Tablo III. K.Y.'in kullanım sürelerinin ortalama, median ve maksimum değerleri. (Ay olarak)

K.Y.'ler	Ortalama kul. süresi	Median kul. süresi	Maksimum kul. süresi
Geri çekme	75.3m70.0	60.0	240
R.İ.A.	34.1m28.5	30.5	120
Prezervatif	53.5m53.9	35.6	180
Hap	36.4m39.7	23.8	132
Tüp ligasyonu	40.4m24.6	37.5	84
Diğer et.olmayan	34.3m43.4	8.5	120

Tablo IV. Kullandıkları K.Y.'den memnun olmayan kadınların kullanmak istedikleri K.Y.'ler.(%)

Kullanılan K.Y.'ler	Kullanmak istenilen K.Y.'ler					Toplam
	R.İ.A.	Prezervatif	Hap	Tüp ligasyonu	Vazektomi	
Geri çekme	43 (74.1)	4 (6.9)	2 (3.4)	9 (15.9)	-	58 (100.0)
R.İ.A.	-	5 (33.3)	8 (53.3)	1 (6.7)	1 (6.7)	15 (100.0)
Prezervatif	10 (66.7)	-	3 (20.0)	1 (6.7)	1 (6.7)	15 (100.0)
Hap	17 (94.4)	1(5.6)	-	-	-	18 (100.0)
Tüp ligasyonu	-	-	-	-	1 (100.0)	1 (100.0)
Diğer*	10 (83.3)	-	2 (16.7)	-	-	12 (100.0)
Toplam	80 (67.2)	10 (8.4)	15 (12.6)	11 (9.3)	3 (2.5)	119 (100.0)

Tablo V. Kadınların kullanmak istedikleri K.Y.'leri neden kullanmadıkları (satır yüzdesi)

Kullanmama Nedenleri	Kullanmak istenilen K.Y.'ler					Toplam
	R.İ.A.	Hap	Tüp ligasyonu	Prezervatif	Vazektomi	
Yan etkisi çok	25 (62.5)	15 (37.5)	-	-	-	40 (100.0)
Korku	20 (74.1)	-	7 (25.9)	-	-	27 (100.0)
Erkeğe zararlı	16 (84.2)	-	-	3 (15.3)	-	19 (100.0)
İhmal	19 (95.0)	-	1 (5.0)	-	-	20 (100.0)
Kullanımı zor	-	-	-	7 (100.0)	-	7 (100.0)
Eşi istemiyor	-	-	3 (50.0)	-	3 (50.0)	6 (100.0)
Toplam	80 (67.2)	15 (12.6)	11 (9.3)	10 (8.4)	3 (2.5)	119 (100.0)

Tablo VI. K.Y.'lerin sağlığa olan yararlarının ve zararlarının öğrenildiği kaynaklar.

Bilgi Kaynakları	Yararları var diyen kadınlar		Zararları var diyen kadınlar	
	Sayı (n)	%	Sayı (n)	%
Sağlık Kitapları	9	29.0	3	2.7
Gazete ve dergi	7	22.6	2	1.8
Radyo-TV.	6	19.4	-	-
Eş-dost-akraba	6	19.4	57	51.9
Ebe-Hemşire	3	9.6	2	1.8
Tecrübe	-	-	46	41.8
Toplam	31	100.0	110	100.0

KAYNAKLAR:

1._____ Kontraseptif Yöntemler .Uluslararası Basım Ankara (1990)
2._____ After Contraception. Dispelling Rumors About Later Childbearing.Population Reports.Series J. N.28 Sept. Oct. (1984)
3. Lwanga S.K., Lemeshow S. Çeviren: Hayran O. Sağlık Araştırmalarından Örnek Büyüklüğünün Belirlenmesi. Marmara Üni. Yayın No. 522. Tıp Fak. Yayın No. 5. İstanbul (1993)
4. Yardımcı E., Yardımcı O., Baysal B., Sabuncu H. İst. Üni. İst. Tıp Fak. Kadın Hastalıkları Polikliniğine Başvuran 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Kontraseptif Yöntemleri Kullanma Süreleri ve Bırakma Nedenleri. (Yayınlanmamış Araştırma)
5. Tümerdem Y. Halk Sağlığı I. İstanbul (1992)
6._____ Oral Contraceptives Population Reports. Series A, Number 6, May-June 1982 (Reprinted September 1984)
7._____ IUDs- A New Look. Population Reports. Series B, Number 5, March (1988)
8. Okan N., Aytekin H., Bilgel N. Gemlik Kırsal Kesiminde Evli ve Üreme Çağındaki Kadınlarda Aile Planlaması Yöntemleri, Kullanma Özellikleri ve Bunun Doğurganlık Ölçütlerine Etkisi. T.C. Uludağ Üniversitesi Tıp Fak. Dergisi Sayı:2, Yıl:17 (1990)
9-Yardımcı E, Sabuncu H, Yardımcı O. ve ark. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları Polikliniğine Başvuran 15-49 Yaş Grubunda Evli Kadınların Bildikleri ve Kullandıkları Kontraseptif Yöntemler; Kullanımı Etkileyen Faktörler.(Yayınlanmamış Araştırma).

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KADIN HASTALIKLARI POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN 15-49 YAŞ GRUBU EVLİ KADINLARIN KONTRASEPTİF YÖNTEMLERİ KULLANMA SÜRELERİ VE BIRAKMA NEDENLERİ

Dr.Emel YARDIMCI*, Dr. Oktay YARDIMCI*, Uz. Dr.Bülent BAYSAL**,Prof.Dr. Hilmi Sabuncu*.

*İst. Üni. İst. Tıp Fak. Halk Sağlığı A.D.
**İst. Üni.İst.Tıp Fak.Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.

ÖZET

Bu çalışmada 1Ekim-30 Kasım 1993 tarihlerinde İst.Üni.İst.Tıp Fak. Kadın Hastalıkları polikliniğine başvuran, daha önce herhangi bir kontraseptif yöntemi kullanıp bırakmış olan 174 kadına yöntemleri kullanım sürelerini ve bırakma nedenlerini sorgulayan anket formu uygulanmıştır. Kontraseptif yöntemlerin ortalama kullanım üresi 38,6 m39,6 aydır. Geri çekme en uzun süre kullanılan yöntemdir, en sık bırakılma nedeni %51,1 ile kullanım zorluğudur.Uzun süre kullanılan ikinci yöntem rahim içi araçtır (RİA), en sık bırakılma nedeni %37,7 ile yanlış uygulamalar ve bilgilerdir.Uzun süre kullanılan üçüncü yöntem prezervatiftir, en sık bırakılma nedeni %58,3 ile kullanım zorluğudur.Haplar ve diğer etkinliği sınırlı yöntemler kısa süre kullanılan yöntemlerdir.Hapların en önemli bırakılma nedeni yan etkileri (%52,4), etkinliği sınırlı yöntemlerin en önemli bırakılma nedeni etkin yöntemlerden birine geçme isteğidir (%44,4). Kullanılan kontraseptif yöntemlerin tümünün bırakılma nedenleri toplu olarak değerlendirildiğinde tıbbi olmayan nedenlerle bırakma (%60,3) ,tıbbi nedenlerle bırakmadan fazladır (%39,7).

GİRİŞ

İyi bir kontraseptif yöntem etkin, güvenilir, kolay bulunur, kabul edilebilir ve geri dönebilir bir yöntem olmalıdır. (1) Her yöntem için bu kriterler kullanılarak kar-zarar analizi yapılmalı, yöntemler kullanılmadığı taktirde meydana gelecek istenmeyen gebeliklerin sonuçları da bu analizde göz önüne alınmalıdır (1). İstenmeyen gebelikleri önlemek için kontraseptif yöntem seçerken dikkate alınması gereken bu noktalar yöntemlerin bırakılması vaya uzun süre kullanılmasında da etkili olmaktadır.Kadınlar zaman zaman istemedikleri halde kullandıkları kontraseptif yöntemleri bırakmaktalar.İşte, bu davranışın nedenleri çoğu kez , yönteme rağmen gebe kalma, yan etkiler ve komplikasyonların ortaya çıkması, yöntemlere ulaşılamaması, yöntemleri kullanmada güçlük olmaktadır. Çalışmamızda amaç kontraseptif yöntemleri bırakmada yukarıda sayılan nedenlerin ne derece etkili olduğunu veya başka nedenlerin etkili olup olmadığını ve hangi yöntemlerin uzun süre kullanılabildiğini araştırmaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

İst. Üni.İst Tıp Fak.Kadın Hastalıkları Polikliniğine 1 Ekim-30 Kasım 1993 tarihlerinde başvuran her dört kadından biri 15-49 yaşlarında ise sorgulanmış (358kadın), o güne kadar herhangi bir kontraseptif yöntemi kullanıp bırakmış olan 174 kadın araştırma kapsamına alınmıştır. Bu kişilere kontraseptif yöntemleri kullanma sürelerine ve bırakma nedenlerine yönelik hazırlanmış anket soruları yüz yüze görüşülerek, araştırmayı yürüten hekimler tarafından uygulanmıştır. Nedenler evren oranı (p) 0,5 olarak öngörüldüğünde %95 güven düzeyinde %8 yanılma payı ile elde edilmiş olacaktır (2).Sonuçlar İst. Üni. İst. Tıp Fak. Bilgi İşlem Biriminde SPSS bilgisayar programı ile değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Araştırma sırasında sorgulanan 15-49 yaşlarında olan 358 kadından 174ü (%48,6) daha önce en az bir kontraseptif yöntemi kullanıp bırakmıştı.Daha önce denenip bırakılan kontraseptif yöntemler tablo I de görülmektedir.Bu yöntemlerin ortalama kullanım süresi 38,6 m 39,6 aydır. Her yöntemin ayrı,ayrı ortalama ,median ve maksimum kullanım süreleri tablo II de, yöntemlere 1 yıldan az, 1-5 yıl ve 5 yıldan fazla devam edenler tablo III de verilmiştir. Yöntemlerin neden bırakıldığı sorgulandığında alınan cevaplar tablo IV, V, VI da görülmektedir. Etkinliği kısıtlı diğer yöntemlerin en önemli bırakılma nedenleri %44,4 ile etkin yöntemlerden birine geçme arzusu (n=8), %38,3 ile çocuk isteme (n=7) ve %16,7 ile istenmeyen gebelik (n=3) idi. RİA 'nın bırakılmasına neden olan söylentiler "RİA'nın eşe battığı", rahim kanseri yaptığı ve erkeğe çeşitli zararları olabileceği, prezervatifin (halk arasında diğer adı ile balonun) bırakılmasına neden olan söylentiler, prostat kanseri yaptığı ve erkeğe mikrop kaptırma gibi çeşitli zararları olduğu şeklindedir.Kontraseptif yöntemlerin bırakılma nedenleri toplu olarak değerlendirildiğinde tıbbi olmayan nedenlerle yöntemleri bırakma(%60,3), tıbbi nedenlerle yöntemleri bırakmadan fazladır(%39,7).

TARTIŞMA

Çalışmamızda RİA sık kullanılan ancak sık ta bırakılan bir yöntem olarak saptanmıştır. İlk kullanım yılında, olağan kullanıcı için kabul edilen RİA başarısızlık hızı %3,6 dır (1,3,4,5). Araştırmamızda bulunan %5,8 lik oran literatür ile uygunluk göstermektedir. İlk kullanım yılında, RİA uygulayan kadınların %5-15 i araçlarını kanama veya lekelenme nedeni ile çıkarttırırlar, %2-8 araç ise spontan olarak atılır (3,5). Çalışmamızda kanama nedeni ile yöntemi bırakma %23,2, RİA nın düşmesi nedeni ile yöntemi bırakma %5,8 olarak bulunmuştur. Sonuçlar literatür ile uygunluk göstermektedir (3,5). RİA nın PID riskini artırdığı pek çok çalışma ile gösterilmiştir (3,5). Çalışmamızda genital sistem infeksiyonu nedeni ile yöntemi bırakanlar %13,0 olarak saptanmıştır. Bu oran literaturde rastladığımız oranlardan çok yüksektir, ancak infeksiyon nedeni ile yöntemi bırakanların hepsini RİAya bağlı infeksiyon olarak kabul edemeyiz. Kadınların %37,7 si ise yanlış bilgi ve uygulamalar nedeni ile yöntemi bırakmıştır. Bulut'un çalışmasında RİA'yı tıbbi olmayan nedenlerle bırakma % 14,8 dir (6). Literatürde bildirilen kramp ve ağrılar, uterus perforasyonu gibi nedenlerle (3,5) RIA yı bırakanlara çalışmamızda rastlanmamıştır. Kadınların %73,9 u bir yıldan uzun süre, %46,4'ü 1-5 yıl, %27,5'i

5 yıldan uzun süre bu yöntemi kullanmıştı.Ülke dışı literatüre göre RİA devam hızı 1 yıl için %75-95 ,5 yıl için %33-41 dir. (4,5) Bulut'un çalışmasında bu oran bir yıl için % 93 tür (6).

Çalışmamızda hap ikinci sıklıkta kullanılıp bırakılan yöntem olarak görülmektedir. Yöntemi bırakmaya en sık yan etkiler yol açmaktadır (%52,4). Dinçer'in araştırmasında oral kontraseptifleri bırakma nedenleri %75 yan etkiler, % 20 isteyerek geçici bir süre kullanma, %5 hapların uygulama zorluğu olarak bildirilmiştir (6). Çalışmamızda yan etkilerden başka % 19 oranında hapları düzenli içememe, % 16,7 oranında çocuk sahibi olma arzusu, %11.9 oranında yaşın ilerlemesi hapları bırakma nedeni idi. Dinçer'in bildirdiği en sık görülen yan etkiler mizaç değişikliği, bulantı, kilo artışı, baş ağrısıdır (6). Çalışmamıza göre en sık karşılaşılan yan etkiler sinirlilik, şişmanlık, baş ağrısıdır. Literatürde bildirilen diğer yan etki ve komplikasyonlardan (3,7,10) herhangi biri nedeni ile yöntemi bırakana rastlanmamıştır. Bulut'un çalışmasında tıbbi nedenlerle en çok bırakılan yöntem RİA iken bizde hap olarak bulunmuştur. Ancak Bulut'un çalışması ilk dört aylık kullanımdan sonraki bırakılma nedenlerini incelerken, biz uzun süre (1 ay- 20yıl) kullanımdan sonra olan bırakmayı inceledik. Hapı bir yıldan uzun süre kullananlar %57,1 oranındadır. Ülke dışındaki literatüre göre, kombine oral kontraseptiflere 1 yıl devam hızı %73 tür (4).Bulut'un çalışmasında bu oran %58dir.(6). Çalışmamızda 5 yıldan uzun süre bu yöntemi kullananlar istatistik anlamlılık verecek derecede az, bir yıldan kısa süre kullananlar istatistik anlamlılık verecek derecede fazla bulunmuştur (c-kare:22,62, s.d:8, $p<0,01$) . Bu sonuç oral kontraseptiflerin kısa süreli kullanımlar için tercih edildiğini bildiren literatür bilgileri ile de uygunluk göstermektedir. (3,6,7). Kombine hapların başarısızlık hızı %2-3 tür (3,4,7,10). Çalışmamızda istenmeyen gebelik nedeni ile hapları bırakan saptanamadı.

