***

Geliş tarihi :14.08. 2014

Kabul tarihi: 23.11.2014

Öz

Bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH) önde gelen ölüm nedenlerindedir. BOH tüm diğer ölüm nedenlerinden daha fazla ölümlere neden olmuş ve epidemik düzeylere ulaşmıştır. Bu hastalıklar dünyada düşük ve orta gelire sahip toplumlarda en yüksek düzeyde görülmektedir. BOH hakkında yayınlanan ilk rapor olan Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara İlişkin Küresel Durum Raporu'na göre 2008 yılındaki tüm ölümlerin yaklaşık %63'ü kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kanserler ve kronik solunum hastalıklarından kaynaklanmaktadır. Tütün kullanımı, yetersiz fiziksel aktivite, alkolün zararlı kullanımı ve sağlıksız beslenmeden oluşan dört temel davranışsal risk faktörünün azaltılmasıyla çok sayıda BOH önlenir. BOH epidemisinin altında yatan diğer metabolik/fizyolojik nedenler, artmış kan basıncı, aşırı kiloluluk ve obezite, artmış kolesterol ve kanserle ilişkili enfeksiyonlardır.

Bu derlemede BOH'un ve risk faktörlerinin günümüzdeki durumu ve BOH'un önlenmesi ve kontrolüne yönelik yol haritasını içeren Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara İlişkin Küresel Durum Raporu değerlendirilmiş ve ülkemizin verileri tartışılmıştır. BOH epidemisi düşük gelirli ülkelerde ve orta ve yüksek gelirli ülkelerdeki düşük sosyal konumu olan insanlar arasında hızla artmaktadır. BOH sağlık sistemleri ve ülkelerin ekonomileri üzerine önemli yük oluşturmaktadır. BOH mortalitesi, morbiditesi ve risk faktörleri bakımından ülkemizin verileri gelişmekte olan ülkelere benzerdir. Bir çok ülkede olduğu gibi ülkemizde de BOH sürveyans kapasitesi yetersizdir. BOH sürveyans sistemlerinin ulusal sağlık sistemlerine entegre edilmesi ve yeterli kaynaklarla desteklenmesi gerekmektedir.

Anahtar sözcükler: Bulaşıcı olmayan hastalıklar, Küresel durum raporu, Risk faktörleri, Sürveyans

Abstract

Non-communicable diseases (NCD) constitute one of the leading causes of mortality. In fact they claim higher mortality rates than other causes and reached epidemic levels. These diseases have the highest prevalence in low and medium income level countries in the world. According to the Global Report on Non-communicable Diseases, which is the first ever in this field, 63% of all cases of mortality in 2008 are caused by cardiovascular diseases, diabetes, cancers and chronic respiratory diseases. Many cases of NCD can be avoided or prevented by reducing four basic behavioural risk factors which are smoking, insufficient physical activity, alcohol abuse and unhealthy patterns of nutrition. Other metabolic/physiologic causes underlying NCD epidemic include increased blood pressure, overweight and obesity, cholesterol and cancer related infections.

In this collection, the reader can find an evaluation of the Global Report on Non-communicable Diseases which contain risk factors related to NCD, a roadmap for their control and a discussion on data from Turkey. The BOH epidemics rapidly spread among disadvantaged in low, middle and high income countries. As such, NCD places a significant burden on healthcare systems and economies of countries. In terms of NCD mortality morbidity and risk factors, data in Turkey is similar to that of other developing countries. As is the case in many other countries, NCD surveillance capacity is insufficient in Turkey as well. There is need to integrate NCD surveillance systems with national healthcare systems and to support it with sufficient funds.

Key words: Non-communicable diseases, Global situation report, Risk factors, Surveillance

*Doktora Öğr.; Dokuz Eylül Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, İzmir

** Prof.; Dokuz Eylül Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, İzmir

Giriş

2008 yılında tüm Dünya’da meydana gelen 57 milyon ölümün 36 milyonunun kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, diyabet ve kronik akciğer hastalıklarını içeren bulaşıcı olmayan hastalıklardan (BOH) kaynaklandığı Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından bildirilmektedir (1). Bu hastalıkların yükü özellikle orta ve düşük gelirli ülkelerde hızla artmakta ve belirtilen hastalıklar bu ülkelerde toplumsal ve ekonomik bakımdan büyük maliyetlere neden olmaktadır (1,2).

Bu yazıda, Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara İlişkin Küresel Durum Raporu 2010’un kapsamını, hedeflerini ve ülkelere yönelik gösterilen yol haritalarını incelemek ve rapora göre ülkemizin verilerini değerlendirmek amaçlanmıştır.

2011 yılında DSÖ tarafından yayınlanmış olan Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara İlişkin Küresel Durum Raporu 2010; BOH’un küresel yükü, risk faktörleri ve belirleyicilerine yönelik hazırlanmış ilk kapsamlı rapordur. Raporda BOH sürveyansı, toplumun geneline yönelik önleme, sağlık bakımının güçlendirilmesi ve ülkelerin yanıt verme kapasitesi konularına odaklanılarak tüm toplumlarda epidemiyale mücadeleye yönelik kısa dönemdeki fırsatların önemi vurgulanmaktadır (2). Yedi bölümde değerlendirilen raporun ilk bölümünde BOH yükü, mortalite, morbidite ve risk faktörleri ayrıntılı olarak ele alınmıştır. Daha sonra sırasıyla kalkınma, sürveyans, risklerin azaltılması ve hastalığın önlenmesi için topluma ve bireye yönelik girişimler, ülkelerin yanıt verme kapasiteleri ve son bölümde önümüzdeki yol, çıkarılan derslere dayalı uygulamalara yer verilmiştir. Aşağıda raporun ana bölümleri ve bu bölümlere uygun olarak ülkemizin verileri incelenmiştir.

Bölüm 1. Yük: Mortalite, Morbidite ve Risk Faktörleri

2008 yılında tüm Dünyada meydana gelen ölümlerin %63’ü BOH’dan, özellikle kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kanserler ve kronik solunum yolu hastalıklarından kaynaklanmaktadır (1). BOH’a bağlı ölümlerin çoğunluğu düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir. BOH’un artması ve ülkelerin nüfuslarının yaşlanmasına bağlı olarak BOH’a bağlı ölümlerin tüm Dünya’da daha da artacağı tahmin edilmektedir ve en büyük artışın da düşük ve orta gelirli bölgelerde olması beklenmektedir (2). BOH, düşük ve orta gelirli ülkelerde daha genç yaşta ölüme neden olmaktadır. Bu ülkelerde BOH’a bağlı ölümlerin %29’u 60 yaş altı bireylerde meydana gelirken yüksek gelirli ülkelerde bu oran %13’tür (2). 2013 yılı TÜİK verilerine göre ölüm nedenleri arasında, dolaşım sistemi hastalıkları (%39,8) ilk sırada, iyi huylu ve kötü huylu tümörler (%21,3) ikinci sırada ve solunum sistemi hastalıkları (%9,8) ise üçüncü sırada gelmektedir (3). Ülkemizde yapılan bir çalışmada kardiyovasküler hastalıkların 20 yıllık (1988-2008) bir süreçteki değişimi değerlendirilmiştir. Türkiye’de koroner kalp hastalığı ve inme mortalitesinde 1994 yılına kadar artış olduğu, ancak daha sonraki yıllarda azalış olduğu saptanmıştır (4). Tablo 1’de Dünya’da ve Türkiye’de BOH’a bağlı ölümler özet olarak verilmiştir. 2013 yılında Türkiye’de BOH’a bağlı ölümlerin toplam içindeki payının 2008 Dünya ortalamasına göre daha yüksek düzeye çıktığı görülmektedir (3).

Raporda BOH’un büyük bir kısmının, dört temel davranışsal risk etmeninin azaltılmasıyla önlenebileceği belirtilmektedir. Bunlar tütün kullanımı, hareketsizlik, alkolün zararlı kullanımı ve sağlıksız beslenme olarak sıralanmıştır. Bu riskli davranışlar hipertansiyon,

Tablo 1. Toplam ölümler içindeki BOH’a bağlı ölümler

Toplam ölümler içindeki BOH’a bağlı ölüm	Dünya (2008)	Türkiye (2008)
<70 yaş BOH’a bağlı ölüm	%63* %71,0 (UHYÇ) (5) %48 (düşük ve orta gelirli ülkelerde)* %26 (yüksek gelirli ülkelerde)*	%70,9 (2013) (3) E:%51,3*(Sayı: 177 100) K:%39,7* (Sayı: 136 700) -

* WHO. Global status report on noncommunicable diseases-2010

fazla kilo/obezite, hiperglisemi ve hiperlipidemi gibi metabolik/fizyolojik değişikliklere yol açabilmektedir. Raporda risk etmenleri davranışsal risk etmenleri ve metabolik/fizyolojik risk etmenleri olarak iki grupta toplanmıştır (2).

Davranışsal risk etmenleri

Tütün kullanımı: Tütün kullanımı ve pasif içicilik nedeniyle Dünya’da her yıl yaklaşık altı milyon kişi ölmektedir. Sigara kullanımının, akciğer kanserlerinin yaklaşık %71’inden, kronik solunum yolu hastalıklarının %42’sinden ve kardiyovasküler hastalıkların %10’undan sorumlu olduğu tahmin edilmektedir.

Raporda, sigara kulanma prevalansının Avrupa Bölgesi’nde en yüksek (%29) olduğu, erkeklerde en yüksek prevalansın (%46) Batı Pasifik Bölgesi’nde, kadınlarda ise Avrupa Bölgesi’nde (%20) olduğu belirtilmektedir. Erkekler arasında en fazla sigara kullanımı insidansı alt-orta gelirli ülkelerde görülmektedir. Ülkelerin gelir düzeyi azaldıkça erkeklerin tütün kullanım sıklığı azalırken, kadınlarda tam tersi bir durum seyretmektedir (2). Ülkemizde toplumda sigara içme sıklığını belirlemeye yönelik yapılan çalışmaların sonuçları Şekil 1’de sunulmuştur (6-9).

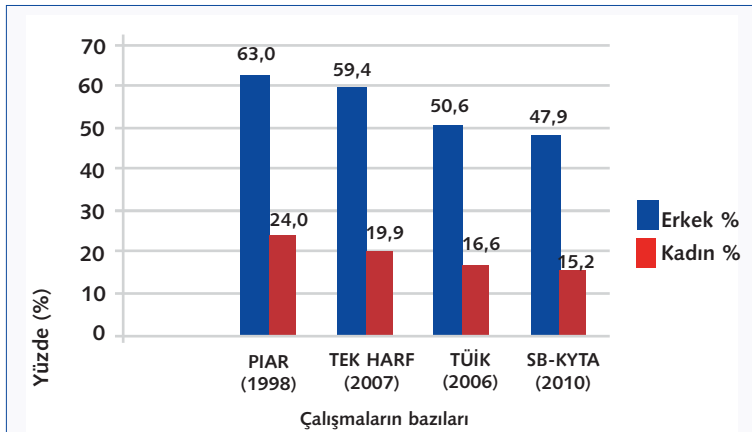
Ülkemizde sigara içme sıklığını belirlemeye yönelik yapılan çalışmalarda ülkeyi temsil etme ve sigara içme tanımına yönelik kısıtlılıklar olmakla birlikte, sigara içme yıllara göre incelendiğinde hem genel toplumda hem de cinsiyete göre değerlendirmede giderek düştüğü görülmektedir. Ancak, erkeklerde

sigara kullanımı prevalansının çok yüksek olduğu görülmektedir. Çalışma sonuçlarına göre sigara içmedeki azalma eğiliminin kontrol programları ile daha hızlı olacağı beklenmektedir (10). Ülke çapında başarıya ulaşmak için bu programların sürdürülmesi, güçlendirilmesi ve değerlendirilmesi önemlidir.

Fiziksel aktivite yetersizliği: Hareketsizlik nedeniyle her yıl 3,2 milyon kişi ölmektedir. Fiziksel aktivite yetersizliği haftada beş kez 30 dakika orta şiddetli aktiviteden az ya da haftada üç kez 20 dakika yüksek şiddetli aktiviteden daha az fiziksel aktivite yapılması olarak tanımlanmaktadır. Her yıl yaklaşık 32,1 milyon yeti yitimine göre düzeltilmiş yaşam yılının (Disability Adjusted Life Years; DALY) yetersiz fiziksel aktiviteye bağlı olduğu belirtilmektedir. Yetersiz fiziksel aktivite yapanlarda tüm nedenlere bağlı mortalite riski %20-30 oranında artmaktadır. Fiziksel aktivite yetersizliği en fazla yüksek gelirli ülkelerde görülmektedir. Ancak tüm ülkelerde fiziksel aktivite yetersizliği kadınlarda erkeklere göre daha fazladır (2).