Geri çekme en uzun süre kullanılan yöntemdi; bir yıldan uzun süre kullananlar %81,8 ,1-5 yıl kullananlar %45,5 ,5yıldan uzun süre kullananlar %36,4 oranında idi. Okan'ın çalışmasına göre de geri çekme ve diğer geleneksel yöntemler en uzun kullanılan yöntemlerdir (7). Çalışmamızda ise diğer geleneksel yöntemler istatistiksel anlamlılık verecek derecede bir yıldan kısa süre kullanılmaktadır. (χ-kare:22,62,s.d.:8,$p<0,01$) İlk kullanım yılında olağan kullanıcılarda literatüre göre geri çekme için başarısızlık hızı % 18 dir (3). Çalışmamızda istenmeyen gebelik nedeni ile yöntemi bırakanlar % 18,2 idi. % 51,5 oranında kullanım zorluğu, %18,2 oranında çocuk isteme ,%12,1 oranında etkin yöntemlerden birine geçmek için bu yöntem bırakılmıştı.

Olağan kullanıcılar için ilk yılda prezervatif başarısızlık hızı % 12, yöntemi iyi kullananlarda % 2dir (3,4). Çalışmamızda istenmeyen gebelik nedeni ile yöntemi bırakana rastlanmamıştır. Yöntemi bir yıldan uzun süre kullananlar % 83,3 ,1-5 yıl kullananlar % 66,7, 5 yıldan uzun süre kullananlar % 5,6 oranında idi. Ülke dışı literatüre göre kondomun bir yıllık devam hızı % 64 tür (4), Bulut'un çalışmasına göre % 66 dır(6). Kondomu yan etki veya komplikasyonlar nedeni ile bırakana rastlanmamıştır, % 58,3 oranında kullanım zorluğu, %41,7 oranında asılsız söylentiler nedeni ile bırakılmıştır. Literatüre göre de kondomun yan etki ve komplikasyonu yok denecek kadar azdır, glans duyarlılığının azalması ya da cinsel isteği bölmesi gibi yakınmalar bildirilmiştir (3).

Araştırmamızdan çıkan sonuç kadınların doğurganlıklarını kontrol etmek için modern yöntemler de dahil bildikleri bütün yöntemlere yüksek oranlarda başvurdukları, ancak bir kısmının istemedikleri nedenlerle bunları bırakmak zorunda kaldıklarıdır. Başta RİA ve prezervatif olmak üzere etkin yöntemler yüksek oranlarda hiç te geçerli olmayan (tıbbi olmayan) nedenlerle bırakılmaktadır. Gerek aile planlaması hizmeti sunan sağlık personeline verilecek hizmet içi eğitim ile, gerekse bu hizmeti sunanların halka vereceği sağlık eğitimi ve danışmanlık hizmetleri ile "asılsız söylentiler, yanlış bilgiler ve uygulamalar " ortadan kaldırılabilirse, aile planlaması daha etkin bir şekilde uygulanabilecek; modern yöntemler daha yaygın kullanılabilecek, tıbbi olmayan nedenlerle yöntemleri bırakma azalabilecek, etkin yöntemler daha uzun süre kullanılır hale gelecektir.

Tablo I. Daha önce denenip bırakılan K.Y. 'ler

K.Y.'ler	Kadın sayısı (n)	Frekans (%)
R.İ.A.	69	39.8
Hap	42	24.1
Geri-çekme	33	19.0
Kılıf	12	6.9
Fitil-krem	10	5.7
Doğal aile planlaması*	3	1.7
Diğer**	5	2.9
Toplam	174	100.0

* Takvim, ısı

** Haznenin yıkanması, emzirme

Tablo II. K.Y.'in kullanım sürelerinin ortalama, median ve maksimum değerleri. (Ay olarak)

K.Y.'ler	Ortalama kul. süresi	Median kul. süresi	Maksimum kul. süresi
R.İ.A.	45.6m36.9	36.4	120
Hap	23.0m33.5	12.3	192
Geri-çekme	67.3m62.4	59.5	240
Kılıf	33.8m28.6	24.5	96
Diğer	23.5m36.4	9.0	144

Tablo III. K.Y.'leri bir yıldan az, 1-5 yıl, 5 yıldan fazla kullananlar.

K.Y.'ler	1 yıl<	1-5 yıl	5 yıl>	Toplam
R.İ.A.	18 (21.4)	32 (33.3)	19 (14.3)	69
Hap	18 (13.0)	22 (20.3)	2 (8.7)	42
Geri çekme	6 (10.3)	15 (15.9)	12 (6.8)	33
Kılıf	2 (3.7)	8 (5.8)	2 (2.5)	12
Diğer etkin olmayan	10 (5.6)	7 (8.7)	1 (3.7)	18
Toplam	54	84	36	174

c-kare =22.62 ; p<0.01

Tablo IV. R.İ.A. nın bırakılma nedenleri :

Bırakma nedenleri		Sayı (n)	Toplam	Frekans (%)
Komplikasyonlar	Enfeksiyon	9	13	18.8
	İstenmeyen gebelik	2		
	Dış gebelik	2		
Yan etkiler	Kanama	16	20	29.0
	Düşme	4		
Çocuk isteme			10	14.5
Dinlendirme			12	17.4
Söylentiler			14	20.3
Toplam			69	100.0

Tablo V. Doğum kontrol haplarının bırakılma nedenleri.

Bırakılma nedenleri		Kadın sayısı (n)	Toplam	Frekans (%)
Yan etkiler	Baş ağrısı	5	22	52.4
	Sinirlilik	12		
	Şişmanlık	5		
Kontrendikasyonlar	Yaşın ilerlemesi		5	11.9
Kullanım zorluğu (*unutma, içmekten bıkma, teminde güçlük)*			8	19.0
Çocuk isteme			7	16.7
Toplam			42	100.0

Tablo VI. Geri çekmenin bırakılma nedenleri.

Bırakma nedenleri	Kullanan çiftler	
	Sayı (n)	Frekans (%)
Komplikasyonlar*	6	18.2
Kullanım zorluğu	17	51.5
Çocuk isteme	6	18.1
Etkin yönt.'e geçme	4	12.2
Toplam	33	100.0

*İstenmeyen gebelik.

Tablo VII. Prezervatifin bırakılma nedenleri.

Bırakma nedenleri	Eşi prezervatif kullananlar	
	Sayı (n)	Frekans (%)
Kullanım zorluğu	7	58.3
Söylentiler	5	41.7
Toplam	12	100.0

KAYNAKLAR

1- Cassens B.J. Preventive Medicine and Public Health. U.S.A. (1992) p: 158-164.
2- Lwanga S. K., Lemeshow S. Çeviren: Doç. Dr. Hayran O. Sağlık Araştırmalarında Örnek Büyüklüğünün Belirlenmesi. Marmara Üniversitesi Yayın No: 522. Tıp Fak. Yayın No: 5 İstanbul (1993)
3-_____ Kontraseptif Yöntemler. Uluslararası Basım. Ankara (1990)
4-_____ Decisions For Norplant Programs. Population Reports. Series K. N:4 November (1992) p:4
5-_____ İntrauterine Devices. Population Reports. Series B. Number 5. March (1988) p:4

6- Bulut A., Yolsal N., Kartoğlu Ü. ve ark Aile Planlaması Hizmetlerinin Sunumuna Sağlık Personeli Olmayan Yardımcılara Katılımı. İst.Üni.İst. Tıp Fak. Mecm. 56.4 (1993).
7- Dinçer Ö., Baloğlu A. Oral Kotraseptif Kullanımını Etkileyen Faktörlerin Araştırılması. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi Cilt:28, Sayı 3, (1989).
8- Last J.N. Wallace R.B. Maxcy-Rosena-Last Public Health & Preventive Medicine U.S.A(1993). p:1099-1112
9- Okan M., Aytekin H., Bilgel N. Gemlik Kırsal Kesiminde Evli ve Üreme Çağındaki Kadınlarda Aile Planlaması Yöntemlerini Kullanma Özellikleri ve Bunun Doğurganlık Ölçütlerine Etkisi T.C.
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi Sayı 2, Yıl 17, (1990).
10-_____ Oral Contraceptives. Population Reports. Series A., Number 6, May-June (1982) (Reprinted September 1984)

İST.ÜNİ.İST.TIP FAK.KADIN HASTALIKLARI POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN 15-49 YAŞ GRUBUNDA EVLİ KADINLARDA KÜRTAJ İLE İLGİLİ TUTUM VE DAVRANIŞ

Dr.Emel Yardımcı*, Dr. Oktay Yardımcı*, Dr. Halim İşsever*, Uz.Dr.Bülent Baysal**

* İst.Üni.İst. Tıp Fak. Halk Sağlığı A.D.
** İst.Üni.İst. Tıp Fak. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.

ÖZET

Çalışma İst. Üni. İst. Tıp Fak. Kadın Hastalıkları Polikliniğinde 1 Ekim-30 Kasım 1993 tarihleri arasında kesitsel yöntemle gerçekleştirilmiştir. Polikliniğe başvuranlardan 1/4 örnekleme ile seçilenlerden 15-49 yaşlarında, evli 358 kadına kürtaj ile ilgili tutum ve davranışlarını sorgulayan bir anket uygulanmıştır. Kadınların % 45,3 ü o güne kadar en az 1 kez kürtaj olmuştu. Ortalama kürtaj sayısı 1.0 m 1.4 idi. % 50.6 oranında kadın gebe kalırsa çoğunu aldırtmak isteyecekti. 30 yaşından sonra (c-kare = 69.63, s.d.=2, p< 0.001) ve 2 den fazla çocuğu olanlarda (c-kare = 48.82, s.d.=4, p< 0.001) kürtaj olma anlamlı derecede yüksekti. Kadınların öğrenim durumu ile kürtaj sayısı arasında istatistiksel ilişki saptanamadı. (c-kare = 2.25, s.d. = 2, p <0.50)

GİRİŞ VE AMAÇ

Ülkemizde ilk kez 1965 yılında yürürlüğe giren 557 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Yasa ile sık ve çok doğumların önlenmesi bir devlet politikası olarak benimsenmiş; 2. Beş Yıllık Kalkınma Planında (1968-1972) " Aile Planlaması " deyimi kullanılmaya başlanmıştır. Buna rağmen istenmeyen gebelikler tam olarak önlenememiş, ilkel yöntemlerle ve sağlıksız koşullarda çocuk düşürme olayları devam etmiştir.Bu nedenle 1983 yılında 557 sayılı yasayı yürürlükten kaldıran 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun uygulanmaya konulmuştur. Bu kanunla 10 haftaya kadar olan gebelikler isteğe bağlı olarak sonlandırılabilmektedir. (1,2) 1988 Nüfus Sağlık ve Doğurganlık Araştırmasına göre ülkemizde 100 gebelikten 23.8; isteyerek düşükle sonuçlanmaktadır.(1) Dünya'da her yıl, 30 milyonu yasal yollarla, yaklaşık 50 milyon gebeliğin isteğe bağlı olarak sonlandırıldığı hesaplanmaktadır.(3)

Çalışmamızda amaç ailelerin doğurganlıklarını kontrol etmek için ne zaman ve ne sıklıkta kürtaja başvurduklarını araştırmaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