Ülkemizde 1990-2000 yılları arasında 20 yaş üstü toplumda yapılmış bir çalışmada hem erkeklerde hem de kadınlarda yeterli düzeyde fiziksel aktivite sıklığının yıllara göre giderek azaldığı, bu azalmanın kadınlarda daha fazla olduğu saptanmıştır (6). Ulusal Hane Halkı Araştırmasında (UHHA 2003) Türkiye’de nüfusun %20,3’ünün sedanter yaşadığı, %15,9’unun yetersiz düzeyde fiziksel aktivitede bulunduğu, kadınlarda bu oranların daha yüksek olduğu saptanmıştır (11). Kentleşme ve teknolojinin ilerlemesiyle birlikte fiziksel aktivite yetersizliği ülkemizde de giderek artmaktadır. Bunun anlamı BOH riskinin de giderek artması demektir.

Alkolün zararlı kullanımı: Her yıl yaklaşık 2,3 milyon kişi alkolün zararlı kullanımından dolayı ölmektedir ve bu sayı Dünya’daki tüm ölümlerin yaklaşık %3,8’i demektir. Bu ölümlerin yarısından fazlası kanser, kardiyovasküler hastalık ve karaciğer sirozu gibi BOH’dan kaynaklanmaktadır. Alkol tüketimi ülkelerin kültürüyle doğrudan ilişkilidir, bu nedenle alkol tüketiminde ülkeler arasında farklılık görülmektedir (2). Beslenme ve sağlık araştırmasında ülkemizde



Şekil 1. Türkiyede yapılan bazı çalışmalarda cinsiyete göre sigara içme sıklığı

alkol kullanımı prevalansı erkeklerde %17,2, kadınlarda %3,8, toplamda ise %10,4 olarak saptanmıştır (12). Türkiye’de yapılan ülkemizi temsil eden bir çalışmada sık ve çok miktarda alkol içenlerin prevalansı kırsal alanda %0,5 iken, kentsel alanda %0,2 olduğu saptanmıştır (11). Ülkemizde alkol kullanımı sık görülen riskli davranışlar arasında bulunmamaktadır. Ancak miktar olarak fazla ve sık alkol kullanan bireyler ya da gruplar belirlenerek alkolün zararlı kullanımına yönelik önlemler alınması yerinde bir girişim olabilir.

Sağlıksız beslenme: Beslenme kaynakları ve veri türlerinin farklılıklarından dolayı sağlıksız beslenme prevalansını belirlemek oldukça güçtür. Dünyada yaklaşık 16 milyon DALY ve 1,7 milyon ölüm, düşük meyve ve sebze tüketiminden kaynaklanmaktadır. Yeterli meyve ve sebze tüketiminin kardiyovasküler hastalık, mide ve kolorektal kanser riskini azalttığı, yağ ve şeker bakımından zengin, işlenmiş gıdalar gibi yüksek enerjili gıdaların fazla tüketiminin obeziteyi artırdığına yönelik bulgular olduğu belirtilmektedir (2). Türkiye’de yapılan Küresel Hastalık Yüklü çalışmasında yetersiz sebze ve meyve tüketimine atfedilen hastalık yükünde iskemik kalp hastalıkları (atfedilen DALY’nin %70,3’ü) ve serebrovasküler hastalıklar (atfedilen DALY’nin %19,8’i) önde gelmekte, ardından kanserler gelmektedir (5).

Tüketilen tuz miktarı kan basıncı düzeyleri ve kardiyovasküler hastalık risklerinin önemli bir belirleyicisidir. Kardiyovasküler hastalığı önlemek için DSÖ tarafından kişi başı günlük

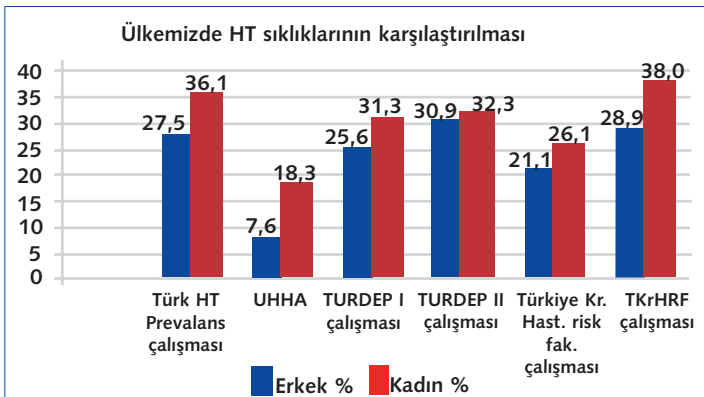
önerilen tuz kullanımı 5 gramın altındadır. Bugün Dünya çapında 9-12 gram arasında olan yemek tuzu alımının, gün başına 5 gram düzeyine indirilmesinin hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalıkların azalmasında etkisi olacağı belirtilmektedir (2). Bireye ve topluma yönelik olarak tuzu kısıtlama politikaları hakkında farkındalık yaratılması BOH’u önlemede önemli bir adım olabilir.

Doymuş yağ ve trans yağın koroner kalp hastalığı riskini artırdığı, bunların yerine tekli doymamış ve çoklu doymamış yağ kullanılmasının bu riski azalttığına yönelik bulgular vardır (2). Ülkemizi temsil eden çalışmalarda yağ tüketim sıklığıyla ilgili veri bulunmamaktadır. Kayseri’de toplumu temsil eden ve büyük bir örnekte yapılmış bir çalışmada, çalışmaya katılanların %67,7’sinin yağ türü olarak bitkisel yağ tükettikleri saptanmıştır (13). İzmir’de 30 yaş üstü bireylerde yapılan bir kohort çalışmada katılımcıların yarısından fazlasının zeytinyağı tükettikleri belirlenmiştir (erkeklerde %52,7, kadınlarda %53,0) (14).

Kalp damar hastalıkları ve bazı kanser türlerine yönelik mücadelede günde beş porsiyon meyve ve sebze tüketimi önerilmektedir (15). UHHA çalışmasında, 18-24 yaş grubunda ortalama günde 1,7 porsiyon meyve ve 1,5 porsiyon sebze tüketildiği bulunmuş, 55-64 yaş grubunda en yüksek meyve ve sebze tüketiminin olduğu saptanmıştır (11). Beslenme ve Sağlık Araştırması’nda ülkemizde günde iki ya da daha fazla öğün meyve tüketim sıklığının %9,8, bu oranın erkeklerde %8,8, kadınlarda ise %10,8 olduğu, günde iki ya da daha fazla sebze ya da salata tüketim sıklığının ise erkeklerde %11,5, kadınlarda %14,4, toplamda ise %13,0 olduğu saptanmıştır (12). Bu bulgulardan anlaşıldığı gibi sebze ve meyve çeşitliliği açısından zengin bir ülke olmamıza karşın, meyve ve sebze çeşitliliğimizden toplum olarak yeterince yararlanamamaktayız.

Metabolik/fizyolojik risk etmenleri

Hipertansiyon: Tüm Dünya’da hipertansiyonun 7,5 milyon kişide ölüme neden olduğu belirtilmektedir. Bu sayı yıllık toplam ölümlerin %12,8’i demektir. Hipertansiyon; koroner kalp hastalığı, iskemik



Şekil 2. Türkiye’de yapılan bazı çalışmalarda cinsiyete göre hipertansiyon sıklığı (6,11,16,17,18)

ve hemorajik felcin temel risk etmenidir. Ülkelerin gelir gruplarına göre düşük, alt-orta gelirli ve üst-orta gelirli ülkelerde hipertansiyon prevalansının yüksek olduğu ve her iki cinsiyet için yaklaşık %40'lık bir sıklıkta olduğu bulunmuştur. Sistolik ve diyastolik kan basıncının tedavi edilerek 140/90 mm Hg'nin altına düşürülmesi kardiyovasküler komplikasyonlarda azalmayı sağlamaktadır (2).

Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması'nda hipertansiyona atfedilen, yani hipertansiyonun kontrol altına alınması ile önlenen ölüm sayıları iskemik kalp hastalıklarında 50.717, serebrovasküler hastalıklarda 39.731, hipertansif kalp hastalıklarında ise 11.503'tür. Toplam önlenen ölüm sayısı 10.468 olup tüm ölümlerin %25,2'sini oluşturmaktadır (5).

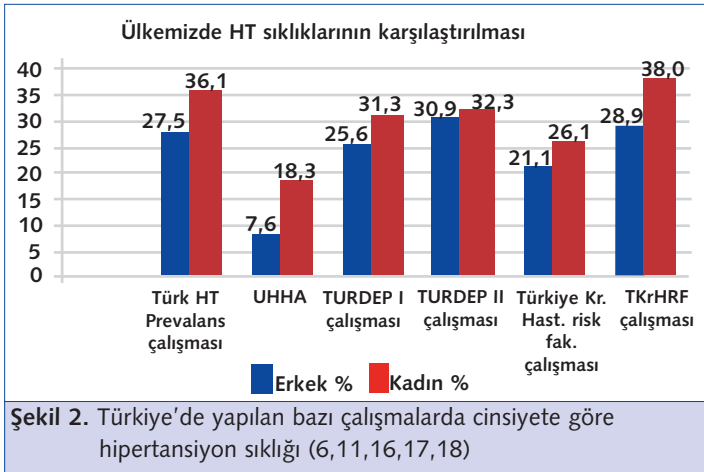
Türkiye'de hipertansiyon sıklığının belirlenmesine yönelik yapılan çalışmaların bazılarının sonuçları Şekil 2'de sunulmuştur. Yapılan çalışmaların tüm toplumu temsil etmemesi ve standart yöntemlerin kullanılmaması gibi kısıtlılıkları olmakla birlikte, kadınlarda erkeklerden daha fazla hipertansiyon olduğu görülmektedir. Bir çalışmada hipertansiyonu olan erkeklerin yaklaşık yarısının, kadınların ise üçte ikisinin hastalığının farkında olduğu saptanmıştır (16).

Fazla kilo ve obezite: Fazla kilo ve obezite yüzünden her yıl dünyada en az 2,8 milyon kişi ölmektedir. Koroner kalp hastalığı, inme, diyabet, meme, kolon-rektum, endometriyum, böbrek, özofagus ve pankreas kanseri riski beden kütle indeksinin (BKİ) artmasıyla birlikte

giderek artmaktadır. DSÖ'nün raporunda Avrupa, Doğu Akdeniz ve Amerika Kıtası bölgelerinde kadınların %50'sinden fazlasının fazla kilolu olduğu belirtilmektedir. Fazla kilo ve obezitedeki en hızlı artışın alt ve üst-orta gelir grubunda olduğu görülmektedir (2).

Ülkemizde 1990 yılında yapılan bir çalışmada erkeklerin %12, kadınların ise %32'sinin obez (BKİ ≥ 30 kg/m²) olduğu saptanmıştır (6). TURDEP II çalışmasına göre Türkiye'de obezite sıklığı %32'dir. Bu çalışmada erkeklerde kilo fazlalığının, kadınlarda ise obezitenin daha yaygın olduğu saptanmış, aynı çalışmada TURDEP I çalışmasına göre obezite sıklığının %44 arttığı bulunmuştur (16). İzmir'de 30 yaş ve üzeri toplumda büyük bir örnekle yapılmış bir çalışmada erkeklerde BKİ ortalaması 28,0 kg/m², kadınlarda ise 29,6 kg/m² olduğu saptanmış, yine aynı çalışmada obezite sıklığı erkeklerde %29,4, kadınlarda %44,2 olduğu, kadınların yaşı arttıkça obezite sıklığının da arttığı saptanmıştır. Çalışmaya katılan obez (BKİ'si ≥ 30 kg/m²) olan kadınların, 30-44 yaş grubunda %25,9, 45-54 yaş grubunda %44,1, 55-64 yaş grubunda %58,7, 65-74 yaş grubunda %63,5, 75+ yaş grubunda %53,7 olduğu saptanmıştır (19).

Yüksek kolesterol: Yüksek kolesterolün her yıl 2,6 milyon ölüme neden olduğu tahmin edilmektedir. Raporda, yüksek kolesterol düzeylerinin, kalp hastalığı ve inme risklerini artırdığı belirtilmekte, yüksek kolesterol düzeyinin en fazla yüksek gelir grubunda olan ülkelere görüldüğü belirtilmektedir (2). Ülkemizde toplam kolesterol düzeylerinin kadınlarda daha yüksek olduğu bulunmuştur (6). Başka bir çalışmada toplam kolesterol ortalamasının kadınlarda 211 mg/dl, erkeklerde 208 mg/dl olduğu saptanmıştır (19). Türkiye Hastalık Yüğü çalışması sonuçlarına göre yüksek kolesterol düzeyleri tüm hastalık yükünün %5,2'sini oluşturmaktadır. Yüksek kolesterolün önlenmesi ile iskemik kalp hastalıklarına bağlı 41 226 ölümün, iskemik inmeye bağlı 7.802 ölümün önlenebileceği belirtilmektedir. Yine aynı çalışmada yüksek kolesterolün kontrol altına alınmasıyla hem her iki cinsiyette hem de genel toplamda ölümlerin %11,4'ünün önlenebileceği hesaplanmıştır (5).