1 Ekim-30 Kasım 1993 tarihleri arasında İst. Üni. İst. Tıp Fak. Kadın Hastalıkları Polikliniğinde 1/4 örnekleme ile seçilen kadınlardan 15-49 yaşlarında, evli 358 kadına yüz yüze görüşülerek araştırıcı hekimler tarafından kürtaj ile ilgili tutum ve davranışları sorgulayan anket formu uygulanmıştır. Kürtaj olma evren oranı p=0,5 olarak öngörüldüğünde; araştırmadan elde edilen kürtaj olma oranı % 95 güven düzeyinde ve %5 sapma ile elde edilmiş olacaktır.(4) Kürtaja başvurmada etkisi olduğu düşünülen yaş, çocuk sayısı, öğrenim düzeyi ve kontraseptif yöntem kullanma gibi parametrelerin kürtaj ile ilişkisi c-kare testi ile sınanmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya alınan kadınların yaş ortalaması 31.10 m 7.37 idi. Kadınların % 81.9 u 20-39 yaşlar arasında idi. İlkokul ve ortaöğretimi bitirmiş olanlar grubun % 73.3 ü idi. Kadınların ortalama çocuksayısı 2,3 m 1,33 idi. Kadınların 162 'si (% 45.3) o güne kadar en az bir kez kürtaj olmuştu. Kadınların kürtaj olma sayısına göre dağılımı tablo.I 'de görülmektedir. Ortalama kürtaj sayısı 1,0 m 1,41 ,kürtaj olanların ortalama kürtaj sayısı 2,2 'dir. Kadınların sahip oldukları çocuk sayısına göre kürtaj sayıları tablo.II 'de, yaşlarına göre kürtaj sayıları tablo III 'de, öğrenim durumlarına göre kürtaj sayıları tablo.IV 'te verilmiştir. Kadınların % 77.9 u K.Y. kullanmaktadır, % 50.6 sı (n = 181) gebe kalırsa çocuğunu aldırtmak istemektedir; % 12.3 ü (n = 44) gebe kalınca ne yapacağını bilmemektedir. Görüşme sırasında gebe olan 17 kadından başka (% 4.7), 116 kadın ise gebe kalırsa çocuğunu doğuracaktır. (%32.4) Kadınların K.Y. kullanma durumuna göre hamile kalırlarsa ne yapacakları tablo.V 'te çocuk sayısına göre hamile kalırlarsa ne yapacakları tablo.VI 'da, daha önce kürtaj olma durumuna göre hamile kalırlarsa ne yapacakları tablo.VII 'de, daha önce kürtaj olma durumuna göre kullanmakta oldukları kontraseptif yöntemler tablo.VIII 'de, verilmiştir.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Araştırma kapsamına aldığımız kadınların % 45.3 ü o güne kadar en az bir kez kürtaj olmuştu. Çivi'nin çalışmasında istemli düşük ve kürtaj % 37, 7 (4), Okan'ın çalışmasında istemli düşük % 22,6 (5) oranında bulunmuştur. Bulut'un çalışmasında bu oran % 50,9 dur ve bizim araştırmamıza uygunluk göstermektedir (3). Üç ve üzerinde çocuğa sahip olanlarda kürtaj olma sayısı iki ve altında çocuğa sahip olanlardan istatistiksel anlamlılık verecek derecede yüksek bulunmuştur. (χ-kare=48,82, s.d.:4, p<0,001). Bu sonuç Çivi'nin araştırmasına uygunluk göstermektedir (4).A.B.D.'de ise bizdekinin tersine 1986 da kürtaj olan kadınların % 55,1 nin çocuğu yoktur, % 22,1 nin 1 çocuğu, % 14,9 nun 2 çocuğu, % 5,3 nün 3 çocuğu, % 2,6 sının 4 ve üzerinde çocuğu vardır; bu kadınların % 20,2 'si evli, % 79,8 i bekardır (7). Yine 30 yaştan sonra kürtaj olma istatistiksel anlamlılık verecek derecede artmaktadır. (χ-kare=69,63, s.d.:2, p<0,001) 1986 da A.B.D.'de de kürtaj olmanın yaşla arttığı izlenmektedir. Kürtaj olanların % 25,3 ü 19 yaşın altında, % 34,0 ü 20-24 yaşlarda, % 40,7 si 25 yaşın üzerindedir (7). Kadınların öğrenim durumları ile kürtaj olma arasında istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır (χ-kare = 2,25, s.d.: 2, p<0,50). K.Y. kullanmayan kadınların % 26,6 sı gebe kalırlarsa kürtaj olacaklarını bildirmişlerdir. Daha önce kürtaj olanların da % 26,6 sı K.Y. i kullanmamaktadır. Bu oran Bulut'un gebeliklerini sonlandırmak için başvuran kadınlardan saptadığı kontraseptif yöntem kullanmama oranına (% 28) uymaktadır (3). Gebe kalırsa ne yapacağını bilmediği halde yöntem kullanmayanlar da bu gruba dahil edilirse, K.Y. kullanmayan kadınların % 38 i aile planlaması konusunda sağlık eğitimine en çok ihtiyaç duyan gruptur. Bu gruba kürtajın bir kontraseptif yöntem olmadığı anlatılmalı, etkin K.Y. den birini kullanmaları gerektiği vurgulanmalıdır.

Kadınların % 50,6 sı kürtaj olmaya sıcak bakarken, yöntem kullananların % 30,1 i, gebe kalırsa çocuğu doğuracaklarını söylediler. Yöntem kullandığı halde gebe kalırsa ne yapacaklarını bilmeyenler de bu gruba dahil edilirse K.Y. kullanan kadınların % 42,7 si kürtaj olma davranışını benimseyememişti. Çocuk sayısına göre hamile kalırsa ne yapacakları öğrenilen kadınlar karşılaştırıldığında 2 ve üzeri çocuktan sonra, çocuğu aldırtmak isteyecekler istatistiksel anlamlılık verecek derecede artmakta iken," doğrurum " diyenler azalmaktadır. Kararsız olanlar ise 1-3 çocuğa sahip olanlardır. (χ-kare=71,39 ,s.d.:10, p<0,001). Daha önce kürtaj olanlar gebe kalırlarsa istatistiksel anlamlılık verecek derecede yüksek oranda yine kürtaj olacaklarını söylemişlerdir. (χ-kare= 127,66, s.d.:2, p<0,001).Daha önce kürtaj olanların % 52,8 i etkin yöntem, % 34,4 ü etkisi kısıtlı yöntem kullanıyordu. Kürtaj olanlara yönelik modern kontraseptif yöntemleri kullanmayı sağlayacak sağlık eğitiminin verilmesinin kürtajın yapıldığı birimlerde çalışanların en önemli görevleri olduğunu düşünüyoruz.

Çalışmamızdan çıkan sonuç kadınların çoğunluğunun kontraseptif yöntem kullanmalarına rağmen gebe kalmaları durumunda istediklerinden fazla çocuk sahibi olmamak için çözüm olarak kürtaja başvurduklarıdır. Çoğunluk kürtajı K.Y. olarak görmemektedir. Ancak aile planlaması hizmetlerinin başlıcalarından biri olduğunu kabul etmektedir. Genel görüşün dışında tutum ve davranış içinde olanların daha fazla bilgilendirilmesi gereğine inanıyoruz.

Tablo I. Araştırmaya alınan kadınların kürtaj sayıları.

Kürtaj sayısı	Kadın sayısı (n)	Frekans (%)
0	196	54.7
1	59	16.5
2	54	15.1
3	26	7.3
4	15	4.2
5	4	1.1
6	3	0.8
7	1	0.3
Toplam	358	100.0

Tablo II. Kadınların sahip oldukları çocuk sayısına göre kürtaj sayıları.

Çocuk sayısı	-0-kürtaj	1-3 kürtaj	4 ve üzeri kürtaj	Toplam
Çocuksuz	27 (17.5)	4 (12.4)	1 (2.1)	32
1-2 çocuk	123 (102.4)	58 (72.6)	6 (12.0)	187
3 ve üzeri çocuk	46 (76.1)	77 (54.0)	16 (8.9)	139
Toplam	196	139	23	358

c-kare = 48.82 ; p<0.001

Tablo III. Kadınların yaşlarına göre kürtaj sayıları.

Yaş	-0-kürtaj	1-3 kürtaj	4 ve üzeri kürtaj	Toplam
15-29 yaş	124 (85.4)	30 (60.6)	2 (10.0)	156
30-49 yaş	72 (110.6)	109 (78.4)	21 (13.0)	202
Toplam	196	139	23	358

c-kare = 69.63 ; p<0.001

Tablo IV. Kadınların öğrenim durumlarına göre kürtaj sayıları.

Öğrenim durumu	-0-kürtaj	1-3 kürtaj	4 ve üzeri kürtaj	Toplam
İlkokul ve altı	135 (140.7)	106 (99.8)	16 (16.5)	257
Orta öğrenim ve üzeri	61 (55.3)	33 (39.2)	7 (6.5)	101
Toplam	196	139	23	358

c-kare = 2.25 ; p>0.05

Tablo V. Kadınların K.Y. kullanma durumuna göre gebe kaldıklarındaki tercihleri.

K.Y.kullanımı	Doğururum	Aldırtırım	Bilmiyor	Toplam
K.Y.kullanıyor	84 (103.7)	160 (141.1)	35 (34.2)	279
K.Y.kullanmıyor veya hamile	49 (29.4)	21 (39.9)	9 (9.7)	79
Toplam	133	181	44	358

c-kare = 28.48 ; p<0.001

Tablo VI: Kadınların çocuk sayısına göre gebe kaldıklarında tercihleri.

Çocuk sayısı	Doğururum	Aldırtırım	Bilmiyor	Toplam
0	25 (12.2)	6 (16.7)	2 (4.1)	33
1	41 (23.8)	13 (32.4)	10 (7.8)	64
2	30 (46.1)	67 (62.7)	19 (15.2)	124
3	18 (31.6)	56 (43.0)	11 (10.4)	85
4	7 (13.7)	28 (18.8)	2 (4.5)	37
5 ve üzeri	4 (5.6)	11 (7.6)	0 (1.8)	15
Toplam	133	181	44	358

c-kare = 71.39 ; p<0.001

Tablo VII. Daha önce kürtaj olanların gebe kalırlarsa tercihleri.

Daha önce kürtaj?	Gebe kalırsa ne yapacak?			Toplam
	Doğururum	Kürtaj olurum	Bilmiyor	
Evet	10 (56.5)	128 (76.8)	14 (18.7)	152
Hayır	123 (76.5)	53 (104.2)	30 (25.3)	206
Toplam	133	181	44	358

c-kare = 127.66 ; p<0.001

Tablo VIII. Kadınların kürtaj olma durumuna göre kullandıkları kontraseptif yöntemler.

Kullanılan kontraseptif yöntem	Şimdiye kadar kürtaj olmuş mu?		Toplam
	Evet	Hayır	
Kullanmıyor	21 (36.0)	58 (43.0)	79
Etkin yöntem kullanıyor.	86 (69.7)	67 (83.3)	153
Etkisi kısıtlı yöntem kul.	56 (57.4)	70 (68.6)	126
Toplam	133	195	358

c-kare = 24.27 ; p<0.001

KAYNAKLAR

1-_ _____ Türkiye 'de Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Çalışmaları. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Ankara (1993)

2-Tümerdem Y. Halk Sağlığı I. İstanbul (1992)

3- Bulut A., Toubia N. Hastahanelerde Gebelik Sonlandırma Hizmetlerinin İşlerliği ve Etkinliği. İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü. İstanbul (1994).

4-Lwanga S.K.,Lemeshow S. Çeviren: Doç. Dr. Hayran O. Sağlık Araştırmalarında Örnek Büyüklüğünün Belirlenmesi. Marmara Üniversitesi Yayın No:522 Tıp Fak. Yayın No: 5 İstanbul (1993)

5- Çivi S., Bodur S. Kadınların Aile Planlaması Konusunda Bilgi Kaynakları ve Gebelikten Korunmama Sebeplerinin Araştırılması.S.Ü. Tıp Fak. Dergisi Cilt 8 Sayı 2 Sayfa 269-272(1992)

6- Okan M., Aytekin M., Bilgel N. Gemlik Kırsal Kesiminde Evli ve Üreme Çağındaki Kadınlarda Aile PLanlaması Yöntemleri Kullanma Özellikleri ve Bunun Doğurganlık Ölçütlerine Etkisi.T.C. Uludağ Üniversitesi Tıp Fak. Dergisi Sayı 2, Yıl 17,(1990)

7- Cassens B.S. Preventive Medicine and Public Health. U.S.A.(1992) p:162-163.

DOĞANKENT SAĞLIK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA BÖLGESİNDE 15-49 YAŞ EVLİ KADIN İZLEME FORMLARI (I) : YÖNTEM KULLANMA VE DEĞİŞTİRMELER YÖNÜNDEN DEĞERLENDİRME

Z.Nazan Alparslan[1](PhD), Gülseren Ağrıdağ[1](MD), Elçin Apan [2](MD)

(1) Doç.Dr. Ç.Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı Anabilim Dalı Adana
(2) Arş.Gör. Ç.Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı Anabilim Dalı Adana

ÖZET

Doğankent bölgesinin 15-49 yaş evli kadın izleme formları kadınların yöntem kullanma ve değiştirme özellikleri yönünden değerlendirildi. Bir yıl içinde örnek grup kadınlarının gebelikten korunduğu ay yüzdesi 60.70 idi. Bu korunma aylarının %68.58'i modern %31.42'si geleneksel yöntemlerle korunulan aylardı. Yönteme devam hızı en yükek Ria (%96.5) için bulundu. Diğer bütün yöntemlerin devam hızları %65-70 arasında idi. Modern yönteme geçiş oranı geri çekme metodu için %15, diğer yöntemler için %23 olarak hesaplandı.

GİRİŞ

Sağlık ocaklarında çalışan ebelerin önemli bir görevi de nüfus hareketleri ve kendi faaliyetleri ile ilgili kayıtları düzgün olarak tutmaktır. Ebelerin sorumlu oldukları sağlık evi bölgesinde tuttukları çeşitli kayıtlar arasında 1986 yılından buyana TC Sağlık Bakanlığınca takip edilen 15-49 yaş evli kadın izleme formları da vardır. Formlara, evli kadınlar hakkındaki doğurganlık bilgileri ile birlikte 4 ayda bir yapılan izlemlerde kadınların aile planlaması yöntemlerini kullanma durumu, kullanmıyorlarsa nedeni ve gebelik yönünden risk altında olup olmadığı işlenmektedir. 1986 yılından beri teda-vülde olmasına karşın, bu konudaki etkin denetim son iki yılda başladığından; formların düzenli bir kayıt sistemi oluş-turmaya başlaması yakın yıllarda olmuştur.

GEREÇ VE YÖNTEM

Doğankent Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölgesine (DSEAB) bağlı 7 sağlık ocağından 5'inde (nüfusun %85.5'i) çalışan; bölgenin 15-49 yaş evli kadınları hakkında düzgün kayıt tutmuş ebelerden yaklaşık 3300 kadının kaydı alınarak sistematik yöntemle seçilen %20'lik örnek değerlendirilmiştir. Değerlendirmeye alınan grupta ilk seçimde 653 kadının belirlenmiş, bu kadınlardan 24'ü (%3.7) değerlendirme aralığı olan 1993 yılında bölge dışına göç ettiği ya da eşi olduğu için değerlendirme dışı bırakılmıştır.

BULGULAR

a) Örnek gruptaki kadınların demografik özellikleri:
Örnek gruptaki kadınların yaş ve gebelik tarihçeleri bulguları Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1: Kadınların yaş ve gebelik tarihçeleri (ortalama ± standart sapma).

Yaş	:	31.01±7.59	(15-49)
Son doğum sayısı	:	27.04±5.84	(15-45)
Toplam gebelik sayısı	:	4.56±3.03	(0-15)
Doğurduğu çocuk sayısı	:	3.73±2.44	(0-13)
Yaşayan çocuk sayısı	:	3.44±2.15	(0-11)
Kadın başına düşük sayısı	:	0.44	(0-8)
Açık doğum aralığı	:	4.35±4.32	(0-23)

Çalışma grubundaki kadınların öğrenim durumları bilgisi; kadınların 323'ünün (%51.4) hiç öğrenim görmemiş, 272'sinin (%43.2) ilkokul mezunu, 15'inin (2.4) ortaokul, 17'sinin (%2.7) lise ve 2 (%0.03) kadınında üniversite mezunu olduğu şeklindedir.

b) Yöntem kullanma durumu ile ilgili bulgular:
1993 yılı yöntem kullanma bilgileri o yıl yapılan üç izlem itibariyle Tablo 2'de verilmişitr.