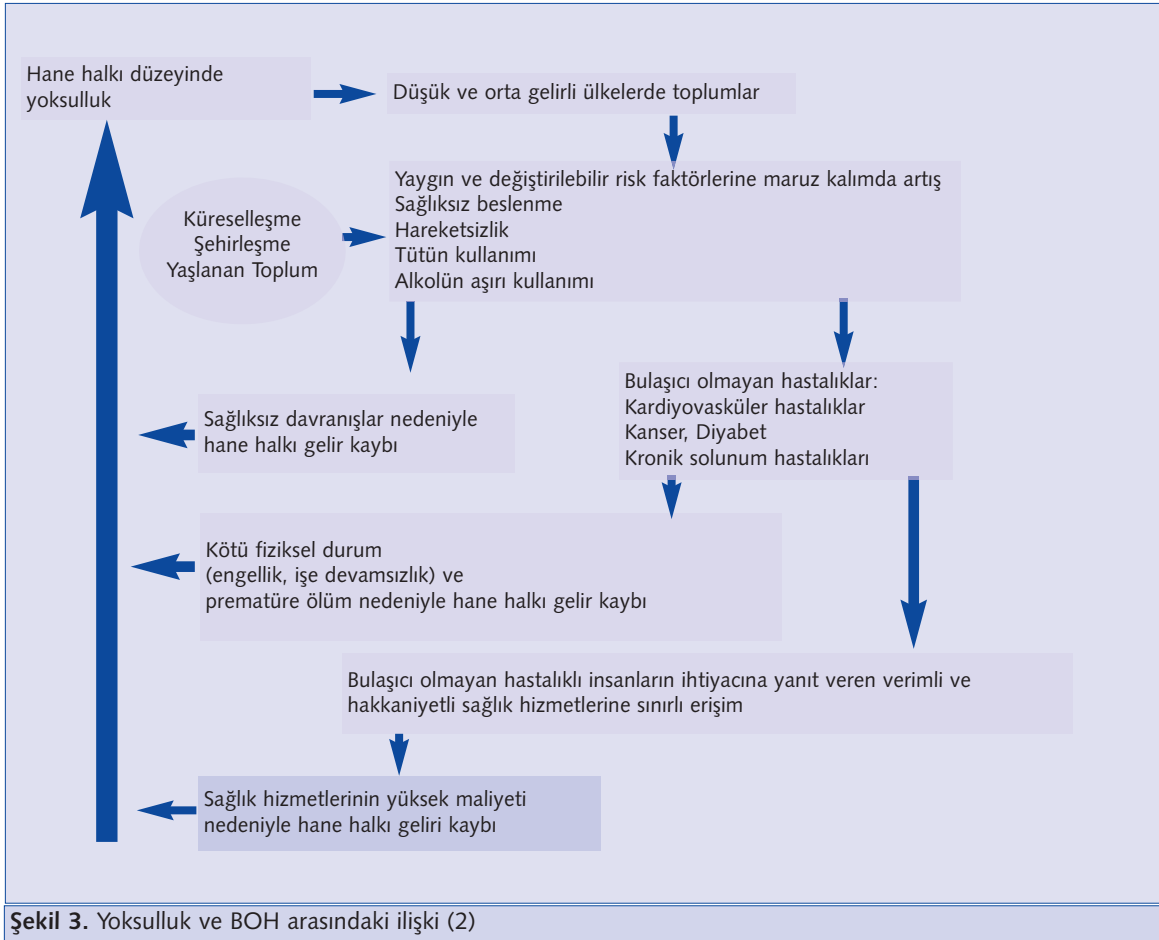


Kanserle ilişkili enfeksiyonlar: Özellikle düşük ve alt-orta gelirli ülkelerde yüksek insidans ve mortalite gösteren serviks, karaciğer, mide kanserlerinin çoğunlukla kronik enfeksiyon kaynaklı olduğu belirtilmektedir. Her yıl, bazı kronik enfeksiyonlara bağlı olarak yaklaşık iki milyon kanser olgusu ortaya çıkmaktadır; kronik enfeksiyonlara bağlı kanser olgularının düşük gelirli ülkelerde daha fazla olduğu tahmin edilmektedir. Belirli kanserlere neden olan temel enfeksiyöz ajanlarının insan papillom virüsü (HPV), Hepatit B virüsü, Hepatit C virüsü ve Helikobakter pilori olduğu saptanmıştır. Belirtilen enfeksiyonların, aşılarla ve bulaşmayı önleyen koruyucu yöntemlerle çoğunlukla önlenemediği ya da tedavi edilemediği bilinmektedir (2). DSÖ, nüfusa dayalı HPV araştırmalarına göre kadınlarda servikal HPV enfeksiyonu prevalansının ülkelere ve bölgelere göre on kattan fazla değişkenlik gösterdiğini belirtmektedir. Bazı bölgelerde prevalans %3'ten az, bazı bölgelerde ise %25'ten fazladır (20).

Ülkemizde tüm toplumu demografik ve coğrafi olarak temsil eden, güvenilir verinin elde edildiği ve belli sürelerde yinelenen çalışmalar konusunda kısıtlılıklar bulunmaktadır. Sürveyans sistemi üzerinden risk faktörlerini izleyebilmek için standardize göstergeler belirlenmeli, davranışsal ve metabolik risk faktörlerini izlemek için yineleyen ulusal çalışmalar yapılmalı ve bu çalışmaların sonuçlarına göre halkın farkındalığının ve katılımının sağlandığı etkin girişimler planlanmalıdır.

Bölüm 2. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kalkınma

Raporda BOH'un hem bireysel hem de hane halkı yoksullaşmasını artırarak sosyal ve ekonomik kalkınmayı engellediği, ülkelere sosyoekonomik açıdan büyük yük getirdiği belirtilmektedir. Düşük ve orta gelirli ülkelerde hızla büyüyen BOH yükü; küreselleşme, hızlı ve plansız kentleşme ve dolayısıyla giderek artan hareketsiz yaşam tarzıyla paraleldir.



Ülkelerin çoğu BOH'dan korumaya yönelik politika, mevzuat, hizmet sunumu ve altyapıya sahip değildir (2). BOH'un sağlık sistemine maliyetinin yüksek olduğu ve bu maliyetin daha da artacağı tahmin edilmektedir. Şekil 3'te yoksullukla BOH'un doğrudan ilişkisi olduğu gösterilmektedir. Yoksul ülkelerde sağlık bakımı maliyetinin çoğunluğu hastalar tarafından cepten ödenmektedir. Böylece hane bütçelerine özellikle düşük gelirli ailelerin bütçelerine olan yük artmaktadır. Raporda her yıl tahmini olarak yaklaşık 100 milyon kişinin, sağlık hizmetleri için doğrudan ödeme yapmak zorunda kaldığı için yoksullukla mücadele ettiği vurgulanmıştır (2).

Rapor, BOH'un sosyoekonomik etkilerinin, Binyıl Kalkınma Hedefleri (BKH)'ne doğru ilerlemeyi de etkilediğini açıklamaktadır. BKH'nin dördüncüsünde binde 93 olan beş yaş altı çocuk ölümlerinin binde 31'e indirilmesi hedeflenmiştir. Beşinci hedefte anne ölüm oranını dörtte üç oranında düşürmek ve üreme sağlığına ulusal erişimi sağlama amaçlanmıştır (21). Raporda BOH'un BKH'nin dördüncü ve beşinci hedefleriyle yakından ilişkisi olduğu belirtilmektedir (2).

BKH'nin sekizincisinde kalkınma için küresel bir ortaklık kurmak hedeflenmiştir (21). Raporda gelişmekte olan ülkelerde maliyeti karşılanabilir temel ilaçlara erişim sağlandığı vurgulanmaktadır. Ancak temel ilaçlara erişimi sağlamaya yönelik uluslararası çabaların çoğunluğu AIDS, tüberküloz ve sıtmaya ayrılmaktadır. BOH epidemisi yoksulluğu azaltma çabalarını engellemekte, toplumların sosyoekonomik kalkınmaya ayırabilecekleri kaynakları azaltmaktadır (2). Ülkemizde sıtma ve HIV/AIDS mortalite ve morbiditesi hakkında kesin veri bulunmamakta (22), bu hastalıkların ülke ekonomisine maliyeti de kesin olarak bilinmemektedir. Sağlık Bakanlığı'nın stratejik plan değerlendirmesinde tüberküloz tedavisinde başarı oranının 2000 yılında %73 iken 2008 yılında %92'ye ulaştığı belirtilmektedir. Yeni HIV/AIDS ile sıtma sayılarının giderek azaldığı AIDS insidansı bakımından düşük insidanslı ülkeler arasında olduğumuz, son beş yılda ülkemizde sıtmadan ölümün olmadığı belirtilmektedir (23). Bu

veriler artık ülke ekonomisinden BOH'a daha fazla kaynak ayrılabilir olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Bölüm 3. BOH'un ve Risk Faktörlerinin izlenmesi: Sürveyans

Bulaşıcı olmayan hastalık sürveyansı; bir ülkenin BOH hastalık yükü, risk altındaki toplumu, BOH'a bağlı mortalite, morbidite, risk faktörlerine yönelik verilerin sistematik olarak toplanması ve analiz edilmesidir. Sürveyans, zamanla değişen sağlık sonuçları ve risk etmenlerinin eğilimlerini takip edebilmeye yaramaktadır (2,24). Raporda sürveyansın politika ve program geliştirilmesinde, BOH'un önlenmesi ve kontrolüne yönelik uygun mevzuat için gereken bilgilerin sunulmasında, politika ve programların uygulanmasının izlenmesi ve değerlendirilmesinde oldukça önemli bir yeri olduğu açıklanmaktadır (2). Raporda ülkelerin çoğunda kullanılabilir mortalite verisinin az olduğu ve sürveyans sistemlerinin zayıf olduğu, BOH'a yönelik verilerin genelde ulusal sağlık bilgi sistemlerine entegre olmadığı belirtilmektedir. BOH sürveyansının risk etmenlerinin izlenmesi, sonuçların izlenmesi, sağlık sistemi yanıtları olmak üzere üç zorunlu bileşenin olduğu, bu bileşenleri tüm ülkelerin kurması ve güçlendirmesi gerektiği belirtilmektedir (2).

DSÖ, üye ülkelere verilerinin standardize bir yöntemle toplanması ve analiz edilebilmesi amacıyla kronik hastalık risk faktörlerinin sürveyansı yaklaşımını önermektedir. Sürveyans sürecinin aşamaları sırasıyla risk etmenlerinin belirlenmesi, risk etmenlerinin saptanmasına yönelik araştırma planlanması, verilerin toplanarak girişinin yapılması, bulguların değerlendirilmesi ve elde edilen bulgulara göre eylem planlarının oluşturulmasıdır (25).

Sağlık Bakanlığı tarafından son on yılda pek çok program ve politika geliştirilmiş olup, bu politikaların uygulanması henüz tam olarak başarılı olmuştur. Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen BOH önleme ve kontrol politikalarının ağırlıklı olarak DSÖ karar ve önerileri ile tutarlı olduğu belirtilmektedir

(15,18,26). Ülkemizde BOH'u önlemeye yönelik politikalar var olmasına karşın sağlık sistemi, örgütlenme ve hizmet sunumu gibi alanlarda eksiklikler bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı 663 sayılı kanun hükmünde kararname sonrasında yeniden yapılanmıştır. Yeni yapılanmada gerek kadro gerekse fiziki sorunların çözülememesi nedeniyle koordinasyon eksikliği ve bazı yönetsel sorunlar bulunmaktadır. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun oluşturulması ve bu kuruma bağlı olarak Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Programlar ve Kansere başlıklı bir yapının oluşturulması olumlu bir gelişmedir (18). BOH sürveyansına yönelik pek çok alanda umut vaat eden sağlıkta dönüşüm programının, izleme indikatörlerinin eksikliği, farklı veri sistemleri olan Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS) ve hastane bilgi sistemleri arasında entegrasyonun olmaması ve AHBS'de toplanan verinin toplum sağlığı merkezleri ve illerde değerlendirme ve izleminin yapılamıyor olması gibi temel sorunları vardır. Birinci basamakta çalışan sağlık işgücü yetersizliği, aile hekimleri ve sağlık personelinin iş yükünün fazla olması, önceliğin tedavi hizmetlerine ayrılması gibi nedenlerle BOH tanısı ve izlemi, risk faktörlerinin izlemi ile ilgili bilgi ve motivasyon eksikliği gibi sorunlar devam etmektedir (27).

Bölüm 4. Risklerin Azaltılması ve Hastalığın Önlenmesi: Toplumun Geneline Yönelik Girişimler

Raporda toplumun geneline yönelik BOH'u önleme girişimlerinin hem gerçekleştirilebilir hem de maliyet etkin olduğu, ülkenin gelir düzeyinin bu girişimlerde engel oluşturmadığı açıklanmaktadır. En karlı uygulamalar (best buys) ve iyi uygulamalar (good buys) kavramları BOH'u önleme girişimlerinin maliyet etkinliğine ve diğer bilgilere dayanılarak tanımlanmıştır. En karlı uygulama yalnızca yüksek maliyet etkin olmakla kalmayıp aynı zamanda ucuz, uygulanabilir ve kültürel olarak uygulanması kabul edilebilir bir girişimdir. İyi uygulamalar ise daha fazla maliyeti olan ya da daha az sağlık kazanımı veren fakat maddi açıdan yine iyi değer sağlayan diğer girişimlerdir. Çoğu girişimin maliyet etkin olduğu, ancak bazılarının "en karlı uygulamalar" olduğu; bunların kurtarılan

yaşamlar, önlenen hastalıklar ve ağır maliyetler bakımından hızlı sonuçlar almak için acil uygulanması gerektiği belirtilmiştir (2). Tablo 2'de BOH'un önlenmesine yönelik tüm ülkelere önerilen en karlı uygulamalar ayrıntılı olarak gösterilmiştir (2).

Ülkemizde, hazırlanan kalp damar hastalıklarını önleme ve kontrol programı, diyabet kontrol programı, obezite kontrol programı, ulusal kanser kontrol programı ve tütün kontrol programları toplumun geneline yönelik girişimler içermektedir. Risklerin azaltılmasına yönelik tütün kullanımının önlenmesi ve Hepatit B aşısı uygulamasına yönelik girişimler ülkemizde son yıllarda başarılı olarak uygulanan en karlı uygulamalardır. Ancak, obezite, fiziksel hareketsizlik ve sağlıklı beslenme konusunda toplumun geneline yönelik girişimler çok kısıtlı sayıda kalmıştır.

Bölüm 5. Sağlık Bakımının İyileştirilmesi: Bireysel Sağlık Bakımı Girişimleri

Raporun bu bölümünde, ülkelerin sağlık bakımı sistemlerinin BOH'lu bireyler ya da BOH bakımından yüksek riskli bireylere yönelik girişimler yapılması konusunda sorumluluğu olduğu belirtilmektedir. Yüksek gelirli ülkelerden elde edilen bulgulara göre, bireylere yönelik girişimlerin uygun ve düşük maliyetli olduğu saptanmıştır. Günümüzde, çoğu düşük ve orta gelirli ülkelerde BOH'a yönelik sağlık bakımının temel dayanağı, hastane merkezli akut bakım olduğu bilinmektedir. Raporda, birinci basamakta sunulan sağlık hizmetleri kapsamının BOH'a yönelik girişimleri kapsayacak şekilde genişletilmesinin, tüm sağlık sistemini güçlendirme girişimindeki en önemli adım olduğu belirtilmektedir (2).

Raporda BOH epidemisine yönelik mücadelede bireye yönelik girişimlerde stratejik hedefin uygun maliyetli ve sürdürülebilir sağlık bakımı girişimleri kullanılarak erken tanı ve bakımın sağlanması gerektiği önerilmektedir. Bireysel sağlık bakımı girişimlerinde, 10 yıl içinde kardiyovasküler hastalık gelişme riski %30 ve üzerinde olan 30 yaş ve üstündeki bireylere erken tanı-tedavi ya da danışmanlık, diyabet için glisemik kontrol, danışmanlık ve çoklu ilaç tedavisi, akut miyokard enfarktüsünün

Tablo 2. Bulaşıcı olmayan hastalıkların risk etmenlerine yönelik girişimler: en karlı uygulamalar (2)

Risk etmeni (milyon DALY, küresel yük %)	Girişimler	Kaçınılabılır yük (önlenebilir DALY)	Maliyet etkinlik (a)	Uygulama maliyeti (b)	Uygulanabilirlik
Tütün kullanımı (>50m DALY %3,7 küresel yük)	Bireylerin tütün dumanından korunması* Tütünün tehlikeleri hakkında bireylerin uyarılması* Tütün reklamı yasasının teşviki* Tütün vergilerinin artırılması* Sigara içenlere danışmanlık teklif edilmesi+	Birleştirilmiş etki: 25-30m önlenebilir DALY (> %50 tütün yükü)	Çok maliyet etkin	Çok düşük maliyetli	Oldukça uygulanabilir (TKÇS)
Alkolün zararlı kullanımı (>50m DALY %4,5 küresel yük)	Parakende satışa erişimin kısıtlanması* Alkol reklam yasalarının artırılması* Alkol vergilerinin artırılması* Alkollü araç kullanımına yönelik yasaların güçlendirilmesi (solunum testi) + Aşırı alkol kullanımının zararlarının anlatılması + Tuz alımının azaltılması* Doymuş yağ yerine doymamış yağların kullanılması* Beslenme konusunda halkın farkındalığının artırılması* + +	Birleştirilmiş etki: 5-10m önlenebilir DALY (%10-20 alkol yükü)	Çok maliyet etkin	Çok düşük maliyetli	Uygulanabilir (birincil bakım)
Sağsızsız beslenme (15-30m DALY %1-2 küresel yük)	Çocuklara yönelik gıda ve içecek pazarlamasının kısıtlanması + Gıda vergileri ve sübvansiyonlarının ayarlanması + Birincil bakım danışmanlığı + Okullarda sağlıklı beslenme eğitimi + İşyerlerinde sağlık eğitimi +	Tuz alımının azaltılmasının etkisi: 5 milyon önlenebilir DALY Diğer girişimlerde henüz	Çok maliyet etkin Çok maliyet etkin (daha fazla çalışmaya gereksinim var)	Yüksek maliyetli Çok düşük maliyetli	Uygulanabilir (birincil bakım) Uygulanabilirliği yüksek
Fiziksel hareketsizlik (>30m DALY %2,1 küresel yük)	Fiziksel aktivite eğitimi (kitle iletişim)* + + Toplumun fiziksel aktiviteye teşvik edilmesi + Aktif ulaşımın desteklenmesi + Birincil basamakta danışmanlık + İş yerinde fiziksel aktivitenin teşvik edilmesi + Okullarda fiziksel aktivitenin teşvik edilmesi +	Küresel değerlendirme yok	Çok maliyet etkin Küresel değerlendirme yok Oldukça maliyet etkin Daha az maliyet etkin	Çok düşük maliyetli Küresel değerlendirme yok Yüksek maliyetli Oldukça düşük maliyetli	Uygulanabilirliği yüksek Sektörlerarası işbirliğiyle uygulanabilir (birincil bakım) Uygulanabilir (birincil bakım) Uygulanabilirliği yüksek
Enfeksiyon	Hepatit B aşısıyla karaciğer kanserinin önlenmesi*	Küresel değerlendirme yok	Çok maliyet etkin	Çok düşük maliyetli	Uygulanabilir (birincil bakım)

*En karlı uygulamalar + İyi uygulamalar + + İki girişim birlikte uygulandığında en karlı uygulama

(a) Önlenebilir DALY (Çok: <kişi başı GSMH; Oldukça: <3kişi başı GSMH; Az: >3kişi başı GSMH) DALY: Yeti yitimine göre düzeltilmiş yaşam yılı

(b) Kişi başı ödenen \$ (Çok düşük: <0,50 \$, Oldukça düşük: <1 \$, Yüksek >1 \$)

önlenmesinde aspirin tedavisi, 40 yaşında bir kez serviks kanseri taraması yapılması ve saptanan lezyonların tedavisi en karlı uygulamalardır. Uygun maliyetli yaklaşımlar ise 50-70 yaş grubu kadınlara mamografi yapılması, kolorektal kanser ve ağız kanserlerinin erken tanı konarak tedavi edilmesi, inhale kortikosteroidler ve beta 2 agonistlerle persistan astım tedavisidir (2).

Ülkemizde bireysel sağlık bakımı girişimleri kapsamında, kardiyovasküler hastalık riski ve diyabet riski olan bireylerin kontrolü ve izlemi sağlık sistemi kapsamında sistematik duruma getirilememiş olup, hekimlerin inisiyatifi doğrultusunda bireysel olarak yürütülmektedir. Meme, serviks ve kolorektal kanser erken tanı ve tedavisinin tüm ülkeye hizmet edebilecek şekilde yapılandırılmış olan KETEM'ler aracılığıyla yürütülmesi planlanmıştır. KETEM planlamasında tüm toplumdaki risk grubunu hedefleyen bir hizmet sunumu planlanmıştır. Ancak uygulamada bu gerçekleştirilememiş olup KETEM'ler başvuranlara hizmet eden kurumlara dönüşmüştür. Özetle söylemek gerekirse sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizliklerin yaşandığı ülkemizde bireysel bazı koruyucu sağlık bakımı girişimleri yetersizdir.

Bölüm 6. BOH'la Mücadele: Ülkelerin Yanıt Verme Kapasitesi

Raporda etkili BOH girişimlerinin sağlanmasının ülkenin sağlık sisteminin kapasitesine bağlı olduğu belirtilmiştir. DSÖ tarafından 2000 ve 2010 yıllarında üye devletlerde BOH'u önleme ve kontrol kapasitesini değerlendirmek için çalışmalar yapılmıştır. Elde edilen veriler üzerinden ülkelerin yanıt verme kapasiteleri incelenmiştir. Çoğu ülkede BOH ve risk etmenleriyle mücadele etme amaçlı strateji, plan ve kılavuzlar geliştirilmiş, sağlık sistemi içinde BOH'a yönelik birimler kurulmuş ve finansman ayrılmıştır. Raporda ne yazık ki pek çok ülkede bu ilerlemelerin tam anlamıyla işlevsel olmadığı, yalnızca kağıt üzerinde kaldığı ve kapasitelerinin yeterli girişimi sağlayacak düzeyde olmadığı belirtilmektedir (2).

Ülkemizde son yıllarda BOH'u önlemeye yönelik pek çok plan, program ve eylem planı oluşturulmuştur. Bunlardan bazıları şöyledir:

“Türkiye Kalp Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı”, “Tütün Kontrol Programı”, “Kanser Kontrol Programı”, “Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı”, “Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı-Eylem Planı 2009-2013”, “Ulusal Gıda ve Beslenme Eylem Planı”, “Türkiye Obezite ile Mücadele Programı ve Ulusal Eylem Planı 2008-2012”, “Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı 2010-2014”. Ek olarak, “Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi” kapsamında 4207 sayılı “Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun”unun çıkarılması, program ve stratejilerin gerçekleşmesinde koordinasyon sağlanabilmesinde önemli yeri olan Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Programlar ve Kanser biriminin kurulmuş olması önemli adımlardır (15,26,28). Sağlık Bakanlığı tarafından Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi'yle (2009-2013) sağlık hizmetlerine erişimde kolaylık sağlandığı, ayrıca Hastane Bilgi Sistemi ve AHBS, Minimum Sağlık Veri Seti oluşturulmasıyla sürveyansa yönelik bilgilerin sağlanabildiği belirtilmektedir (26,28). 2013 yılında ülkemizde kronik hastalıkların önlenmesi ve kontrolüne yönelik yol haritası çizmek ve BOH'la mücadele edebilmek için ulusal düzeyde Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması yapılmıştır. Bu çalışmada sürveyansa, veri kayıt ve bilgi sistemlerine yönelik altyapı eksikliği sorunları olduğu da saptanmıştır (18).

Ülkemizde BOH ve risk etmenleriyle mücadele amacıyla strateji, plan ve kılavuzlar geliştirilmiş, sağlık sistemi içinde BOH'a yönelik birimler kurulmuştur. Ancak finansman sorunları olduğundan ve planların uygulaması tam anlamıyla işlevsel olmadığından ülkemizin BOH'la mücadelede yanıt verme kapasitesinin yeterli düzeyde olmadığı görülmektedir.

Bölüm 7. Önümüzdeki Yol: Kanıtlara ve Çıkarılan Derslere Dayalı Uygulamalar

Raporun son bölümünde, ülkelerin bu hastalıkların ilerleyişini tersine çevirebileceği vurgulanmaktadır. Ulusal BOH programlarının sürveyans, önlem ve sağlık bakımı olmak üzere üç bileşenine ilişkin önlemler alınırca olumlu çıktıkların elde edilebileceği belirtilmiştir (2).

BOH epidemisini tersine çevirmede toplumu bütün olarak hedefleyen, hem önlem hem de tedavi girişimlerini içeren kapsamlı bir yaklaşım olması gerektiği, sektörler arasında destek ve işbirliği sağlanması gerektiği, BOH sürveyansı ve izleminin ulusal sağlık bilgi sistemlerine entegre edilmesi gerektiği, birinci basamağın kapasitesinin güçlendirilmesi temeline dayanan reformlarla sağlık sistemi performansının artırılması gerektiği, en karlı uygulamalarla toplumun geneline yönelik girişimlerin bireysel sağlık girişimleriyle tamamlanması gerektiği, sürdürülebilir kalkınmanın benimsenmesi ve BOH'u önleme ve kontrol çabalarını desteklemede sivil toplum örgütleri ve özel sektörün paydaş olması gerektiği vurgulanmaktadır.