Tablo 2: 1993 yılındaki izlemlerde örnek gruptaki 629 kadının yöntem kullanma durumları.

Yöntem kullanma	İzlem 1		İzlem 2		İzlem 3	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Ria	133	21.1	156	24.8	140	22.3
Hap	43	68.8	41	6.5	41	6.5
Kondom	33	5.2	41	6.5	42	6.7
Cerrahi	29	4.6	29	4.6	31	4.9
Geri Çekme	109	17.3	105	16.7	91	14.5
DiğerYönt.	26	4.1	28	4.5	23	3.7
Gebe	79	12.6	59	9.4	42	6.5
Emzikli	68	10.8	75	11.9	75	11.9
Kocası İstem.	18	2.9	15	2.4	17	2.7
Kocası Ayrı	21	3.3	19	3.0	18	2.9
Menapoz	15	2.4	15	2.4	18	2.9
Kısırlık	7	1.1	8	1.3	8	1.3
Diğer	34	5.4	31	4.9	32	5.1
BİLGİ YOK	14	2.2	7	1.1	51	8.1

Yönteme devam konusundaki analizin sonuçları ise Tablo 3'deki gibidir.

Tablo 3: Yöntemler itibariyle izlemlerarası devam durumları.

Yöntem	İzlem1 - İzlem2		İzlem2 - İzlem3		İzlem1 - İzlem3	
	Oran	%	Oran	%(*)	Oran	%(**)
Ria	130/133	97.7	130/138	94.2	109/113	96.5
Hap	35/43	81.4	35/41	85.3	30/41	73.2
Kondom	24/33	72.7	33/38	86.8	18/28	64.3
Geri çekme	86/109	78.9	87/105	82.9	70/97	72.2
Diğerleri	20/26	76.9	19/25	76.0	17/25	68.0

(*) Üçüncü izlemi yapılan kadınlar üzerinden hesaplanmıştır.
(**) Üç dönem izlenen kadınlar üzerinden hesaplanmıştır.

Yöntem değiştiren gruplarda göze çarpan değişiklikler ise şöyledir:
- Birinci dönemde takipsiz olan (yeni takibe giren) 11 kadından 1'ine Ria uygulanmış 1'i hap almaya başlamış 4'ü (%36.4) gebe kalmıştır.
- Birinci döneme hap kullanarak giren kadınlardan (43 kişi) yıl boyunca izlenirken hapı bırakan 13'ünün (%30.2) 2'si (%15.4) geri çekme metoduna geçmiş 4'ü (%30.8) gebe kalmıştır.
- Birinci döneme kondom kullanarak giren kadınlardan (39 kişi) yıl boyunca izlenirken kondom korunmasını bırakanların (12 kadın - %30.8) 3'ü (%25.0) gebelik 2'si geri çekme (%16.7)'ye geçiş nedeniyledir.
- Birinci döneme geri çekme metodu kullanarak giren kadınlardan (109 kişi) dönem boyunca izlenirken bu metodu bırakan 30'unun (%27.5) bırakma nedenlerini 11'i (%36.7) için gebelik 15'i (%0.0) için modern yönteme geçiş oluşturmaktadır.
-İlk döneme emzikli olarak giren 68 kadından 3'ü birinci , 5'i ikinci dönemde olmak üzere 8'i (%11.8) dönem sonuna kadar tekrar gebe kalmışlar; 11'i (%16.2) Ria, 1'i (%1.5) hap, 9'u (%13.2) kondom, 14'ü (%20.6) geri çekme, 3'ü (%4.4) 'diğer` yöntemlerle korunmaya geçmiş, 4 (%5.9) kişi korunma almamış, 18 (%26.5) kişi dönem boyunca emzirmeye devam etmişlerdir.
- Yıl boyunca modern yönteme geçiş oranları ise şöyledir.
Geri çekme metodundan: 1'nci dönemde 11/109 ikinci dönemde 4/94 'diğer` yöntemlerden: 1'nci dönemde 4/26 ikinci dönemde 2/25.

Ortalama kullanım ayı ve korunma ayı yüzdeleri ile ilgili bulgular:

Son analiz olarak kadınların kullandıkları metoda 1 yılda devam ettikleri ortalama ay sayısı ile örnek grup kadınlarının metodlar itibariyle korunma ayı yüzdeleri hesaplanmış ve sonuçlar Tablo 4 ve 5'de verilmiştir.

Tablo 4: Örnekdeki kadınların kullandıkları metoda 1 yılda devam ettikleri ortalama ay sayısı:

Yöntem	Yöntemi herhangi bir kadın dönemde kullanmış sayısı	Metodun kullanıldığı kadın ayı toplamı	Metodun kadın başına kullanıldığı ortalama ay sayısı
Ria	169	1658	9.81
Hap	55	502	9.13
Kondom	58	528	9.10
Cerrahi	31	328	10.58
Geri çekme	132	1096	8.30
'Diğer`	37	286	7.73

Tablo 5: Örnek gruptaki kadınların 1 yıllık kadın aylarının korunma yöntemlerine göre yüzde dağılımı.

Yöntem	Korunulan kadın ayı	Yüzdesi
Etkin Yöntemler:		(%68.58)
Ria	22.88	
Hap	6.93	
Kondom	7.29	
Cerrahi	4.53	
Toplam :	41.63	
Geleneksel Yöntemler:	15.12	(%31.42)
`Diğer'	3.95	
Toplam :	19.07	
GENEL TOPLAM	60.70	(%100.00)

TARTIŞMA

Örnek grubun toplam gebelik sayısı ortalaması olan 4.56, 5 yıl önce yapılan Türkiye Nüfus Araştırması (1988)[1] ortalaması olan 4.046'dan büyük, aynı araştırmanın okur yazar olmayan kadınlar için hesaplanmış ortalamasından küçüktür. Aynı sıralama doğurulan çocuk sayısı (örnek:3.73, TR:3.192, okur yazar olmayan:4.954), ve yaşayan çocuk sayısı (örnek:3.44, TR:2.706, okuryazar olmayan:3.980) için de doğrudur. Elimizde 1993 araştırmasının sonuçlarının olmaması daha güncel karşılaştırma yapmamızı engelemektedir. Örnek grubun kadın başına düşük sayısı 0.44 olarak hesaplanmış olup bu rakam hem TR (0.587) hem okuryazar olmayan kadın (0.696)'lar için hesaplanandan düşük bulunmuştur. Toplam gebelik sayısı olan 4.56 dan doğurulan çocuk sayısı ortalaması olan 3.73'ün farkı kadın

başına 0.83 canlı doğumla sonlanmayan gebelik olduğunu göstermektedir. Bu rakamın 0.44'ü düşüklere beyanla atfedildiğine göre kalan 0.39'u ölü doğumları göstermelidir. Düşükler ve ölü doğumların başabaş olduğu izlenimini veren bu hesaplamadan düşüklerin eksik beyan edildiği yorumu getirilebilir.

Beklendiği gibi dönem boyunca en yüksek yönteme devam Ria kullanımında görülmüştür (%96.5). Diğer yöntemlerin devam oranları birbirine yakındır (Tablo 3). Kullanılan yönteme devam edilen ortalama ay sayıları 12 aylık dönem için hesaplandığında (Tablo 4) bu ortalamaların sıralanmasında beklenenin dışında bir bulgu yoktur. Yöntem değiştirme bilgilerine ebelerin grup içinde eğitim etkileri yönünden bakıldığında, bütün dönem boyunca modern yöntemlere geçiş geri çekme metodundan 15 kişide (ortalama %15) 'diğer` yöntemlerden 6 kişide (ortalama %23) emzikli kadınlardan 26 kişide (ortalama %35) gerçekleşmiştir.

Döneme emzikli giren kadınların (68 kişi) 1 yıl boyunca %11.8'inin tekrar gebe kalması %30.9'unun modern yöntemlere geçmesi %20.6'sının geri çekme metodunu seçmesi ebelerin emzikli kadınlara verdikleri eğitimin niteliği yönünden tartışılabilir. Kaldı ki bölgede 1983 yılında yapılan bir araştırmanın sonuçları o yıl doğum yapan kadınların %22,2'sinin doğumdan sonraki 15 ay içinde tekrar gebe kaldığı yolundadır.

Örnek kadınlarının sadece %60.68'inin herhangi bir yöntemle gebelikten korunduğu (TR için bu rakam 1988 de %63.3'tür[1]); bu korunan grubun da % 31.43'ünün geleneksel metodlardan yararlandığı görülmektedir. Bütün örnek grup için hesaplandığında her 100 kadından 15'inin geri çekme olmak üzere 19'unun geleneksel metodlarla gebelikten korunduğu 42'sinin modern metodlara başvurduğu 39'unun korunmadığı görülmektedir.

SONUÇ

Bu örneklemenin bilgileri bölge kadınlarının gebelikten korunma oranlarının TR genelinden düşük olduğunu, ebelerin emzikli ve geleneksel yöntemleri seçmiş kadınların eğitimlerine ve davranış değiştirmelerine yeterince özen göstermediklerini ortaya çıkarmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Turkish Population and Health Survey, 1988. Hacettepe Üniversity Institute of Population Studies, 1989, Ankara.
2. Ağrıdağ G., Alparslan Z., Apan E: Karataş SEAB de Yaşayan Kadınlarda Laktasyonun Gebelik Üzerine Etkisi. III. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 1992, Ankara.

İZMİR KONAK DOĞUMEVİ AİLE PLANLAMASI MERKEZİNDE GÖNÜLLÜ CERRAHİ KONTRASEPSİYON UYGULAMALARI

Aliye Mandıracıoğlu*, Meltem Çiçeklioğlu*, Üzeyir Kırca**

* Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
** İzmir Konak Doğumevi

ÖZET

İzmir Konak Doğumevi Aile Planlaması Kliniğinde 3 aylık dönemde gerçekleştirilen 13 vasektomi, 70 tüp ligasyonu ve 87 norplant uygulanan olgu ile görüşülmüştür. Bu kişilerin sosyodemografik ve doğurganlık özellikleri, değerlendirilmiştir. Norplantın sadece doğum aralığını açmak için tercih edildiği, cerrahi sterilizasyona alternatif olmadığı saptanmıştır. Postabortif cerrahi kontrasepsiyonun uygulanabilirliğinin ve kabul edilebilirliğinin yüsek oranda olduğu tespit edilmiştir.

GİRİŞ

Dünya Doğurganlık araştırmasına göre yaklaşık tüm doğumların % 22'si istenmeyen doğumlardır (1). Türkiye'de son 5 yıl içinde canlı doğumla sonuçlanmış son gebeliklerin % 37'si planlanmamış ve bunların 3/ 4' ü de istenmeyen gebeliklerdir (2). Çiftlere yeni, ve etkin yöntemlerin ulaştırılması ve istenmeyen gebeliklerin daha yüksek oranda önlenmesine gereksinim olduğu ortaya çıkmaktadır.

Kadın ve erkek cerrahi sterilizasyonu uzun zamandır pek çok ülkede uygulanmaktadır. Bugün tahminen 170 milyona ulaşmıştır (3). Kadınların gönüllü sterilizasyonunda son 10 yılda çarpıcı bir artış söz konusu iken, vasektominin kullanımının hala belli başlı ülkeler dışında yaygın olarak kabul edilebilirliği sınırlıdır. Yeni Zelanda, Avustralya, A.B.D, Çin ve Hindistan dışında diğer ülkelerde kullanımı halen azdır (4). Norplantın ilk klinik denemeleri 1974'de Santiago'da başlamıştır. 1984'de DSÖ, norplantın etkin, geri dönüşümlü, uzun süreli bir doğum kontrol yöntemi olduğu kararını açıklamıştır. 1993'de 1.8 milyon kadına uygulanmış ve 26 ülkede onaylanmış durumdadır (5).

İzmir Konak Doğumevinde 1988 'den bu yana tüp ligasyonu, nisan 1991'den beri vasektomi ve şubat 1994'den itibaren de norplant uygulamaları sürdülmektedir. MR kliniğinde tüm olgulara aile planlaması yöntemleri konusunda bilgi verilmekte ve modern bir yöntem ile korunması sağlanmaktadır. Cerrahi sterilizasyon, istedikleri çocuk sayısına ulaşmış, tıbbi kontrendikasyonu olmayan gönüllü kişilere eşlerinin de rızası alınarak uygulanabilmektedir. Norplant ise; 40 yaşını aşmamış, en az bir çocuğa sahip, tıbbi kontrendikasyonu olmayan, verilen bilgileri anlayabilecek ve 5 yıl boyunca izlenebilecek, İzmir'de oturan kişilere uygulanmaktadır.

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışma, İzmir Konak Doğumevinde 26.4. 1994 ve 6.7. 1994 tarihleri arasında cerrahisterilizasyon, norplant uygulanan toplam 224 olguyu (19 vasektomi, 94 tüp ligasyonu,111 norplant) kapsamına almıştır. 13 vasektomi, 70 tüp ligasyonu, 87 norplant olmak üzere toplam 170 olgu ile görüşülebilmiştir (% 75.9). Bu kişilerin sosyodemografik, doğurganlık özellikleri araştırılmıştır. Bu olgular ele alınarak, MR sonrası aile planlaması eğitimi yapılan çiftler tarafından, gönüllü cerrahi kontrasepsiyonun kabul edilirliği saptanmaya çalışılmıştır. Veriler, yöntemler uygulanmadan önce kişilerle yüzyüze görüşülerek toplanmıştır.

BULGULAR

Tablo 1.'de olguların sosyo demografik özellikleri belirtilmiştir. Vasektomi olgularının % 7.6 'sı, tüp ligasyonu olgularının % 8.6'sı ve Norplant uygulananların % 13.7'si geniş aile içinde yaşamaktadır. Doğurganlık özellikleri Tablo 2.'de izlenmektedir. Olgulara evlendiklerinde eşleri ile sahip olmak istedikleri çocuk sayısını kaç olarak planladıkları sorulduğunda, vasektomi olgularının % 7.7'si, tüp ligasyonu olgularının % '6.5'i ve norplant uygulananların % 5.5 'i bu konuyu hiç kararlaştırmadıklarını ifade etmişlerdir. 170 kişinin %57.4'ü eşleri ile 1-2 çocuk planladıklarını belirtmişlerdir. Olguların daha önce kullanmış oldukları aile planlaması yöntemleri Tablo 3'de görülmektedir. Bu yöntemleri bırakma nedenleri sorulduğunda; % 24.1'i gebelik, % 35.9'u yan etkiler, % 4.5'i bu yeni yönteme geçmeyi belirtirken geri kalan kişilerin nedenleri; güvenli olmaması, kullanım zorluğu, maddi sıkıntı, eşin isteğidir. Kendilerine uygulanan cerrahi kontrasepsiyonun yakınlarına da uygulanıp uygulanmadığı araştırıldığında, tüp ligasyonu uygulananların % 54.3'ünün ve Norplant olgularının da % 41.4'ünün daha önce yakınlarına uygulanması nedeniyle bilgili oldukları anlaşılmıştır. Olgulara,cerrahi kontrasepsiyonun nereden önerildiği sorulmuş ve bu konudaki veriler Tablo 4'de sunulmuştur.