Ülkemizde BOH'u önlemeye yönelik yukarıda sayılan programların oluşturulması olumlu bir gelişmedir (26,28). Raporda belirtilen kanıtlara dayalı uygulamalar gerçekleştirilebilirse ülkemizde BOH büyük ölçüde önlenabilir. Ancak bu konuda bireylerin, toplumun, kurumların, örgütlerin, politika yapıcılarının ve uygulayıcıların, gerek birinci basamak gerekse diğer alanlarda çalışan tüm sağlık personelinin de sorumlu olduğu unutulmamalıdır.

Sonuç

İncelenen bu raporla DSÖ önümüzdeki 10 yıl içinde üye devletlere BOH epidemisiyle mücadeleyi artırmaya yönelik politikaların güçlendirilmesini, stratejik girişimler yapılmasını kalkınma, sürveyans, risklerin azaltılması ve hastalığın önlenmesi için topluma ve bireye yönelik girişimler, ülkelerin yanıt verme kapasitelerini artırmasını önermektedir. Sağlık Bakanlığı son 10 yılda BOH'la mücadele konusunda DSÖ önerileri doğrultusunda politika ve programlar hazırlamış ve bu politikaların uygulanması yönünde olumlu adımlar atmaktadır. Ülkemizde BOH'a yönelik geliştirilen bu program ve sistemlerinin başarısının önümüzdeki yılların mortalite ve morbidite verileriyle değerlendirilebileceği düşünülmektedir.

İletişim: Ayla Açıkgöz

E-posta: ayla.acikgoz@deu.edu.tr

Kaynaklar

1. World Health Organization (WHO). World health statistics 2011. Geneva. Accessed June 20, 2014, at <http://www.who.int/whosis/whostat/2011/en/>
2. WHO. Global status report on noncommunicable diseases-2010. Accessed June 20, 2014, at http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/
3. Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm nedeni istatistikleri, 2013. Haber Bülteni 2014, Sayı: 16162. Accessed June 20, 2014, at <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16162>.
4. Dinç G, Sözmén K, Gerçeklioğlu G, Arık H, Critchley J, Ünal B. Decreasing trends in cardiovascular mortality in Turkey between 1988 and 2008. BMC Public Health 2013; 13: 896. Accessed May 30, 2014, at <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/896>
5. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması 2004. Ankara, Aralık 2006.
6. TEKHARF çalışması 2007. Accessed May 30, 2014, at <http://tekharf.org/2007.html>
7. PIAR. Public research on smoking habits and campaign against smoking. Turkey, 1988.
8. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü ve Türkiye İstatistik Kurumu. Aile Yapısı Araştırması 2006. Ankara: 2006.
9. Sağlık Bakanlığı. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu 2010. Ankara: 2010.
10. Doğanay S, Sözmén K, Kalaça S, Ünal B. Türkiye'de toplumda sigara içme sıklığı nasıl değişiyor? Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2012;10(2): 93-115.
11. Sağlık Bakanlığı. Ulusal Hane Halkı Araştırması 2003 temel bulgular. Ankara: Aralık 2006.
12. TÜİK. Sağlık Araştırması 2012. Ankara: Eylül 2013.
13. Öztürk A, Aykut M, Günay O, Gün İ, Özdemir M, Çıtıl R, Öztürk Y. Kayseri ilinde 30 ve üzeri yaş grubunda hipertansiyon prevalansı ve etkileyen faktörler. Erciyes Tıp Dergisi 2011;33: 219-228.
14. Ergör G, Soysal A, Sözmén K, Unal B, Uçku R, Kılıç B, Günay T, Ergör A, Demiral Y, Saatlı G, Meseri R, Baydur H, Şimşek H, Budak R, Arık H, Karakuş N. Balcova Heart Study: Rationale and methodology of the Turkish cohort. Int J Public Health. 2012 Jun; 57(3):535-42. doi: 10.1007/s00038-011-0309-x.
15. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Kalp Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı Risk Faktörlerine Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı. Ankara: 2008.

16. Türkiye’de Diyabet Prevalans Çalışması II (TURDEP II). Accessed June 23 2014, at http://www.turkendokrin.org/files/file/TURDEP_II_2011.pdf
17. Ancı M, Altun B, Erdem Y, Derici Ü, Nergizoğlu G, Turgan Ç, Sindel Ş, Erbay B, Karatan O, Hasanoğlu E, Çağlar Ş, Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği. Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması. Accessed June 23, 2014, at http://www.turkhipertansiyon.org/pdf/Turk_Hipertansiyon_Pevalans_Calismasi_Ozeti-1.pdf
18. Ünal B, Ergör G, Dinç Horasan G, Kalaça S, Sözmen K. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu; Ankara: 2013.
19. Ünal B, Sözmen K, Uçku R, Ergör G, Soysal A, Baydur H, Meseri R, Şimşek H, Gerçeklioğlu G, Doğanay S, Budak R, Kılıç B, Günay T, Ergör A, Demiral Y, Aslan Ö, Çımrın D, Akvardar Y, Tuncel P. High prevalence of cardiovascular risk factors in a Western urban Turkish population: a community-based study. *Anadolu Kardiyol Derg.* 2013; 13: 9-17.
20. WHO. Cervical cancer screening in developing countries: report of a WHO consultation. Geneva: 2002.
21. Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı. Binyıl Kalkınma Hedefleri Accessed June 23, 2014, at <http://www.undp.org.tr/Gozlem3.aspx?WebSayfaNo=248>
22. Yıldırım Y, Balbay Ö. Tüberküloz ve yoksulluk ilişkisi. *STED* 2003;1: 32-34.
23. Sağlık Bakanlığı. Türkiye sağlık sistemi performans değerlendirmesi 2011. Mayıs 2012.
24. WHO. Public health surveillance. Accessed June 23, 2014, at http://www.who.int/topics/public_health_surveillance/en/
25. WHO. Chronic diseases and health promotion STEPwise approach to surveillance (STEPS). Accessed June 23, 2014, at <http://www.who.int/chp/steps/en/>
26. Sağlık Bakanlığı. Türkiye’de bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk faktörleri ile mücadele politikaları. Ankara: 2011
27. Kılıç B, Kalaça S, Ünal B. Türkiye’de kalp damar hastalıkları ve diyabet ile ilgili politikaların değerlendirilmesi. İçinde: Türkiye’de kalp damar hastalıkları ve diyabet kontrolünde var olan durum ve politika önerileri sonuç raporu. İzmir: MedCHAMPS Proje Sonuç Kitabı, 2012. p.79-85.
28. Sağlık Bakanlığı. Stratejik Plan 2013-2017. Ankara: Aralık 2012.

Çocuk İstismar ve İhmaline Birinci Basamakta Yaklaşım

Approach to Child Abuse and Neglect in Primary Care

Derleme



Review Article

*Dr. Esra Meltem Koç**, *Dr. Figen Şahin Dağlı***, *Dr. Rabia Kahveci****,
*Dr. Duygu Ayhan Başer****, *Dr. Adem Özkara*****

Geliş tarihi : 18.07.2014

Kabul tarihi: 10.08.2014

Öz

Çocuk istismarı ve ihmali son yıllarda Dünya'da ve ülkemizde yapılan çalışmalar sayesinde farkındalığın giderek arttığı global bir problemdir. Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini sunan, bireylerin ilk değerlendirmesini yapan aile hekimleri, çocuk ihmali ve istismarı için ilk tanıda ya da kuşku duyulan olguların araştırılmasında önemli role sahiptir. Bu nedenle birinci basamakta hekimlerin konu ile ilgili bilgilerinin ve farkındalıklarının artırılması gerekmektedir.

Anahtar sözcükler: Çocuk, İstismar, İhmal ve birinci basamak

Abstract

Child abuse and neglect is a global problem awareness of which is growing recently as a result of studies conducted around the world including Turkey. Doctors of family medicine who deliver protective health and first step diagnosis, treatment and rehabilitation services and who conduct first examination of persons in many cases have their important place in apparent or suspected cases of child abuse and neglect. Given this, there is need to further inform first step doctors about the issue.

Key words: Child, Abuse, Neglect, First Step

*Uzm.; Mamak Toplum Sağlığı Merkezi, Ankara

**Prof. Dr.; Gazi Ü. Tıp Fak. Sosyal Pediatri AD, Ankara

***Doç.; Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Ankara

****Hitit Ü. Tıp Fak. Aile Hekimliği AD, Çorum

Son yıllarda Türkiye’de tıbbi, hukuki ve toplumsal açıdan giderek önem kazanan bir halk sağlığı sorunu olan çocuk istismarı ve ihmali tıp alanında diğer ülkelerde de yeni dile getirilmekte olan bir konudur. Çocuk istismarına yaklaşım bir ekip çalışması gerektirmektedir. Ancak kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini sunan, bireylerin ilk değerlendirmesini yapan aile hekimleri çocuk ihmali ve istismarı için ilk tanıya ya da şüphe duyulan olguların araştırılmasında en önemli role sahiptir. Tanı koyma ve kuşku duyulan olguların değerlendirilmesi ve yasal bildirimini nasıl yapılması gerektiği hekimler tarafından yeterli düzeyde bilinmemektedir. Bu makalede çocuk istismar ve ihmal tiplerinden, istismar fizik muayene bulgularından ve birinci basamakta hekimin istismar ve ihmale yaklaşımından bahsedilecektir.

Tanımlar

Çocuk istismarı ve ihmali “18 yaşından küçük bir çocuğa çocuğun bakımından sorumlu bir kişi tarafından çocuğun sağlık ve iyilik halinin zedelendiğini ya da tehdit altında bulunduğunu gösteren koşullar altında; fiziksel ya da mental zarar verilmesi; cinsel istismarda bulunulması; ihmal edici ya da kötü davranılması” olarak tanımlanmaktadır (1). Çocuk Hakları Sözleşmesi 1. maddesine göre “Çocuğa uygulanabilecek kanuna göre daha erken yaşta reşit olma durumu hariç, onsekiz yaşına kadar her insan çocuk sayılır.” (2).

Dünya Sağlık Örgütü çocuk istismarını “bir yetişkin, toplum ya da ülke tarafından bilerek ya da bilmeyerek yapılan ve çocuğun sağlığını, fiziksel ve psikososyal gelişimini olumsuz etkileyen davranışlar” olarak tanımlar. Çocuk ihmali ise “bakmakla yükümlü olan kimse ya da yetişkin tarafından çocuğun tıbbi, fiziksel ya da psikososyal gereksinimlerinin karşılanmaması” olarak tanımlanmaktadır (3). İhmal ve istismarı birbirinden ayıran en önemli nokta, istismarın aktif, ihmalin pasif bir durum olarak ortaya çıkmasıdır (4).

Tarihçe

Çocuk istismarı ile ilgili yazılı kaynaklar eski tarihlerden beri rastlanılmasına karşın ilk kez 1860 yılında Paris Tıp Akademisi’nde Fransız

adli tıp profesörü Ambres Tardieu, çocuk istismarı ile ilgili yazısını yayınlamıştır (5,6,7). “İngiltere Çocuklara Kabalığın Önlenmesi Derneği” 1883’te İngiltere’de kurulmuştur (6). Caffey, 1946’da “Caffey Sendromu”, Silverman, 1953’te çocuklardaki metafizyel kırıkları ve Kempe, 1961’da ‘Hırpalanmış Çocuk’ (battered child) terimlerini tanımlamışlardır. Literatürdeki ilk yayın Alman ve Smith tarafından yazılmasına karşın Helfer ve Kempe’nin 1972 yılında “Dövülmüş Çocuk Sendromu”nu tanımladıkları yayın çok ses getirmiştir. 1979’da Giovanni ve Becerra, ve 1980’de Garbarino ve Gilliam çocuk istismarı konusunda öne çıkan isimlerdir (5,6,7).

Dünya’da çocuk istismarı

Amerika’da her yıl üç milyon çocuğun istismara uğradığı bilinmektedir. 2009 yılında yaklaşık 3,3 milyon çocuk istismarı rapor edilmiş ve altı milyon çocuğu ilgilendiren istismar ile ilgili suç duyurusunda bulunulmuştur. Her gün 5’ten fazla çocuk, istismar nedeniyle ölmektedir (8).

2002’de Almanya’da yapılan bir araştırmaya göre ebeveynlerin %26’sı çocuklarına fiziksel ceza uygulamaya karşı çıkarken, %52’si ensesine vurmaya, %5’i sopa kullanmayı ve %17’si bazı koşullarda dayağın uygun olacağını belirtiyor (9).

Dünya Sağlık Örgütü 2002 yılında 15 yaş altında 31.000 çocuğun öldürüldüğünü bildirmiştir. Bu çocuk ölümlerinin kötü davranmaya bağlı olabileceği düşünülmektedir. (10).