TARTIŞMA

Erkeklerde vasektomi kullanımının düşük olmasının sebepleri;kontrasepsiyonun kadının sorumluluğu olduğunun düşünülmesi, yeterince bu yöntemin bilinmemesi, hekimlerin bu konudaki tutumları vs. olabilmektedir. Vasektomi olgularının % 69.2'sinin Konak Doğumevi'nde bu yöntemi öğrenmiş olması ve tercih etmesi hekimlerin rolünün önemini vurgulamaktadır. Sao Paolo'da yapılan çalışmada da, hekimlerin bu yöntemin kullanımının artışında rolleri olabileceği belirtilmektedir (6). Zimbabwe'de vasektomi konusunda erkeklerle görüşülmüş, sadece % 14.2'sinin vasektomiyi kabul edebilecekleri saptanmıştır (7).

Zaire'de erkeklerin, eşlerinin sterilizasyonuna dahi sadece gebelik ve doğumla ilgili problem olursa razı olabilecekleri saptanmıştır (8). Aberdeen'de cerrahi sterilizasyon olguları ile görüşülmüş ve yöntemin tercih nedenleri sorulmuştur. Vasektomi olgularının, % 24'ü sorumluluğu paylaşmak için, %23'ü eşlerinin kısırlaşmayı istememesi nedeniyle bu yöntemi tercih ettiklerini belirtmişlerdir (9).

Konak Doğumevi olgularından, vasektomi uygulananların yaş ortalamaları 39.5, tüp ligasyonu olgularının yaş ortalaması 33.3 ve ortalama pariteleri ise sırasıyla 2.7 ve 4.1'dir. Nepal'de 1979-83 Sterilizasyon olguları değerlendirildiğinde, vasektomi olgularının ortalama yaşı 33.4, tüp ligastonu olgularının 30.6 olarak tespit edilmiştir. Parite ortalamaları, vasektomi ve tüp ligasyonunda sırasıyla 3.9 ve 4.2 bulunmuştur (10). Brezilya'da yapılan çalışmada da kişinin yaşı ve sahip olduğu çocuk sayısı ile sterilizasyona gönüllü olmaları arasında istatistiksel ilişki saptanmıştır. Gönülllerin 2/3'inin 3 ve fazla çocuk sahibi olduğu saptanmıştır (11).

Vasektomi olgularının çoğunluğunun daha önce etkin bir yöntem kullandığı görülmektedir. Cerrahi konrasepsiyon uygulanmış olan olgularda, daha önce yöntem kullanmama oranının düşük olduğu tablo 3'den de izlenmektedir. Gelişmekte olan 19 ülkenin nüfus ve sağlık araştırmaları verilerine göre, bu ülkelerin 12'sinde kısılaştırma yöntemi uygulanmış çiftlerin 1/3' ünden fazlasının daha önce herhangi bir yöntem kullanmadığı saptanmıştır (12).Nepal çalışmasında bu oran % 65 gibi çok yüksek bulunmuştur (10). 1993 Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) sonuçlarına göre çiftlerin yöntem kullanmama oranı % 37.4'dür (13).

Norplant uygulanan kadınların ortalama yaşı 27.2 ve ortalama pariteleri 2.0'dır. Literatürde de yaş ve parite ortalamalarının düşük olduğu dikkat çekmektedir. Sri Lanka'da ortalama yaş 27, ortalama parite 2.0, Singapur'da aynı hesaplar sırasıyla 29.5 ve 2.1 olarak bulunmuştur (14, 15).

Literatürde norplant çalışmaları incelendiğinde şu bulgular saptanmıştır. Norplant uygulaması için başvuran kadınların ortak nedenleri; uzun süreli kullanılabilir olması , kullanım kolaylığı, gebelik riskinin çok az olmasıdır (16,17, 14). Pek çok ülkede yapılan çalışmalara göre ilk yıl sonunda norplant'a devam oranı ortalama % 80'dir. 4. yıl sonuna ulaşanların oranı ise ortalama % 49'dur (5). Endonezya, Jakarta'da 11 kliniğin 5 yıllık deneyimleri sonucunda 1. yıl sonu devam hızı % 97.5, Singapur'da % 96.0 ve Sri Lanka'da ise % 95.7 olarak belirlenmiştir (18,15,14). Yöntemi bırakma nedenleri arasında ara kanama, lekelenme, kanamanın artışı veya hiç kanama olmaması en başta gelmektedir. Sonuç olarak bütün çalışmalarda norlpantın gelecekte geniş bir kullanım potansiyeline sahip ve kabul edilirliğinin yüksek olduğu anlaşılmıştır (14, 15, 16, 17, 18).

Pek çok yerde cerrahi sterilizasyon ile ilgili hizmetleri insanlar yakınlarından öğrenmektedir. Örneğin Tunus'da kısırlaştırılan kadınların % 60'ının yakınlarından, %29'u sağlık personelinden; Endonezya'da % 40'ı yakınlarından ve % 35'i sağlık personelinden bu yöntemi duymuşlardır (19). Aberdeen'de cerrahi sterilizasyon uygulanmış çiftlerin yarısının tüp ligasyonu uygulanmış kızkardeşi ve 1/5'inin de vasektomi uygulanmış erkek kardeşleri olduğu anlaşılmıştır (9). İzmir Konak Doğumevinde tüp ligasyonu uygulanmış olguların 3/4'ü sağlık personelinin tavsiyesi ile bu yöntemi tercih ettikleri tablodan da görülmektedir. Aile planması konusunda çalışan personelin danışmanlığının önemi bu şekilde dikkati çekmektedir.

İzmir Doğumevinde norplant yönteminin 6 aylık bir geçmişi olmasına karşın, bu 3 aylık dönemde görüşülen kadınların % 41.4'ünün yakınlarında da bu yöntemin uygulanmış olduğunu belirtmeleri dikkat çekicidir. Yapılan diğer çalışmalarda da norplant uygulanmış kadınların yakınlarına yöntemi tavsiye etmelerinin etkin olduğu saptanmıştır. San Francisco Hastanesinde yapılan çalışmada özellikle eğitim düzeyi ve sosyoekonomik durumu düşük olan İspanyol kökenli kadınların yöntemi çok etkin bir şekilde toplum içinde yaydıkları saptanmıştır. Norplant uygulananların % 61'i medya ve yakınlarından bu yöntemi duyarak başvurduklarını ifade etmişlerdir (17). Singapur'da norplant uygulanan kadınların % 97'si, Endonezya'da % 72'si deneyimlerini yakınlarına anlattıklarını belirtmişlerdir (16, 20). Başka bir çalışmada, 1975-78 ve 1982-83 yıllarına ait iki ayrı norplant kohortu karşılaştırılmış ve 2. gruptaki kadınların yöntemi bırakma hızlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu durum, yöntemle ilgili zaman içinde daha fazla deneyim, güven, bilgi kazanmanın sonucu olarak yorumlanmıştır (21).

TNSA'ı sonuçlarına göre kadınların % 76'ının tüp ligasyonunu, % 35.1'inin vasektomiyi ve çalışmanın yapıldığı dönemde ülkemizde uygulanmadığı halde norplantı da % 7'sinin bildiği saptanmıştır (13). Yöntemlerin bilinmesi birinci adım olmaktadır. Yeni doğum kontrol yöntemlerinin etkin olarak sürdürülmesi için aile planması hizmeti veren merkezlerde sağlık personelinin danışmanlık hizmeti konusunda eğitilmesi ve bunun da tüm aile planlaması eğitiminin bir parçası şeklinde sürdürülmesi gerekmektedir (12). Çalışmanın sonucu olarak; MR sonrası yapılacak aile planlaması eğitiminin öneminin ve postabortifcerrahi kontrasepsiyonun uygulanabilirliği ve kabul edilirliğinin fazla olduğu ortaya çıkmaktadır. MR Kliniklerinde cerrahi kontrasepsiyon hizmetinin de entegre edilmesi ile ülkemizde cerrahi kontrasepsiyon olgularının da yaygınlaşarak artacağı anlaşılmaktadır.

TABLO 1. CERRAHİ KONTRASEPSİYON UYGULANAN KİŞİLERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

	VASEKTOMİ N:13 %	TÜP LİGASYONU N:70 %	NORPLANT N:87 %
YAŞ GRUPLARİ(YİL)			
15-19	0.0	1.4	5.7
20-24	0.0	2.9	20.8
25-29	0.0	17.1	37.9
30-34	15.4	30.0	21.8
35-39	30.8	30.0	13.8
40+	53.8	18.6	0.0
TOPLAM	100.0	100.0	100.0
EĞİTİM DURUMLARİ			
OYD	0.0	28.5	3.4
OY	0.0	7.2	0.0
İlkokul	30.8	55.8	58.7
Ortaokul	30.8	5.7	13.8
Lise	7.6	1.4	4.6
Üniversite	30.8	1.4	4.6
Toplam	100.0	100.0	100.0
Mesleki durumları			
Ev Hanımı	0.0	85.7	90.8
İşçi	23.1	8.6	2.3
Memur	38.5	5.7	4.6
Serbest Meslek	38.4	0.0	2.3
Toplam	100.0	100.0	100.0
Eşlerin Yaşları			
20-24	0.0	0.0	4.6
25-29	7.7	4.3	34.5
30-34	38.4	24.3	26.5
35-39	23.1	30.0	19.5
40+	30.8	41.4	14.9
Toplam	100.0	100.0	100.0
Eşlerin Eğitimi			
OYD	0.0	5.7	0.0
OY	7.7	4.3	1.1
İlkokul	38.4	74.4	48.3
Orta	15.4	7.1	23.0
Lİse	7.7	7.1	23.0
Üniversite	30.8	1.4	4.6
Toplam	100.0	100.0	100.0
Aile Geliri(aylık)			
1-4 Milyon	23.1	52.9	33.3
5-9	23.1	35.7	43.8
10-14	7.7	11.4	14.9
15+	46.1	0.0	8.0
Toplam	100.0	100.0	100.0
Evlilik Süreleri(yıl)			
1-4	0.0	1.4	28.7
5-9	0.0	7.1	28.7
10-14	38.4	30.0	27.6
15-19	46.2	35.7	8.1
20+	15.4	25.8	6.9
Toplam	100.0	100.0	100.0

Tablo 2. Olguların Doğurganlık Özellikleri

		Vasektomi N:13 %	Tüp Ligasyonu N:70 %	Norplant N:87 %
Gebelik Sayısı	1	0.0	1.4	18.4
	2	7.7	1.4	26.4
	3	38.4	8.6	25.3
	4	15.5	18.6	13.8
	5	38.4	70.0	16.1
Doğum Sayısı	1	0.0	1.4	31.0
	2	61.5	18.6	48.3
	3	15.4	25.8	13.8
	4	15.4	27.1	4.6
	5	7.6	27.1	2.3
Yaşayan Çocuk Sayısı	1	0.0	1.4	31.0
	2	61.5	22.9	51.8
	3	7.7	32.9	11.5
	4	23.1	24.3	4.6
	5+	7.7	18.5	1.1

Tablo 3. Olguların Daha Önce Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerine Göre Dağılımları

	Vasektomi		Tüp Ligasyonu		Norplant		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%
RİA	7	53.8	28	40.0	18	20.7	53	31.2
Oral KOnt.	2	15.4	15	21.4	20	23.0	37	21.8
Kondom	3	23.1	1	1.4	18	20.7	22	12.9
geri Çekme	1	7.7	18	25.7	24	27.6	43	25.3
Diğer	0	0.0	5	7.2	1	1.1	6	3.5
Kullanmayan	0	0.0	3	4.3	6	6.9	9	5.3
Toplam	13	7.6	70	41.2	87	51.2	170	100.0

Tablo 4. Olgulara Yöntemi Öneren Yere Göre Dağılımları

	Vasektomi		Tüp Ligasyonu		Norplant		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sağlık Ocağı	0	0.0	6	8.6	12	13.8	18	10.6
Konak Doğum.	9	69.2	17	24.3	21	24.2	47	27.6
Diğer Hekimler	1	7.7	2	2.9	2	2.3	5	2.9
Gönüllü Kurul.	0	0.0	28	40.0	9	10.3	37	21.8
Kendiliğinden	3	23.1	17	24.2	43	49.4	63	37.1
Toplam	13	7.6	70	41.2	87	51.2	17	100.0

KAYNAKLAR

1. PATH:" Contraseptive Technologies in development: Many leads, progress slow".Out Look 11(2), 1993

2. Goldberg H. I., Toros A: " The use of traditional methods of contraception among Turkish couples", Studies in Family Planning, 25(2): 122-28, 1994

3. Pollack Ea: " Male and female sterilization", Out Look 11: (1), 1993

4. Ringheim K: " Factors that determine prevalence of use of contraseptive methods for men", Studies in Family Planning, 24(2): 87-99, 1993

5. Population Council: " İntroducing Norplant İmplant in developing countries", Newyork, 1993

6. Bailey P, Castro M , et all: "Physicians' attitudes, recommendation and practice of male and female sterilization", Contraseption, 44 (2) : 191-207 , 1991

7. Mbizvo MT, Adamchak DJ:" Male fertility regulation: A study on acceptance among men in Zimbabwe ", Central African J. of Medicine, 38(2): 52-7, 1992

8. Chibazolonza K, Chirhamolekwa et all. " Attitudes toward tubal ligation among acceptors potential candidates and husbands in Zaire ", Studies in Family Planning, 20(5): 273-80, 1989

9. Thompson B, Mac Gilliuray I. et all.: " Some factors in the choice of male or female sterilisation in Aberdeen" ,J. Biosoc. Sci., 23:359-63, 1991

10. McIntosh NE, Bergen VB, et all:" Recent changes in the sociodemographic profile of sterilization acceptor in Nepal", Int. J. Gynaecol. Obstet., 23:405-11, 1985

11. Lassner KJ, Janowitz B :" Sterilization approval and follow-through in Brasil", Studies in Family Planning, 17(4):188-98, 1986

12 Female Sterilization, Population Reports Series C, Number 10, 1990

13. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 1993, Ön rapor, Hacettepe Üni. Nüfus Etüdleri Enstitüsü.
14. Basnayake S, Shyam T, Balogh S :" Evaluation of safety, efficacy and acceptability of norplant implants in Sri Lanka ", Studies in Family Planning , 19(1): 39-47, 1988
15. Singh K :" Norplant contraceptive subdermal implants: one year experience in Singapore", Contraception, 37(5): 458-69, 1988
16. Sing K, Viegas AC:" Attitudes towards contraceptive implants and injectables among present and former users in Singapore", J. Biosoc. Science, 22:1-11, 1990
17. Darney PD, Atkinson E, Tanner S:" Acceptance and perception of norplants among users in San Fransisko, USA", Studies in Family Planning ,21(3):152-60, 1990
18. Affandi B, Santoso SS, et all. : "Five years experience with norplant", Contraception, 36(4): 417-28, 1987
19. Landry E, " How and why woman choose sterilization : Results from six follow up surveys", Studies in Family Planning, 21(3): 143-51, 1990
20. Decision for norplant programs, Population Reports Series K, Num. 4, 1992
21. Sanchez AF, Brache V, Faundes A:" The clinical performance of norplant implants over time :a Comparison of two cohorts", Studies in Family Planning, 19(2): 118-21, 1992

ADANA İLİ YENİ BARAJ SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE KADINLARIN KONTRASEPTİF YÖNTEM SEÇİMİNDEKİ ETMENLER ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

Dr.Şebnem Atıcı[1], Doç.Dr.Nazan Alparslan[2], Doç.Dr.Gülseren Ağrıdağ[2]

(1) Ç.Ü.Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi
(2) Ç.Ü.Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

ÖZET

Bu çalışmada araştırma bölgesinde oturan doğurgan çağda ve kontraseptif istemiyle ocağa başvuran 250 kadın incelendi.