Türkiye’de çocuk istismarı

Türkiye’de 1981-1991 yılları arasında 8 ilde 4-12 yaş arası 16.000 çocuk ile çocuk istismarı sıklığını belirlemeyi amaçlayan bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre çocuk istismarı sıklıkları Afyon’da %13.9, Ankara’da %23.1, Ağrı’da %27.8, Giresun’da %30, Trabzon’da %35.6, Rize’de %40.6, Nevşehir’de %41.9 ve Malatya’da %54 olarak belirlenmiştir (11).

2010 yılında UNICEF katkılarıyla yapılan “Türkiye’de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması” raporuna göre Türkiye’de yaşayan 7-18 yaş arası çocukların %56’sının

fiziksel istismara, %49'unun duygusal istismara ve %10'unun cinsel istismara tanık olduğu görülmektedir. Çocukların %25'nin ihmale maruz kaldığı görülmektedir. Duygusal istismar alanında istenmeyen davranışlara maruz kalma tüm 7-18 yaş grubu genelinde her iki çocuktan biri için gerçekleşmektedir. Fiziksel istismara maruz kaldığını belirtenlerin oranı %45'tir. 7-18 yaş arası çocukların maruz kaldıkları ihmal türleri arasında en çok yaşanan ihmal türünün yalnız bırakılmak olduğu tespit edilmiştir. Cinsel istismara rastlanma oranı diğer istismar türlerine göre daha düşük olarak karşımıza çıkmaktadır. Çocukların %1'i, son bir yıl içinde, izlemek ya da bakmak istemediği halde, cinsel içerikli bir film izlettirildiğini; bir dergi ya da bilgisayardaki cinsel içerikli resimlere bakmaya zorlandığını söylemiştir. %0,5'i ise, herhangi birinin, kendisine, istemediği halde -dokunmak ya da kendine dokundurtmak gibi- cinsel içerikli başka bir davranışta bulunduğunu belirtmiştir (12).

Çocuk istismarı türleri

Çocuk istismarı türleri fiziksel, cinsel, duygusal istismar ve ihmal olarak sınıflandırılmaktadır (5,13).

Fiziksel istismar

Fiziksel istismar, fiziksel gücün çocuğun sağlığına, yaşamına, gelişimine ya da saygınlığına zarar ile sonuçlanacağını bilerek kasıtlı olarak çocuğa uygulanmasıdır. Fiziksel istismara vurmak, dayak atmak, tekmelemek, sarsmak, ısırarak, boğmak, haşlamak, yakmak, zehirlemek dahildir (13).

Yaralanma ile polikliniğe ya da acil servise başvuran her çocukta fiziksel istismar ihtimali düşünülmeli; öyküsü, fizik muayenesi ve tetkikleri bu yönüyle de değerlendirilmelidir (5). Çocuğun muayeneye geç getirilmesi ve bunun açıklanamaması, çelişkili öykü, fizik muayenesi ile uyumsuz öykü, yineleyen yaralanmalar, anne-babanın çocuktaki yaralanma ile ilgili aşırı kaygısı ya da ilgisizliği fiziksel istismarı akla getirmelidir (14). Çocuğun öyküsü ile fizik muayene bulguları arasındaki uyum değerlendirilmelidir.

İnspeksiyonda çocuğun bakımsız olması, büyüme gelişme geriliğinin olması, utangaç olması fiziksel istismarı akla getirmelidir.

İstismar edilen çocukta ekimoz, hematoma, eritem, yanıklar ve sıyrık gibi bazı cilt lezyonları yaygın olarak bulunmaktadır. Kaza ile oluşan ekimozlar derinin çıkıntılı kemik yüzeyini örttüğü anterior tibia, diz, dirsek, alın ve ellerin dorsal yüzlerinde daha çok görülürken, bacaklar ve kolların arkasında, karında, kulak arkasında, genital bölgede, kalçada ya da diğer yumuşak doku bölgelerinde görülen ekimozlarda istismar şüphesi akla gelmelidir (5). Sıcak sıvılarla kaza ile oluşan yanıklar vücudun üst bölgelerinde ve düzensiz sınırlıdır; ancak istismara bağlı yanıklar eğer zorlanma yoksa daha yüzeyleydir, zorlanma var ise genellikle simetrik ya da düzgün sınırlı olmaktadır. İnsan ısırıkları, genellikle istismarı gösterir, bebeklerde kalça ve genitale yakın bölgelerde ceza amaçlı, daha büyük çocuklarda cinsel amaçlı ya da fiziksel istismara bağlıdır (15). İstismara bağlı kırıklar genellikle 3 yaş altı çocuklarda metafizyel, epifizyel kırıklar iken, kazalara bağlı kırıklar okul çağındaki çocuklarda görülen kırıklardır (5,15).

Fiziksel istismarın çeşitli psikolojik ve davranışsal bulgularının da olduğu bilinmektedir. Fiziksel temastan korkma, içe kapanıklık, ders başarısında azalma, öğrenme ve dikkat problemleri, davranış değişiklikleri bunlardan birkaçıdır (5).

Cinsel istismar

Çocuk ya da erişkin arasındaki temas ve ilişki, o erişkinin ya da başka birinin cinsel uyarısı için kullanılmışsa bu Amerikan Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmal Merkezi (NCCAN) tarafından "cinsel istismar" olarak kabul edilir (16). Cinsel istismar Uluslararası Çocuk İstismarı ve İhmalini Önleme Derneği (ISPCAN) tarafından ise "rıza yaşının altındaki çocuğun yetişkin kişinin cinsel doyumuna yol açacak davranım içinde bulunması ya da duruma göz yumulması ve bu davranımın herhangi bir nesne ya da şiddet kullanımı, fiziksel ya da genital temas içermesi, çocuk tarafından başlatılıp başlatılmaması ve kısa dönemde zararlı sonuçların ortaya çıkıp çıkmaması ile ilgilenmez" olarak tanımlanmaktadır (5).

Zoroğlu ve arkadaşlarının (2001) 839 lise öğrencisi ile yaptığı çalışmada cinsel istismar

sıklığı % 10,7 olarak saptanmıştır. 171.262 üniversite öğrencisi ile yapılan bir çalışmada kız öğrencilerin %26'sının, erkek öğrencilerin %19,8'inin cinsel istismara uğradıkları saptanmıştır (18). İstanbul'da toplam 26 lisede 1.955 kız öğrenci ile yapılan bir çalışmada cinsel istismar oranı %13,4 olarak belirtilmiştir (19).

Cinsel istismarın en belirgin bulguları genital kanama, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve yaşına uygun olmayan cinsel davranışlar sergilemeye başlama, içe kapanma, okul başarısında azalma, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, ikincil enürezis ve enkoprezis gibi davranış değişiklikleridir. Cinsel bir istismardan kuşkulandıysanız ya da saptandıysanız hemen yetkililere haber verilmelidir. Muayene aile izni ya da mahkeme izni olmadan yapılmamalıdır (4,15,16,20,21).

Duygusal istismar

Günlük yaşamda en sık rastlanan istismar tiplerinden biridir ve temelini çocuğun psikolojik hasara uğraması oluşturmaktadır (3,15). UNICEF duygusal istismarı ve ihmali "çocuğun nitelik, kapasite ve arzularının sürekli kötülenmesi, sosyal ilişki ve kaynaklarla ilişkisinden sürekli yoksun bırakılması, çocuğun sürekli olarak insanüstü güçlerle, sosyal açıdan ağır zararlar verme ya da terk etme ile tehdit edilmesi, çocuktan yaşına ve gücüne uygun olmayan taleplerde bulunulması ve çocuğun, topluma aykırı düşen çocuk bakım yöntemleri ile yetiştirilmesi" olarak tanımlamıştır (4,20,22).

Duygusal istismara maruz kalan çocuklarda dışavurum ve içe atım sorunları, sosyal ilişkilerde bozukluk, kendine güvende azalma, intihar davranışı, çocukluk çağı mastürbasyonu, aileden uzaklaşma ve değersizlik duyguları geliştirme gibi davranışlara sık rastlanmaktadır (20,21). Duygusal istismar tek başına görülebileceği gibi fiziksel ve cinsel istismara da eşlik edebilir (3).

Çocuğa bağırma, reddetme, aşağılama, küfretme, yalnız bırakma, korkutma, yıldırma, tehdit etme, duygusal gereksinimlerini karşılamama, yaşının üzerinde sorumluluklar bekleme, kardeş ayrımı yapma, değer vermeme, önemsememe, küçük düşürme,

alaylı konuşma, aşırı baskı ve otorite kurma, lakap takma, bağımlı kılma ve aşırı koruma görülen duygusal istismar türleridir (3,22).

Duygusal istismarın belirlenmesi ve sınıflandırılmasında yetişkin ve çocuk psikiyatristleri, psikologlar ve sosyal hizmet uzmanları ön planda yer almasına karşın duygusal istismar karmaşık ve zor bir istismar türü olduğu için klinik olarak transdisipliner olarak değerlendirilmesi gereken bir konudur. Aile hekimleri, pediatristler, adli tıp uzmanları, çocuk cerrahları, hemşireler gibi çocuk hastalıkları ile ilgili diğer branşların da bu konuyla ilgili destekleri önemlidir.

Çocuk ihmali

Çocuğun temel fiziksel, duygusal, eğitim, bilişsel ve medikal gereksinimlerinin sağlanmasında aksama olması olarak tanımlanmaktadır. İhmalin dört alt tipi bulunmaktadır:

1- Fiziksel ihmali: Çocuğun yeterli yemek, giyim, barınma, hijyen, korunma ya da gözetim ihtiyacının sağlanmamasıdır.

2- Duygusal ihmali: İhtiyacı olduğunda çocuğa sevgi, güvenlik, şefkat, duygusal destek ve psikolojik bakımın sağlanmamasıdır.

3- Eğitimsel/Bilişsel ihmali: Çocuğun okula kaydının yapılmaması, okula devamlılığının takip edilmemesi ya da temel eğitim gereksinimlerinin eksikliğidir.

4- Tıbbi ihmali: tıbbi bakımın reddi ya da gecikmesi sonucunda çocuğun iyi halinin zarar görmesidir (24).

Öyküde çocuk istismarını düşündüren durumlar

Öyküde çocuğun kilo alamamasının diğer nedenlerle aydınlatılamaması, çocuğun çok bakımsız görünmesi ihmali akla getirirken, çocuğu tedaviye getirmede açıklanamayan bir gecikme, çelişkili öykü, fiziksel bulgularla uyumsuz öykü, yineleyen kuşkulu yaralanmalar, anne babanın yaralanmada çocuğu ya da başka birini suçlaması, çocuğun yaralanmayla ilgili anne babayı suçlaması ve anne babanın çocuğun yaralanması konusunda ilgisiz ya da aşırı ilgili davranması, sorular ile öykü alınırken öykünün birçok farklı versiyonlarının olması fiziksel istismarı akla getirmelidir (4,9,11,20).

Öykü ve fizik muayene bulguları

Yaralanma ile gelen her çocukta fiziksel istismar olasılığı düşünülerek, dikkatli öykü ve fizik muayenesi yapılmalı, gerekli tetkikler istenmelidir (20). Tanıdaki önemli noktalardan biri iyi öykü alınmasıdır (6,23). Çocuğun annesi/babası ya da bakıcısı tarafından verilen öykünün yetersiz olması ya da farklı kişiler tarafından çok sayıda farklı öyküler verilmesi kuşku uyandırmalıdır. Öykü ile fiziksel muayenedeki bulguların arasındaki uyumsuzluk saptanabilir. Kaza sonucu oluşmuş kesikler ve yara bereler normalde vücudun kemikli alanlarında olur (kollarda, dizlerde vb.). Yumuşak ve korunaklı bölgelerdeki yaralanmalarda (karın, kalçalar) kaza olasılığı düşüktür. Yaralanmalarda en sık neden düşmedir. Ancak düşme mesafesi kısa ise istismar akla getirilmelidir. 60 cm'den az yükseklikte düşme ile tek kemik kırığı oluşabileceği de unutulmamalıdır (6). Yaralanmalar sıklıkla oluyorsa, çocuğun vücudunda farklı iyileşme süreçlerine ait çok sayıda yara varsa ya da yaralanmalar bir nesne ile yapılmışsa (elektrik kablosu, odun sopa vb.) kaza olma olasılığı düşüktür (24). Çocuğun davranışlarına dikkat edilmelidir. Ebeveynlerden korkma, erişkinlerle iletişim kurmaktan kaçınma, evden kaçma ya da eve gitmekten çekinme, diğer çocukların ağlamasına duyarlı olma, uyku bozukluğu, dikkat eksikliği, içine kapanma, uyurgezerlik, enürezis - enkoprezis gibi pek çok değişiklik istismar ve ihmalin davranışsal bulgusu olabilmektedir.

Çocuk istismarına düşük sosyoekonomik düzeye sahip ailelerde daha sık rastlandığı düşünülerek ailenin sosyal durumu da öyküde ayrıntılı olarak sorgulanmalıdır. Plansız, istenmeyen gebelik ve küçük yaşta gebelik, ebeveynlerin ayrı olması, anne babanın madde bağımlılığı, aile içi geçimsizlik / şiddet, işsizlik, sağlık problemleri, anne ya da babanın geçmişinde istismar bulguları sosyal öyküde yer alabilir (6,20,23,24).

Fizik muayenede deri bulguları

Morarma ve ısırıklar

Darbelerden en az etkilenen yüz, dudak, genital ve gluteal bölgelerdeki morarmalar, bilateral periorbital morluklar fiziksel istismarı düşündürür. Kazalara bağlı oluşan morarmalar

genellikle alt ekstremitelerde olur (4,6,22,24). Hayvan ısırıklarında diş izleri dardır, insan ısırıklarında ısırık izi geniş yüzevidir, maksiller köpek dişleri arasındaki aralık 3 cm'den fazladır ve erişkin insan ısırıkları kaza sonucu oluşamaz (1,8,25).

Yanıklar

Özellikle ayak tabanlarında, avuç içinde, sırtta ya da kaba etteki puro ve sigara yanıkları, simetrik daldırma yanıkları fiziksel istismarın bulgularıdır. Kaza sonucu oluşan yanıkların sınırları düzensizdir, bazen sıçrama ile oluşan düzensiz lezyonlar da izlenebilir (4,22,26).

Düşme ve iskelet travması

Merdiven, sandalye ya da yataktan düşmelere bağlı genellikle çocuklarda küçük yaralanmalar oluşur. Ancak düşme mesafesi kısa ise ve çocukta ağır ve fatal lezyonlar bulunmakta ise bu istismarı düşündürür. Merdivenden düşme sonucu çocuğun vücudunun farklı bölgelerinde pek çok yüzeysel sıyrık oluşabilir. Yüksekten düşme ile kafa travmalarında tek kemikte 3 mm'yi geçmeyen lineer çökme kırıkları olabilir; daha fazla kemikte, çoklu sütün hatlarını geçen kırıklar ise çocuk istismarını düşündürür (6,22,24). Kaza ile oluşan kırıklar genellikle okul çağı çocuklarında görülürken, fiziksel istismarı düşündüren kırıklar 3 yaş altı çocuklarda oluşur (25,28 1,25, 24).

Cinsel istismarı Düşündüren Fiziksel Göstergeler

Cinsel istismara maruz kalan çocuklarda yürümede ve oturmada zorlanma, genital bölgede şişkinlik, kızarıklık ve genital bölge yakınlarında yaralanmalar, idrar yaparken acı çekme ve cinsel yolla bulaşan hastalığın tespiti akla cinsel istismarı getirmelidir (27).

Duygusal istismarı Düşündüren Fiziksel Göstergeler

Çocukta büyüme gelişme geriliği olması ya da fiziksel gelişimin duraksaması, madde bağımlılığı, iletişim bozuklukları duygusal istismarı akla getirebilir (27).

İhmali Düşündüren Fiziksel Göstergeler

Çocukta keçeleşmiş, kirli saçlar, şiddetli vücut kokusu, kirli ve uygun olmayan kıyafetler gibi bakımın kötü olduğunu gösteren bulgular saptanması; çocuğun, yaşına göre kilosunun

ve gelişiminin geri olması, büyümemesi, çok zayıf görünümü ihmalî düşündüren bulgulardır (26-27). Hekim öykü ve fizik muayene sonucunda istismardan kuşulanılıyorsa gerekli muayene bulgularını gerekli formlar ve şemalar ile ayrıntılı olarak kaydetmeli, TCK 278-279-280. maddeleri gereğince yetkili makamlara bildirimini yapmalıdır (4,5,7,28). Hukuksal sürecin başlayabilmesi için adli raporun yazılması gerekmektedir. Hukuksal sürecin başlaması ve bu süreç içerisinde çocuğun en az şekilde zarar görmesi için çocuğun uygun bir ortamda gerekli uzmanlarca değerlendirilebileceği, tek bir kez öykü vereceği ve muayene olacağı multidisipliner yaklaşımli bir merkezde değerlendirilmesinin sağlanması en uygun yaklaşımdır. Son yıllarda ülkemizde istismar olgularına en uygun tedavi ve izlem yaklaşımını sağlayacak içinde çocukla ilgili değişik uzmanlık dallarından hekimlerin yer aldığı "Çocuk Koruma Birimleri" kurulmuştur. Ankara'da Gazi Üniversitesi bünyesinde kurulmuş olan "Çocuk Koruma Merkezi" resmi olarak oluşturulmuş ilk merkezdir. Ayrıca Ankara, İstanbul, İzmir, Adana, Kayseri, Antalya, Samsun, Düzce, Aydın gibi illerimizde de üniversite ya da eğitim hastanelerinde merkezler bulunmaktadır (29). Çocuk istismarının önlenmesi ve istismara uğrayan çocuklara bilinçli ve etkin bir şekilde müdahale edilmesi amacıyla 4 Ekim 2012 tarihli 28431 sayılı Resmi Gazete ile yayımlanan 2012/20 sayılı Başbakanlık Genelgesi'ne istinaden Çocuk İzlem Merkezi Koordinasyon Kurulu oluşturulmuştur (30). Çocuk İzlem Merkezleri (ÇİM), çocukların cinsel istismara maruz kaldığına dair bilginin kolluk kuvvetlerine ulaşmasının ardından, savcının talimatı ile çocuğun ifadesinin uzmanlarla birlikte – herhangi bir yenilemeye gereksinim kalmaması için avukat ve savcının da bulunduğu aynalı odada kayıt altında- alınması, gerekli ise merkezden çıkarılmadan muayenenin yapılması gibi gerekli ispat araçlarının bir araya getirilmesini, mağdur çocuğa psikolojik olarak daha fazla zarar vermeden yapılmasını sağlamak için kurulmuştur. Türkiye'de halen 13 Çocuk İzlem Merkezi bulunmaktadır. Çocuk İzlem Merkezi'nin üniversitelerin tıp fakültelerinin gözetiminde kurulan Çocuk Koruma Merkezlerinden farkı; savcı talimatı ile

hareket edilmesi ve vakaların Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı temsilcisinin yargı sürecini takip ettiği kadar izlenmesi oluşturmaktadır (31).

Koruma

Çocuk istismar ve ihmalinden korunma transdisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir. İstismar ve ihmale bağlı ölümlerin %61'inin korunulabilinir olduğu çalışmalarla gösterilmiştir (21). Korunma birincil, ikincil ve üçüncül koruma olarak üç basamakta ele alınmaktadır. Birincil korunma şiddetin ortaya çıkışını önlemek için yapılacak topluma yönelik eğitimleri, sağlık personeline verilecek eğitimleri, risk altındaki gruplarının belirlenmesini, bu gruplara danışmanlık ve koruyucu hizmet verilmesini gibi pek çok konuyu kapsar (4). İkincil korunma kötü muamale için yüksek riske sahip çocuklar ve aileler ile ilgili çabalar ve kaynaklara odaklanır (28). İstismar ve özellikle ihmal olguları genellikle atlanabilmektedir, bu nedenle herhangi bir nedenle muayeneye getirilen çocuk istismar ve ihmal açısından da değerlendirilmelidir (4). Üçüncül koruma ise şiddete maruz kalmış kişinin zararının azaltılmasını, tekrarının engellenmesini, tedavisini ve rehabilitasyonunu içermektedir (4).

Sonuç

Son yıllarda ülkemizde de giderek önem kazanan bir halk sağlığı sorunu olan çocuk istismarı ve ihmalini önlemede başta hekimler olmak üzere diğer sağlık çalışanları, öğretmenler gibi diğer meslek gruplarından kişilerin de katkısı gerekmektedir. Çocuk istismar ve ihmalinin tanısında, tedavisinde ve korunmada birinci basamakta görevli aile hekimlerine ve pediatri uzmanlarına önemli görevler düşmektedir. Bu nedenle hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının öğrencilik dönemde bu konu ile ilgili yeterli düzeyde eğitim almaları, çalışma döneminde ise konunun ehli kişiler tarafından sürekli meslek içi eğitimlerinin devam etmesi gerekmektedir. Ayrıca hekimlerin çocuk istismarına yaklaşımda disiplinlerarası işbirliğinin önemini bilmeleri ve gerektiğinde sosyal hizmetler ve adli makamlar gibi yetkililerle eşgüdüm içerisinde çalışmalarını çocuklar açısından en olumlu sonuçları doğuracaktır.

İletişim: Dr. E. Meltem Koç
E-posta: meltemnuzumlali@yahoo.com

Kaynaklar

1. Nelson Essential of Pediatrics Türkçe 4. Baskı, 2003, Çocukta Gelişim Ve Davranış: 38-42.
2. Çocuk Haklarına Dair Sözleşme Erişim adresi: http://www.asayis.pol.tr/belge/cocuk_haklari_sozlesmesi.pdf Erişim tarihi:29.05.2014.
3. Bahar G, Savaş HA, Bahar A. Çocuk istismarı ve ihmali: Bir Gözden Geçirme Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2009, Cilt:4, Sayı:12.
4. Turhan E, Sangün Ö, İnandı T. Birinci Basamakta Çocuk İstismarı ve Önlenmesi STED, 2006, 15: 153- 157.
5. Can M, Tırtıl L, Dokgöz H. Çocuk İstismarı Olgularında Hekim Sorumluluğu Birinci Basamakta Adli Tıp, 2011,2.Baskı, 181-191.
6. Ayvaz M, Aksoy MC. Çocuk İstismar ve İhmali: Ortopedik Yönleri. Hacettepe Tıp Dergisi 2004; 35(2):27-33.
7. Kara B, Biçer Ü, Gökalp AS. Çocuk istismarı Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2004; 47: 140-151
8. Preventing and Treatment of Child Abuse /Statistics Erişim adresi: <http://www.childhelp.org/pages/statistics> Erişim tarihi: 29.05.2014.
9. Jacobi G, Dettmeyer R, Banaschak S, Brosig B, Herrmann B. Child Abuse and Neglect:Diagnosis and Management Deutsches Arzteblatt International 2010; 107(13): 231-240.
10. World Health Organisation <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/index.html> Erişim tarihi: 29.05.2014
11. Altıparma S. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Çocuk Bedeni Üzerine Etkileri Çocuk Dergisi 2008;8(1):9-13.
12. Türkiye'de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması Özet Raporu 2010, <http://panel.unicef.org.tr/vera/app/var/files/c/o/cocuk-istismari-raporu-tr.pdf> Erişim tarihi: 29.05.2014.
13. Butchart A, Harvey A P, WHO and ISPCAN: Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. WHO Press, Geneva, Switzerland, 2006.
14. Güner Şİ, Güner Ş, Şahan MH. Çocuklarda Sosyal ve Medikal Bir Problem; İstismar Van Tıp Dergisi: 17 (3): 108-113, 2010 Van Tıp Dergisi, Cilt:17, Sayı:3, Temmuz/2010 108.
15. Aksoy E, Çetin G, İnancı MA, Polat O, Sözen MŞ, Yavuz F. Çocuk İstismarı ve İhmali. www.ttb.org.tr/adli/7.html Erişim tarihi:29.05.2014
16. Celbiş O, Özdemir B, Kaya A. Cinsel saldırıya uğramış çocuğun muayenesi Türk Pediatri Arşivi 2011; 46: 104-10.
17. Zoroğlu SS, Tüzün Ü, Şar V, Öztürk M, Kora ME, Alyanak B. Çocukluk Dönemi İstismar ve İhmalinin Olası Sonuçları, Anadolu Psikiyatri Derg, (2001) 2 (2): 69-78.
18. Eskin M, Kaynak-Demir H, Demir S. Same-sex sexual orientation, childhood sexual abuse, and suicidal behavior in university students in Turkey. Arch Sex Behav 2005; 34: 185-95.
19. Alikasifoglu M, Erginoz E, Ercan O, Albayrak-Kaymak D, Uysal O, İlter O. Sexual abuse among female high school students in Istanbul, Turkey. Child Abuse Negl 2006; 30: 247-55.
20. Taner Y, Gökler B. Çocuk istismar. ve ihmali: psikiyatrik yönleri Hacettepe Tıp Dergisi 2004; 35:82-86.
21. Kara B, Biçer Ü, Gökalp AS. Çocuk istismarı Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 2004; 47: 140-151
22. Tıraşçı Y, Gören S. Çocuk İstismarı ve İhmali Dicle Tıp Dergisi (2007) 34:70-74.
23. Pressel DM. Evaluation of Physical Abuse in Children Am Fam Physician 2000 May 15; 61(10)3057-3064.
24. UNICEF, Hastane Temelli Çocuk Koruma Merkezleri İçin Başvuru Kitabı: İhmal ve İstismara Uğrayan Çocuğa Bütüncül Yaklaşım, United Nations Children's Fund, The (UNICEF), 2011.
25. Sarıfakioğlu E, Erdal E. Çocuk İstismarına Eşlik Eden Deri Bulguları Dermatose 2004; 3(3): 143-148.
26. Jacobi G, Dettmeyer R, Banaschak S, Brosig B, Herrmann B. Child Abuse and Neglect:Diagnosis and Management Deutsches Arzteblatt International 2010; 107(13): 231-40.
27. İnsan Hakları Derneği; Çocuk İhmal ve İstismarını Önleme Öğretmenler ve Aileler için Eğitim Kılavuzu 2008. atud.org.tr/kutuphane/cocukihmalveistismaronleme.pdf Erişim tarihi:29.05.2014.
28. Goldman J, Salus K M, Wolcott D, Kennedy KY. A Coordinated Response to Child Abuse and Neglect: The Foundation for Practice, 2003, U.S. Department of Health and Human Services Administration for Children and Families Administration on Children, Youth.
29. Beyazova U, Şahin F Çocuk İstismarı ve İhmaline Yaklaşımında Hastane Çocuk Koruma Birimleri Türk Pediatri Arşivi 2007; 42 Özel Sayı: 16-8.
30. Çocuk İzlem Merkezi Yönetim ve Koordinasyon Kurulu Toplantı Karar Tutanağı Erişim adresi: <http://www.hsyk.gov.tr/Mevzuat/Duyurular/cocuk-izlem-merk-cim-koord-topl-tutnk.pdf> Erişim tarihi:10.09.2014.
31. Bayün S, Dinçer NC. Çocuk İzlem Merkezi Hukuk Gündemi, 2013; 2: 92-95.



Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED), Türk Tabipleri Birliği'nin birinci basamak sağlık hizmeti veren hekimlerin bilgi ve becerilerinin yenilenmesi ve geliştirilmesi amacıyla iki ayda bir yayımlanan bilimsel, hakemli bir dergidir. STED'de araştırma yazıları, derlemeler, olgu sunumları yayımlanır. STED, TÜBİTAK Türk Tıp Dizini içinde yer almaktadır.

Yayımlanacak çalışmalarda aranan özellikler:

- Yazılar daha önce başka yerde yayımlanmamış olmalıdır. Konuların işleme biçimi sorun çözümüne yönelik olmalıdır. Yazılarda yalın, anlaşılır Türkçe kullanılmalıdır. Kapsayıcı ve insancıl bir dil kullanılmalı, cinsel ya da ırksal yan tutmadan kaçınılmalıdır.
- Yazılar birinci basamak sağlık hizmetine katkı sağlayacak nitelikte olmalı; konuların en sık rastlanan sorunlara yönelik olmasına, hastalıkların en çok görülen biçim ve yönlerinin vurgulanmasına özen gösterilmelidir.
- Etik kurul kararı gerektiren klinik ve deneysel çalışmalar için ayrı ayrı etik kurul kararı alınmış olmalı, kararlar metin içinde belirtilmeli ve belgelendirilmelidir. Ulusal ve uluslararası geçerli etik kurallara uyulmalıdır (Bakınız, www.ulakbim.gov.tr). Sözü edilen özellikte çalışmalar, etik onaylar olmadan değerlendirmeye alınamayacaktır.

Çalışma, aşağıda belirtilen bölümlerden oluşmalıdır:

1. Başlık Sayfası:

- Başlık: Kısa (en fazla 90 karakter), bilgi verici olmalıdır.
- Yazarlar: Yazarların adı soyadı, akademik derecesi, kurumu, iletişim bilgileri ve yazışmadan sorumlu yazar belirtilmelidir.
- Mali destek ve diğer kaynaklar, ana metnin sözcük sayısı, şekil ve tabloların sayısı belirtilmelidir.

2. Öz (Abstract) ve Anahtar Sözcükler: İkinci sayfada yer alacak öz ve İngilizce özet, çalışmanın amaçları, gereç ve yöntem, başlıca bulgular ve varılan sonuçlar bulunmalıdır. Öz ve İngilizce özet 150-175 sözcükten oluşabilir. İngilizce özet özün aynen çevirisi olmalıdır. Özün altında üç ile 10 anahtar sözcük yer almalıdır. (Index Medicus'un Medical Subjects Headings "Tıbbi Konu Başlıkları" terimlerini kullanınız.)

3. Giriş: Çalışma ile ilgili önbilgiler, amaç, gereç belirtilmelidir. İlgili kaynaklar dışında bilgi verilmemeli, çalışmanın veri ve sonuçları bulunmamalıdır.

4. Gereç ve Yöntem: Çalışmanın gereç ve yöntemi ayrıntılı olarak yer almalıdır. Etik kurallara uyum konusunda yapılan işleri ve uyulan belgeleri belirtiniz. Kullanılan istatistik yöntemlerini, bilgisayar programını ayrıntılı olarak açıklayınız.

5. Sonuçlar: Bulguları metin, tablo ve şekiller üzerinde gösteriniz. Metin içinde önemli verileri vurgulayıp özetleyiniz.

6. Tartışma: Çalışmanın yeni ve önemli yönlerini ve çıkan sonuçları vurgulayınız. Sonuçların amaçlarla bağlantısı kurulmalıdır.

7. Kaynaklar: Kaynaklar yeni, aktarılan bilgiler güncel olmalıdır. Kaynakları yazıda ilk geçtikleri sıraya göre numaralayınız. Kaynakları rakamlarla (1,2,4) belirtiniz. Dergi adları, Index Medicus'ta kullanıldığı biçimde kısaltılmalıdır. En fazla yirmi beş (25) kaynak kullanılabilir.

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-Verlag; 1988. p.521-32.

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

8. Tablolar: Tablolara yazıda ilk geçtikleri sıraya göre numara veriniz. Her tablonun bir başlığı olmalıdır. Standart dışı kısaltmaları ve açıklayıcı bilgileri dipnotta (sırayla kullanılacak simgeler: *, †, ‡, §) veriniz. Tablo içinde yatay ve dikey çizgi kullanılmamalıdır.

9. Şekiller ve Fotoğraflar: Yazıda ilk değinildikleri sıraya göre numaralandırılmalı, altlarına açıklayıcı yazılar konmalıdır.

Biçimsel Özellikler Kılavuzu

1. Sayfa numaraları: Başlık sayfasından başlayarak sayfanın sağ alt köşesine yazılmalıdır.

2. Başlıklar: Tüm başlıklarda ilk harf büyük diğerleri küçük olmalıdır.

3. Birimler: Ölçü birimi olarak metrik birimler kullanılmalıdır. Metrik ölçümlerden sonra nokta konmamalıdır (3,5 mg/kg gibi).

4. Rakamlar: Tam sayılardan sonra ondalık değerleri nokta ile değil, virgül ile ayırarak belirtilmelidir (3,5 gibi).

5. İlaç adları: Jenerik adları kullanılmalıdır.

6. Kısaltmalar: Kısaltma, yazıdaki ilk geçişinde açık yazılışla birlikte verilmelidir. Başlıkta ve özetle kısaltma kullanılmamalıdır.

7. Yüzdeler: Yüzde işareti (%) belirtilip rakamla arasında boşluk bırakılmamalıdır (%45 gibi).

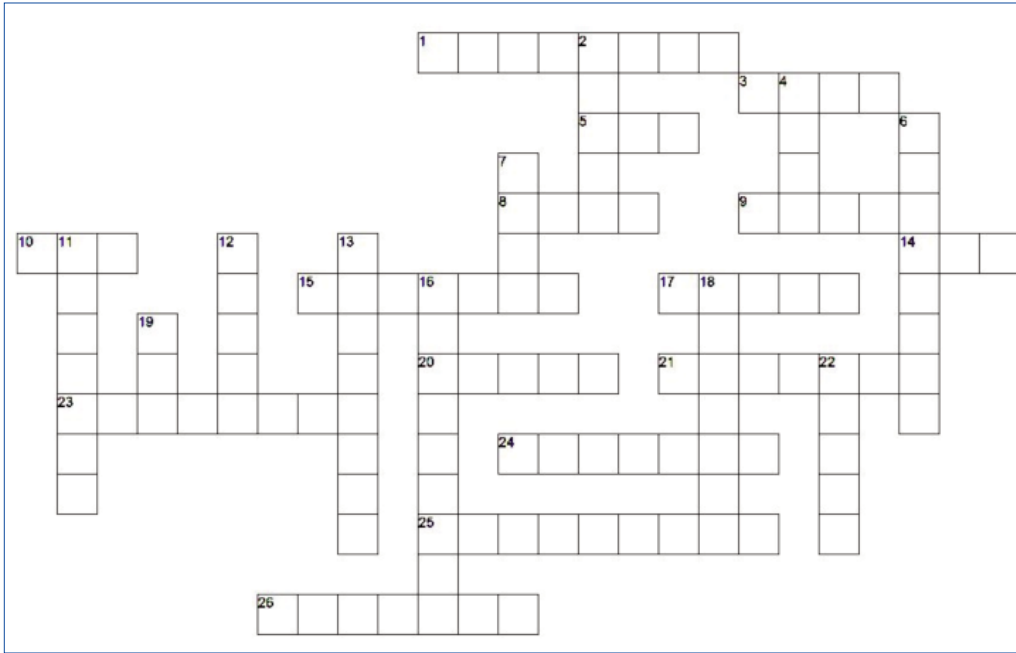
8. Sözcük sayısı: En az 1.500 en fazla 4.500 olmalıdır.

Çalışmanın Gönderilmesi: Yazılar, tüm yazarların imzaladığı Yayın Hakkı Devir Formu (www.ttb.org.tr/STED) ile birlikte sted@ttb.org.tr adresine gönderilir. 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.

Ödüllü Bulmaca



Bulmacamızda yer alan soruları bu sayımızdaki yazılardan seçtik. Doğru olarak yanıtlayıp Dergi'nin postalanma tarihinden sonraki bir ay içinde bize gönderen okuyucularımıza **2 TTB- STE Kredi Puanı** veriyoruz. Ayrıca beş kişiye Türk Tabipleri Birliği'nin hazırladığı "**Aile Hekimliği Birinci Basamak Sağlık Ortamını Nasıl Dönüştürdü**" kitabını armağan ediyoruz. Bulmacanın doğru yanıtlarını **Ocak - Şubat 2015** sayımızda yayımlayacağız.



Trafik Kanunu'nda "motorsuz" taşıt.
14. Çocuk istismarını "bir yetişkin, toplum veya ülke tarafından bilerek veya bilmeyerek yapılan ve çocuğun sağlığını, fiziksel ve psikososyal gelişimini olumsuz etkileyen davranışlar" olarak tanımlayan örgüt. **15.** 2008 yılındaki tüm ölümlerin yaklaşık %63'ünden sorumlu olan bulaşıcı olmayan hastalıklardan biri. **16.** Her bireyin yaşamının belirli dönemlerinde yaşadığı

1. Bisiklet kazası sonucu oluşan kemik,
2. Tıbbi bakımın reddi veya gecikmesi sonucunda çocuğun iyi halinin zarar görmesi olarak tanımlanan ihmal türü. 3. Kırım Kongo kanamalı ateşi kısaltması. 4. İlerleyici hava akımı obstrüksiyonu ile karakterize, tüm Dünya'da önemli bir mortalite ve morbidite nedeni olan bir hastalık. 5. Kardiyovasküler hastalığı önlemek için DSÖ tarafından kişi başı günlük önerilen gram cinsinden tuz miktarının üst sınırı. 6. Duygusal istismar türlerinden biri. 7. Kırım Kongo kanamalı ateşinin bulaştırıcısı 8 Çocuk istismarına yaklaşımda zorunlu çalışma biçimi. 9. Çocuğun temel fiziksel, duygusal, eğitim, bilişsel ve medikal ihtiyaçlarının sağlanmasında aksama olması. 10. Çocuk İzlem Merkezleri. 11. Duygusal istismara maruz kalan çocuklarda görülebilen davranışlardan biri. 12. Kırım Kongo kanamalı ateşinin bulgularından biri. 13. Trafik kazası Karayolları

duygusal, davranışsal ve fiziksel alanlarda ortaya çıkan hoş olmayan sıkıntı, endişe duygusu ve yaşantısı. 18. Ülkemizde anne adayları ve anneler için ciddi bir problem. 19. Kalp damar hastalıkları ve bazı kanser türlerine yönelik mücadelede günde önerilen meyve ve sebze tüketilen porsiyon sayısı. 17. KKKA'nın Türkiye'de ilk kez 2002 yılında görüldüğü il. 20. KOAH hastalığında görülen ruhsal bozukluklardan biri. 21. İstismar edilen çocukta görülebilecek deri lezyonlarından biri. 22. Bulaşıcı olmayan hastalıklardan korunma için bırakılması gereken zararlı maddelerden biri. 23. Fiziksel istismar sayılan davranışlardan biri. 24. Çocuk Hakları Sözleşmesi'ne göre çocuğa uygulanabilecek kanuna göre daha erken yaşta reşit olma durumu hariç, her insanın çocuk sayıldığı yaş. 25. İstismara bağlı genellikle 3 yaş altı çocuklarda görülen kırık türlerinden biri. 26. Fiziksel istismarı düşündürecek morlukları.