Veriler yüz yüze yapılan anket yöntemiyle belirlendi.

Amacımız kontraseptif yöntem seçiminde kadınlar üzerine etkili olan etmenleri araştırmaktı. Yöntem seçimine etkili olabilecek faktörler olarak; gebelik sayısı, kadının eğitimi ve çalışması, erkeğin eğitimi ve çalışması, sağlık personelinin etkinliği, yöntem bırakma nedenleri, yöntemi öneren ve belirleyen kişiler alındı.

Sonuçta bu nedenlerin hepsinin geçerli olabileceği, kararların tek bir nedende yoğunlaşmadığı görüldü. Bu nedenle kadına ve eşine eğitimin arttırılmasının, sağlık personeli ile iletişiminin kolaylaştırılmasının aile planlamasının etkin bir şekilde sürdürülmesi için gerekli olduğu kanısına vardık.

GİRİŞ

1920'li yıllarda nüfusu arttırmayı amaçlayan pronatalistik politikalar sonucunda beklenen hızlı nüfus artışı gerçekleşmiş, örneğin 1950 yılında nüfus artış hızının %021.7, 1955 yılında %027.8'e ulaştığı görülmüştür (1). Bu aşırı artışın doğal sonucu olarak meydana gelen sosyal ve ekonomik zararlanmalar daha o yıllarda hızlı çoğalma politikasının değişmesi gerekliliğini ortaya koymuştur.

O dönemden bugüne kadar ülkemizde antenatalistik politikalar izlenmektedir. Bu politikalar sonucunda nüfus artış hızımızda düşüşler olmasına karşın beklenen düzeye erişilememiştir. Bunun bir çok nedeni vardır. Bunlardan bazıları; toplumumuzun genel sosyo-kültürel yapısı, aile planlamasının toplumumuzun bazı değer yargılarına ters düşmesi, erkeklerin aile planlaması konusunda yeterli eğitim almadığı ve ailede aktif rol aldığı icin yanlış yargılarla yönlendirilmiş olması, kadının sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesinin koca-kayınbaba-kaynana üçgeninde kalmış olması, kişilere kontraseptif yöntem sunan sağlık personelinin yöntem seçimi yapan kişiye en uygun yöntemin sunulması konusunda yetersiz kalması olarak sayılabilir(2). Bütün bunların sonucu olarak da etkinliği düşük bir yöntem olan geri çekme Türkiye'de en çok kullanılan yöntem olmayı sürdürmektedir (2,3).

AMAÇ

Biz bu araştırmada kadınların kullandıkları kontraseptif yöntemleri seçerken etkili olan faktörleri araştırmayı amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı bir araştırma niteliğindeki bu çalışmaya Adana ili Yeni Baraj Sağlık Ocağı bölgesinde oturan ve kontraseptif yöntem kullanımı için Kasım 1993 - Nisan 1994 tarihleri arasında ocağa başvuran 250 kadın alınmıştır.

Bilgiler yüz yüze ve kapalı uçlu anket yöntemiyle alındı. Anket eğitilmiş sağlık personeli tarafından yapıldı.

Elde edilen bilgiler SPSS-X paket programı yardımıyla değerlendirildi ve istatistiksel değerlendirmelerde x^2 testi kullanıldı.

Yapılan anket ile; kadının ve erkeğin eğitim düzeyi, çalışma durumu, kadının gebeliklerinin değerlendirilmesi, daha önce ve şimdi kullandığı yöntemleri, kullandığı en son yöntemi öneren ve belirleyen kişiler, eşlerinin yöntem hakkındaki bilgileri ve yöntemi isteme veya istememe nedenleri belirlendi.

Ria, hap ve kondom etkili; supozutuvar, geri çekme ve takvim az etkili yöntem olarak tanımlandı.

BULGULAR

Araştırma bölgesi kentsel yerleşim yeri olup çalışmaya alınan kadınların Adana'da oturum süreleri ortalama 16 yıl idi.

Araştırma kapsamına giren kadınlara ait bazı ortalamalar şunlardı; Yaş 28.7±6.1, ilk evlenme yaşı 19.7±3.4, gebelik sayısı 3.0±2.0, toplam canlı çocuk sayısı 2.2±1.2, ilk doğum yaşı 21.3±3.6, ilk yöntemi kullandığı gebeliği 1.7±1.2. Kadınların %2.0'nın ölü doğumu, %27.2'sinin kürtajı, %9.6'sının düşüğü vardı ve erken neonatal ölümü olan %3.6, çocuk ölümü bulunan %6.0 idi. Çalışmaya alınan kadınlarla ilgili bazı tanımlayıcı bilgiler Tablo 1'de verilmiştir.

Bize yöntem istemeye gelen kadınların büyük çoğunluğu (%53.6) 25-34 yaş grubundaki fertil kadınlar oluşturuyordu. Tüm kadınların 25'i (%10) çalışan kadın, 225'i (%90) ev kadını idi. Eşlerin ise 9'u (%3.6) işsizdi.

Kadın ve erkeğin eğitim sevyesinin gebelik sayısı ile ilişkisi karşılaştırıldı. Hem kadının hem erkeğin eğitim sevyesi yükseldikçe kadının gebelik sayısı azalıyordu (Tablo 2).

Başvuran kadınların daha önce kullandıkları yöntemlerin dağılımı tablo 3'de gösterilmiştir.

Kontrol amacıyla 144 (%57.6), yöntem değiştirmek için 44 (%17.6), ilk kez başvuran 62 (%24.8) kişi vardı. Bunlardan 204'ü (%81.6) etkili yöntem, 20'si (%8.4) az etkili yöntem aldı, 25'ine (%10.0) yöntem uygulanmadı.

Kadınların 154'ü(%61.6) daha önce kullandığı yöntemi değiştirmişti ve bırakma nedenleri içerisinde yan etki gebe kalma ve eşin istememesi ilk üç sırayı alıyordu (Tablo 4).

5 kişi eşinden habersiz yöntem kullanıyordu. 82'si (%32.8) kendisine zarar vermeyeceğini, 71'i (%28.4) uzun süre uygulanabildiğini, 37'si (%14.8) yan etki azlığını, 34'ü (%13.6) uygulama kolaylığını, 3'ü (%1.2) ekonomik olmasını eşlerinin yöntemin seçim nedeni olarak belirtti.

6 eşin yöntemlerr konusunda bilgisinin olmadığı, 8 eşin de yöntem kullanmayı istemediği öğrenildi. Seçilen yöntemi kimin önerdiği ve kimin belirlediğinin dağılımı tablo 5'de gösterilmiştir.

Tablo 1: Çalışmaya alınan kadınlara ait bilgiler. (N=250)

Kadının eğitimi	N	%
Okula gitmemişler	36	14.4
Orta ve ilkokul mezunu	164	65.6
Lise ve yüksekokul mezunu	50	20.0
Eşinin eğitimi		
Okula gitmemişler	12	4.8
Orta ve ilkokul mez.	154	61.6
Lise ve Yüksek okul	84	33.6
İlk doğum yaşı		
-17	28	11.2
18-24	75	70.0
25-32	43	17.2
33-	3	1.2

Tablo:2 Kadın ve erkeğin eğitiminin gebelik sayısı ile karşılaştırılması

Gebelik sayısı	1	2-4	5+
Kadının eğitimi*			
Okula gitmemişler	3(8.3)	23(63.9)	10(27.8)
ilk ve orta okul mezunu	33(20.1)	99(60.4)	32(19.5
lise ve yüksekokul mezunu	18(36.7)	27(55.1)	4(8.2)
Erkeğin eğitimi**			
Okula gitmemişler	-	8(66.7)	4(33.3)
ilk ve orta okul mezunu	29(18.8)	94(61.1)	31(56.6)
lise ve yüksekokul mezunu	25(30.1)	47(56.6)	11(13.3)

*x^2=13.1 sd=4 p<0.05 **x^2=9.0 sd=4 p<0.059

Tablo:3 Başvuran Kadınların daha önce kullandıkları yöntemler

	Kullanmamış	Hap	Ria	Kondom	G.Çek.	Supp.	Tak.	Diğer	TOPLAM
Sayı	50	73	85	73	71	14	5	5	376
%	13.2	19.4	22.6	19.4	18.9	3.7	1.4	1.4	100

Tablo 4: Yöntemlere göre değiştirme nedenleri

	Hap	Ria	Kond.+G.çekme	Supp.	Birkaç	TOPLAM
Yan Etki	16	10	2	1	9	38(23,6)
Düzenli Kullanmama	8	-	16	-	11	35(21,7)
Eşim İstemedi	-	3	26	1	8	38(23.6)
Gebe Kaldım	1		23	-	10	36(22.4)
Diğer	3	6	4	-	1	14(8.7)
TOPLAM	28	21	71	2	39	161(100.0

Tablo 5: Seçilen yöntemi önerenlerle belirleyenlerin karşılaştırılması

	Önerenler				
Belirleyenler	Eş	Kendisi	Birlikte	Sağ.Pers.	TOPLAM
Çevre	13(21.3)	2(9,1)	34(21.9)	2(16.7)	51(20.4)
Akraba	25(41.0)	12(54.5)	28(18.1)	1(8.3)	66(26.4)
Sağ.Pers.	23(37.7)	8(36.4)	93(60.0)	9(75.0)	133(53.2)
TOPLAM	71(100.0)	22(100.0)	150(100.0)	12(100.0)	250(100.)

x^2= 25.08 sd=6 p<0.05

TARTIŞMA

Çalışma sonucunda bulduğumuz yaş, ilk evlenme yaşı ve gebelik sayılarının, ortalamalar İrgil (4) , Açık (5) ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmalar ile uyum göstermektedir.

Yöntem almaya gelenlerin çoğunluğunun oluşturduğu 25-34 yaş grubu Kulu ve ark.(6) ve Özyurda ve Durmuşoğlu'nun yaptıkları çalışmalar ile (7) benzerdir. Bunun nedeni bu yaş grubu kadının yeterli çocuk sayısına ulaşmış olmaları olabilir.

Çalışmamızdaki kürtaj olan kadınların sayısı 68 (%27.2)'dir. Buradan hesaplanan her 100 gebelikte kürtaj sayısı %9.04'dür. Bu Türkiye Nüfus Sağlık Araştırmalarının 1983 yılında %12.1, 1987'de %23.6 olan sonuçlardan daha düşüktür(8). Eğer beyana bağlı olarak hesaplanan rakamımız doğru ise bölgemizde kürtajın aile planlaması yöntemi olarak kullanılmadığını düşünebiliriz.

Yöntem kullanırken gebe kalma geri çekme yöntemi kullanalarda yüksekti. Açık ve arkadaşlarının çalışmalarında da bu gösterilmiştir(5).

Kadının ve erkeğin eğitim sevyesi gebelik sayısını anlamlı olarak azaltmaktadır (Tablo 2). Öztürk ve ark. yapmış oldukları benzer çalışmalarında da eğitimin gebelik sayısını azalttığını saptamışlardır (9).

Yaptığımız araştırma bize yöntem seçiminin kadınlar için pek çok faktöre bağlı olduğunu göstermiştir. Kadınların çoğunun birden fazla yöntem değiştirdiği (%61.1) , değiştirme nedenlerinin en önemlisinin de yöntemin yan etkisi olduğu saptanmıştır. Yöntem değiştirmenin kötü bir şey olmadığı, hiç kimsenin denemeden iyi bir karar veremeyeceği, kişinin durumunun da zamanla değişebileceği ve başka bir yöntemin kendisi için daha uygun olabileceği çeşitli araştırmalarda bildirilmiştir (3). Tek bir yöntemde ısrar etmek , bu yöntemin kendisine uygun olmadığını farkeden kişi için yöntemi güven duymadan ve yanlış biçimde kullanmayı doğurabilir. Bu da yöntemin gebeliği önleme başarısını azaltabilir (6,3).

Yöntemi yan etkisi nedeniyle bırakmanın yüksek olmasının bir başka çıkarımı şu şekilde yapılabilir; çevre ve akraba önerisi ile yönteme başvuranların ki ggrubun %56.4 'nü kapsamaktadır, yöntemlerin etkilerinden haberleri olmadan bu seçimi yapmaktadırlar. Diğer bir etkende sağlık personelinin yöntem kullanımı ve yan etkileri konusunda kadını başlangıçta eksik eğitmesi olabilir.İrgil ve arkadaşları da çalışmalarında kadınların yöntemleri değiştirme eğiliminde olduklarını saptamışlar, bununda etkin bir aile planlaması eğitimi ve hizmeti ile değisebileceğini işaret etmişlerdir(4).

Kullanılan yöntemi kim belirledi sorusuna 155 kişi (%62.0) eşi ile beraber 61 kişi (%24.4) eşi, 22 kişi (%8.8) kendisi, ve sadece 12 kişi (%4.8) sağlık personeli olarak cevapladı. Oysa 133 kişiye sağlık personelinin önerisi olmuştur. Bu ,sağlık personeli önerse de kadınların eşlerine öneriyi ileterek kararı birlikte oluşturduklarını ve eşlerin yöntem seçimine katılımını göstermektedir. Bizim bu saptamamız topluma dayalı aile planlaması hizmetlerini organize eden İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı tarafından belirlenmiş ve proje kapsamına, erkeklere yönelik eğitim çalışmalarının da alınacağı belirtilmiştir (10).

Sağlık personelinin belirleyici olması ancak bir sorun olduğunda gereklidir, eşlerin birlikte karar verdiklerini bulmamız iyi bir danışmanlık hizmeti yapıldığının göstergesidir.

Erkeklerin yöntem seçimindeki tercih nedenleri arasında en yaygınının kendisine zarar vermemesinin olması (%34.0) erkeklerin aile planlaması konusundaki bilgi eksikliklerini,aile planlaması uygulamasında aktif rol oynamaktan kaçındıklarını gösterebilir.

SONUÇ

Sonuç olarak, bölgemizde kontraseptif yöntemlerin sürekli kullanımı sırasında pek çok yöntemin değiştirildiğini saptamış olduk. Değiştirme nedenlerinin en önemlilerini de yan etki, düzenli kullanamama, gebe kalma olarak belirledik. Kadının öğretiminin yükseltilmesi , eşlerinin aile planlaması konusunda eğitimlerine önem verilmesi, sağlık personeliyle iletişimin arttırılması ile kişiler kendilerine en uygun yöntemi belirleyeceklerdir. Bu da aile planlamasının başarısını yükseltecektir.

KAYNAKLAR

1-Tümerdem, Y. Halk sağlığı I. İstanbul 1992

2-Akşit, B. Türkiye'de Kadın Sağlığı Üzerine Bazı Saptamalar Türk Tabibler Birliği Kongresi Kitabı. 8-12 Mart 1992 s: 110-113

3-Neyzi,O. Anne ve Çocuk Sağlığında Öncelikler. Nobel Tıp Kitabevi 1994 s:86

4-İrgil, E. Bilgel, N. Mudanya ilçesinde 15-44 yaş grubundaki evli kadınlarda aile planlaması yöntemi kullanma sıklığı ve buna etki eden faktörler. III. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Özet Kitabı.S:91

5-Açık, Y. Sezer, E. 15-49 yaş grubu evli kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemleri ve aile planlamasına ilişkin bilgi tutumları. III. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Özet Kitabı.

6-Kulu, İ. Hancıoğlu, A. Ergöcmen, B. Türkiye'de Gebeliği Önleyici Yöntemlerin Kullanımında Başarısızlık Hızları. Nüfus Bilim Dergisi 1991,13,3-11.

7-Özyurda,F. Durmuşoğlu, M. Park Eğitim Sağlık Ocağı Bölgesinde Kadınların Aile Planlaması Konusundaki Bilgi , Tutum ve Davranışları.Nüfus Bilim Dergisi 1989,11,61-75

8-1988 Turkish Population and Health Survey, Hacettepe University İnstitute of Population Studies Ankara,1989.

9-Öztürk, S. ve diğerleri, Bayburt ilindeki 15-44 yaş arasındaki evli kadınlardaki aile planlaması. III. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Özet Kitabı.

10-İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı Dergisi, Ağustos 1992 yıl:1 Sayı:55 s:1

TÜRKİYE'DE GELENEKSEL YÖNTEM KULLANIMINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Dr.Gül ERGÖR

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.

ÖZET

Ülkemizde geleneksel yöntem kullanımının özellik göstermesi nedeniyle, etkileyici faktörler araştırılmıştır. Sosyo-demografik özelliklerden yaş, eğitim durumu, yaşanılan bölge ve yerleşim yeri özellikleri (kır-kent), doğurganlık özelliklerinden daha önceki düşük, isteyerek düşük ve ölü doğum özellikleri incelenmiştir. Bu faktörler içinden 35 yaş üzerinde olanların, okur-yazar olmayanların, Kuzey Anadolu bölgesinde yaşayanların geleneksel yöntem kullanımı yönünden daha riskli grup oluşturdukları odds ratio ve %95 güven aralıkları ile saptanmıştır. Bu gruplara aile planlaması danışmanlığında öncelik vermek ve hizmet götürmek gereklidir.

GİRİŞ

Aile planlaması hizmetlerinin başarısı en çok kontraseptif prevalansı ile ölçülür. Ülkemizde 1993 'de kontraseptif yöntem kullanan evli kadınların oranı % 63 dür. Fakat modern yöntemler diye adlandırılan etkinliği yüksek yöntemlerin kullanımı biraz daha yüksek olmakla birlikte neredeyse yarı yarıyadır. İtenen ise yöntem kullananların büyük çoğunluğunun modern yöntem kullanmasıdır (1.). 2000 yılına kadar aile planlamasında etkili yöntem kullanımını % 70'e yükseltmek ulaşılması istenen hedefler arasındadır (2).

Geleneksel yöntemler, başlıca da geri çekme Türkiye'de her yaşta ve bölgede uzun yıllardır kullanılmaktadır ve modern yöntemlerin yaygınlaştığı son yıllarda da hala geçerliliğini korumakta hatta artış göstermektedir. İtalya'da çiftlerin % 29 u, Fransa'da %17.6 sı geri çekme yöntemini kullanmaktadır. Daha az olarak İngiltere'de % 5, Brezilya'da % 4 ve diğer ülkelerde çok düşük düzeylerde kullanılmaktadır (3).

Ülkemizde nüfus sorunlarına antinatalist yaklaşım yerleştiği yıllarda, doğurganlık ve aile planlaması yöntemlerine ait davranışlar hakkında veri toplama gereksinimi de hissedilmiştir. Bu nedenle ilk araştırma 1963 yılında Sağlık Bakanlığınca gerçekleştirilmiştir. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdleri Enstitüsü'nün kurulmasından sonra bu araştırmalar ilki 1968'de olmak üzere 5 yılda bir tekrarlanmıştır. Türkiye'nin fertilite ve aile planlaması konusunda en yaygın kullanılan ve güvenilir verileri bu araştırmalarla elde edilmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Türkiye'de kullanılan aile planlaması yöntemlerini belirleyen etkenlerin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmada 1978, 1983 ve 1988 araştırma verileri kullanılmıştır. Bu verilerin ayrı bilgisayar sistem kütükleri (file) halinde olması nedeniyle önce bu kütükler ASCII kütükleri haline dönüştürülmüştür. Daha sonra tüm araştırmalarda değişkenlerin aynı yerleşim düzeninde ve eşit kolon uzunluğunda olması sağlanarak., en son aşamada da tüm araştırma kütükleri birleştirilmiş, 15 086 kayıt (record) ve 80 değişkenden oluşan tek bir kütük haline getirilmiştir.

Araştırmanın amacı geleneksel yöntemleri modern yöntemlere tercih edenlerin özelliklerini belirlemek ve incelenen özelliklerden risk faktörü olanları saptamaktır. Kadınların araştırma sırasındaki kullandıkları yöntemler (halen kullanılan yöntem) incelenmiştir, geleneksel yöntem olarak geriçekme, takvim, abstinens ve duş yöntemleri , modern yöntem olarak da RİA, hap, kondom, fitil-jel, tüp ligasyonu ve vazektomi yöntemleri alınmıştır. Araştırmaya alınan diğer değişkenler yaş, eğitim, daha önceki kendiliğinden düşük , isteyerek düşük , ölü doğum , yaşanılan coğrafi bölge, kır/kent yerleşimi ve araştırmanın yapıldığı yıldır. Geleneksel yöntem kullanımını belirleyen faktörleri incelemek amacıyla yöntem kullanan kadınlar içinden modern yöntem kullananlar kontrol grubu olarak belirlenmiştir. Diğer bir deyişle yöntem kullanan tüm kadınlar evren kabul edilerek geleneksel yöntem kullananlar vaka grubu, modern yöntem kullananlar da kontrol grubu olarak seçilmiş, risk faktörleri belirlenmiştir.

Analizlerde önce geleneksel yöntem kullanımında değişkenlerin tek başına etkilerine bakılmıştır (univariate analysis). Daha sonra çok değişkenli analiz yöntemerinden logistic regression ile, bu değişkenlerin bir aradaki etkileri elde edilmiştir. Tüm kategorik değişkenler için referans grupları belirlenerek kategori sayısından bir eksik sayıda "dummy" değişkenler yaratılarak backward elimination yöntemiyle son modele ulaşılmıştır. Odds ratio ve güven aralıkları hesaplanmıştır (4). Verilerin analizinde SAS paket programı kullanılmıştır (5).

BULGULAR

Modern ve geleneksel yöntem kullananlarda yaş dağılımına bakıldığında 1983 ve 1988 de en sık modern yöntem kullanımını 25-29 yaş grubunda görlürken 1978 yılında benzer durum görülmemektedir ve hiç bir yaş grubu geleneksel yöntem kullanmak yönünden 25-29 yaş grubuna göre daha fazla risk taşımamaktadır. 1983 yılında, 35-39 yaşdan itibaren geleneksel yöntem kullanma yönünden giderek artan bir rısk görülmektedir ve bu risk 45-49 yaşta 2.4 kat fazla olmaktadır. 1988 yılında ise 25-29 yaş grubuna göre tüm yaşlarda geleneksel yöntem kullanma riski daha fazladır. Bu risk 15-19 yaşta 2.8 kat iken yine 30-34 yaştan itibaren yükselerek 45-49 yaşta 2.5 kat olmaktadır.

Eğitimin geleneksel yöntem kullanımı üzerine etkisi 1978 ve 1983 yıllarında görülmezken, 1988 yılında okur yazar olmayanların üniversite mezunlarına göre geleneksel yöntem kullanma riski 3.3 kat olarak bulunmuştur; giderek azalmakla birlikte tüm eğitim gruplarında risk artışı görülmektedir.

Sahip olunan çocuk sayısının etkisi incelenirken 1-2 çocuğu olanlara göre hiç çocuğu olmayanların geleneksel yöntem kullanma riski 1983 de ve 1988 de 2.5 kat daha fazladır. 1988 de 5 ve daha fazla çocuğu olanların riski ise 1.35 kat olarak bulunmuştur. Kendiliğinden düşük yapmış olmanın geleneksel yöntem kullanımını, hiçbir yılda etkilemediği görülmüştür. İsteyerek düşük yapmış olmak tüm yıllarda geleneksel yöntem kullanımını azaltıcı bir faktör olarak ortaya çıkmıştır. 1983 ve 1988 de 1 düşük yapmış olmak 0.72 ile, azaltıcı bulunurken 2 düşük yapmış olmak daha da koruyucu olarak 0.64 bulunmuştur. Geçmişteki ölü doğumlar ele alındığında sadece 1978 yılında bir kez ölü doğumu olanların, olmayanlara göre 1.7 kat daha fazla geleneksel yöntem kullandığı belirlenmiştir. Diğer yıllarda ölü doğum yapmış olmanın etkisi görülmemiştir (Tablo 1).

Yaşanılan bölgenin etkisine bakıldığında yıllara göre değişen özellikler görülmektedir. 1978 yılında Orta Anadolu da yaşamak Batı bölgesine (referans grup) göre geleneksel yöntem kullanımında koruyucu bulunmuştur, diğer bölgelerde bir risk oluşturmamaktadır. 1983 yılında Orta ve Doğu Anadolu Batıya göre geleneksel yöntem kullanımını azaltıcı özelliktedir. 1988 yılında ise tüm bölgeler batıya benzerlik gösterirken Kuzey Anadolu bölgesinde yaşyanlar 1.5 kat daha fazla geleneksel yöntem kullanmaktadırlar. Yaşanılan yerleşim yeri büyüklüğünün etkisi incelendiğinde nüfusu 2000'in altında olan yerlerde geleneksel yöntem kullanma riskinin arttığı gözlenmektedir. Kır-kent ayrımı yapıldığında 1978 yılında kırda yaşamanın geleneksel yöntem kullanımını 1.6 kat arttırdığı görülürken 1983 de bu risk 1.2 ye düşmektedir, 1988 de ise 1.3 e ulaşmaktadır.

Logistic Regression Bulguları :

Modern ve geleneksel yöntem kullanımını belirleyebilecek değişkenlerin tek tek (univariate) analizinden sonra bu değişkenlerin birbirleriyle kontrol edilerek, birlikte etkilerini ölçmek amacıyla logistic regression yöntemi uygulanmıştır. Bu analizde kullanılan değişkenlerin açıklaması aşağıda görülmektedir (Tablo 2).

Önce regressyon modeline tüm değişkenler konulmuştur. Bu değişkenler içinden kır, düşük, ölü doğum önemsiz bulunduğundan "backward elimination" yöntemiyle sırasıyla modelden çıkarılmıştır. Genç değişkeni de önemsiz bulunmasına rağmen, bu değişkenin yaş değişkeninin bir kategorisi olması nedeniyle model dışına çıkarılmamıştır. İlk modelden elde edilen odds ratio değerleri, önemsiz değişkenlerin çıkarıldığı modelde de aynı kalmıştır (Tablo 3). Bu da çıkarılan değişkenlerin modele bir katkısı olmadığını göstermektedir.

Son modele göre 35 yaşın üzerinde olmanın, okur yazar olmamanın, kürtaj olmamanın, Kuzey Anadolu'da yaşamanın, 1978 ve 1983 yıllarının geleneksel yöntem kullanımı yönünden risk arttırıcı etkileri olduğu; buna karşın ilkokul üstü eğitim görmenin, Güney, Orta ve Doğu Anadolu bölgelerinde yaşamanın geleneksel yöntem kullanımını azaltıcı etkisi olduğu bulunmuştur.

Yaş değişkeni univariate analizde 1978 yılında önemsiz olmasına karşın modele girememiştir. Kır değişkeni 1978 yılında 1.6 kat 1988 yılında da 1.3 kat riskle önemli olmasına rağmen diğer değişkenlerin kontrol edildiği logistic modelde önemli bulunmamıştır.

TARTIŞMA

Geleneksel ve Modern Yöntem Kullanımı

1968 yılında evli kadınların % 63 ü hiçbir yöntem kullanmazken, yıllar içinde düzenli bir düşüş göstererek 1988 de % 19 a inmiştir. Bu sevindirici bir sonuçtur; ama aile planlamasında gelinen yeri değerlendirirken yöntem kullananların dağılımını da göz önüne almak gereklidir. Modern yöntem kullanımı (ever-use) 1968 de % 4 den 1973 de % 22 ye, 1978 de % 34 e, 1983'de büyük bir artışla % 48 e ve 1988 de % 60 a yükselmiştir. Fakat bununla birlikte 1973 den beri doğurgan çağdaki kadınların % 20 si yanlızca geleneksel yöntem kullanmaktadır.

Geleneksel Yöntem Kullanımını Etkileyen Faktörler

Modern ve geleneksel yöntem kullanımları ayrı ayrı irdelendikten başka, araştırmanın bir amacı da geleneksel yöntem kullananları, modern yöntem kullananlarla karşılaştırarak; bazı değişkenlerin risk faktörü olarak etkisinin belirlenmesi idi.

Temel demografik değişkenlerin ve daha önceki doğurganlık öyküsünün etkisi çok değişkenli analiz sonucu incelendiğinde 35 yaşın üzerinde olamanın (OR=1.7), okur yazar olmamanın (OR=1.2), ilkokul üstü eğitimi olmanın (OR=0.8), kürtaj olmamanın (OR=1.3),bölgelerden Güney, Orta ve Doğu Anadolu'nun (OR=0.8), Kuzey'in (OR=1.2), 1978 yılının(OR=1.7), 1983 yılının (OR=1.1); geleneksel yöntem kullanımında önemli etkileri olduğu saptanmıştır.

Bu faktörlerin etkileri çok yüksek olmamasına karşın, hepsi önemli bulunmuştur. Bunu sağlayan analizin oldukça büyük bir sayı üzerinde yapılmış olmasıdır. Ayrıca bu örneklem tüm ülkeden seçilmesi nedeniyle değişkenler yönünden yeterli varyasyonu gösteren bir örneklemdir.

Dikkat edilmesi gereken bir başka nokta, geleneksel yöntem kullananların karşılaştırıldığı grubun modern yöntem kullananlar olmasıdır. Sonuçta her iki grup da aile planlaması konusunda motive olmuş, herhangi bir yöntem kullanmayı kabul etmiştir. Bu nedenle ortak bir çok yönleri vardır. Belki araştırma sırasında modern yöntem kullanan bir kadın daha önce geleneksel yöntem kullanmış veya tersi de geçerli olarak, araştırma sırasında geleneksel yöntem kullanan bir kadın daha önce modern yöntem kullanmış olabilir. Buna rağmen yukarıda sayılan etmenler, risk arttırıcı veya azaltıcı faktörler olarak bulunmuştur.

Analizde kullanılan referans grupları da bazı değişkenler açısından farklı etkiler yaratmış olabilir. Örneğin Batı bölgesinin referans olarak seçilmesi, iki büyük ili kapsadığı için en olumlu göstergelere sahip olduğu varsayımındandır. Oysa özellikle son on yıldaki gecekondulaşmanın etkisi ile artık göstergeleri düşüş kaydetmektedir. Zaten sonuçlarda da bunu görmek mümkündür, Kuzey hariç tüm bölgeler Batı'ya göre geleneksel yöntem kullanımında azaltıcı etki göstermiştir.

Kırsal alanda yaşamak, tüm diğer değişkenlerin kontrol edildiği modelde önemli bulunmamıştır. Bu da artık Türkiye'de kır kent farkının sağlık hizmetleri yönünden çok önemli olmadığının bir göstergesi sayılabilir. Ayrıca kentlere yakın zamanlarda göç edenlerin, kültürel olarak kırsal özelliklerini sürdürdükleri de söylenebilir. Artık kır-kent ayrımından çok bölge farklılıkları daha ön plana çıkmaktadır.

İsteyerek düşük yapmış olmanın geleneksel yöntem kullanımı yönünden koruyucu bir faktör olması da, kürtaj olan kadının aile planlaması konusunda yüksek motivasyonu olması ve sağlık hizmetinden de yararlanarak modern yöntem kullanmaya başlamasıyla açıklanabilir. Daha önce Bulut'un yaptığı araştırmada da geri çekmeyi kullanan kadınların kürtaj sonrası RIA yı daha kolay kabul ettikleri ortaya konmuştur. (6)

Kuzey bölgesindeki geleneksel yöntem kullanımının fazlalığı da dikkat çekicidir. Bu yöre halkının aile planlamasından yana olmaları, fakat geleneksel yöntemleri tercih etmelerinin nedenleri konusunda daha ayrıntılı çalışmaların yapılması gerekmektedir. Daha önce yapılan bir çalışmada, geri çekme yönteminin başarısızlık hızları hesaplandığında bölgelere göre önemli farklar bulunduğu ve Kuzey bölgesinde bu hızların en düşük olduğu (% 11.7) belirlenmiştir (7). Bu yöntemin bu bölgede diğer bölgelere göre "başarıyla" uygulanması yöntemin daha çok tercih edilmesinin bir nedeni olabilir. Doğu bölgesinin geleneksel yöntem kullanımını azaltıcı olmasının nedeni ise; bu bölgedeki yüksek yöntem kullanmama ve geleneksel yöntem kullanımının da çok düşük olması dolayısıyla göreceli olarak modern yöntem kullanımın daha fazla olmasına bağlıdır.

Otuzbeş yaşın üzerinde olanların geleneksel yöntemi daha çok benimsemeleri daha önce de bazı araştırmalarda önemli bir faktör olarak bulunmuştur. Eğitimin modern yöntemleri tercihinde olumlu etkisi de yine daha önceki çalışmalarda da belirlenmiştir (8,9). Goldberg ve Toros'un yaptığı incelemede, kadınların geleneksel ve modern yöntemlerin güvenirliği konusunda fark görmedikleri ve bunun da geleneksel yöntem kullanımınında önemli bir faktör olabileceği düşünülmüştür (10).

Sonuç olarak geleneksel yöntem (geri çekme) kullanımı ülkemizde uzun yıllardır devam eden ve son yıllarda da artan bir olgudur. Dünyada geri çekmenin en yüksek kullanıldığı ülkelerden biri Türkiye'dir (3). Bu yöntemin kullanımında hizmete ulaşamamanın önemli rol oynadığı ileri sürülmüşsede bu olayın nedenleri daha farklı boyutlardadır ve ileri incelemeye değer görülmelidir. İslam dininin aile planlaması yöntemi olarak geri çekmeyi önermesi de kullanımda bir etmen olabilmesine karşın, birçok İslam ülkesinde bizim ülkemize yaklaşan oranlarda kullanılmamaktadır. (11) Hizmetin yıllar içinde yaygınlaşmasına rağmen bu yöntem azalmamış tersine artış göstermiştir. Bu yöntemin bazı gruplar tarafından başarıyla uygulanması sağlık personelinin tüm karşı savlarını belki de çürütmektedir. Ayrıca diğer yöntemler konusunda iyi danışmanlık hizmeti verilmemesi, yani kişilere tüm yöntemlerin seçenek olarak sunulması kişiye özel bir yaklaşımla yapılamaması, çoğunlukla tek yöntem olarak RIA'nın önerilmesi, modern yönteme geçiş çabalarını zedeleyen etmenler olabilmektedir. Geleneksel yöntemlere tümüyle karşı çıkmak yerine, gebelik riski yüksek olan kadınlarda bu yöntemden uzak durulması gerekçeleriyle birlikte anlatılmalıdır; ama bunun yanında, doğurganlığın düştüğü yaşlarda belki daha etkin olarak kullanılabileceği de düşünülmelidir. Halkın sağlık eğitimi konusunda önemli çaba harcamak gerekirken, sağlık personelinin de gelişen bilgilerle sürekli eğitiminin sağlanması şarttır. (12)

SONUÇ VE ÖNERİLER

Temel demografik değişkenlerin ve daha önceki doğurganlık öyküsünün geleneksel yöntem kullanımına etkileri, çok değişkenli analiz ile incelendiğinde 35 yaş üzerinde olmanın (OR=1.7), okur yazar olmamanın (OR=1.2), ilkokul üstü eğitimi olmanın (OR=0.8), kürtaj olmamanın (OR=1.3), bölgelerden Güney, Orta ve Doğu Anadolu'nun (OR=0.8) , Kuzey'in (OR=1.2), 1978 yılının (OR=1.7), 1983 yılının (OR=1.1); önemli etkileri olduğu saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda geleneksel yöntem kullanan grupların belirlenerek onlara özel yaklaşımlar getiren programların hazırlanması; uzun vadeli başarı sağlanması için danışmanlık hizmetine önem verilerek tüm birimlere yerleştirilmesi; kadının iş gücüne katılımını sağlamak, eğitim olanaklarını arttırmak gibi doğurganlığı etkileyecek faaliyetlere öncelik verilmesi önerilir.

Aile planlaması yöntemlerinin kullanımının artması tümüyle sağlık hizmetlerinin başarısı olmadığı gibi, geleneksel yöntemlerin yaygın kullanılması da yine sağlık hizmetlerinin başarısızlığı şeklinde yorumlanmamalıdır. Aile planlaması olgusunun toplum tarafından kabul edilmesi çok etmenli bir süreçtir. Toplumun genel eğitiminin artması, ekonomik düzeyinin iyileşmesi ve kadının statüsünün yükselmesi gerçekleştikçe, bu süreç hızlanacak; aile planlaması hizmetlerinin gelişmesi de bu sürecin hızlanmasını sağlayacaktır.

TABLO I. Araştırma Sırasında Modern ve Geleneksel Yöntem Kullananların Bazı Özelliklerinin Odds Ratioları ve % 95 Güven Aralıkları

	1978		1983		1988	
	OR	%95 GA	OR	%95 GA	OR	%95 GA
YAŞ						
15-19	0.76	0.40-1.43	1.36	0.79-2.36	2.83*	1.53-5.26
20-24	0.85	0.60-1.20	1.01	0.78-1.32	1.38*	1.08-1.75
25-29	ref	-	ref	-	ref	-
30-34	0.86	0.62-1.18	0.91*	0.72-1.15	1.27*	1.03-1.56
35-39	1.27	0.90-1.80	1.31*	1.03-1.67	1.34*	1.07-1.67
40-44	1.37	0.94-1.99	1.95*	1.46-2.61	2.00*	1.55-2.57
45-49	1.57	0.94-2.66	2.39*	1.59-3.59	2.50*	1.78-3.52
BÖLGE						
Batı	ref	-	ref	-	ref	-
Güney	0.74	0.52-1.06	0.80	0.62-1.04	0.89	0.70-1.13
Orta	0.61*	0.47-0.80	0.74*	0.60-0.90	1.05	0.88-1.26
Kuzey	1.16	0.79-1.70	1.12	0.87-1.44	1.47*	1.15-1.89
Doğu	0.87	0.60-1.28	0.69*	0.51-0.94	0.96	0.77-1.21
İSTEYEREK DÜŞÜK						
0	ref	-	ref	-	ref	-
1	0.68*	0.51-0.90	0.72*	0.58-0.90	0.72*	0.58-0.90
2	0.88	0.58-1.35	0.64*	0.46-0.88	0.64	0.46-0.88
3 ve üzeri	0.74	0.47-1.17	0.90	0.63-1.28	0.90	0.63-1.28

TABLO 2 Modelde Kullanılan Regresyon Değişkenleri

GENÇ	15-19 yaş	kategorik
YAŞLI	35 yaşın üzerinde	kategorik
	20-34 yaş	referans
EGTX	Okur yazar olmayanlar	kategorik
EGTXX	Orta okul ve üstü	kategorik
	İlkokul	referans
DÜŞÜK	Kendiliğinden düşüğü olanlar	var/yok
KÜRTAJ	İsteyerek düşüğü olmayanlar	var/yok
ÖLÜ	Ölü doğumu olanlar	var/yok
GÜNEY	Güney Anadolu Bölgesi	kategorik
ORTA	Orta Anadolu Bölgesi	kategorik
KUZEY	Kuzey Anadolu Bölgesi	kategorik
DOĞU	Doğu Anadolu Bölgesi	kategorik
	Batı Anadolu Bölgesi	referans
KIR	Kırsal alan	kategorik
	Kentsel alan	referans
YIL3	1978	kategorik
YIL4	1983	kategorik
	1988	referans

TABLO 3. Önemli Değişkenlerin Yer Aldığı Son Model (Reduced Model).

Değişken	Regresyon Katsayısı	Standart Hata	Wald Ki-kare	P-değeri	Odds Ratio	% 95 GA
INTERCEPT	-0.1723	0.0639	7.2708	0.0070	-	-
GENÇ	0.0438	0.0659	0.4411	0.5066	*	-
YAŞLI	0.5381	0.0651	68.2591	0.0001	1.71	1.60-1.83
EGTX	0.1832	0.0559	10.7432	0.0010	1.20	1.14-1.27
EGTXX	-0.2720	0.0696	15.2544	0.0001	0.76	0.71-0.82
KURTAJ	0.2671	0.0534	25.0199	0.0001	1.31	1.24-1.38
GÜNEY	-0.2333	0.0798	8.5444	0.0035	0.79	0.73-0.86
ORTA	-0.2393	0.0604	15.6699	0.0001	0.79	0.74-0.84
KUZEY	0.1459	0.0814	3.2137	0.0730	1.16	1.07-1.26
DOĞU	-0.2689	0.0834	10.4027	0.0013	0.76	0.70-0.83
YIL3	0.5494	0.0638	74.0344	0.0001	1.73	1.63-1.85
YIL4	0.1308	0.0540	5.8663	0.0154	1.14	1.08-1.20

* Genç değişkeninin p değeri önemsiz olduğu için odds ratio hesaplanmamıştır.

KAYNAKLAR

1. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Hacettepe Nüfus Etüdleri Enstitüsü, Demographic Health Surveys, Macro International, Inc.,
2. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Dökümanı, 1994.
3. Hatcher, R.A., et al. Contraceptive Technology, International Edition, Printed Matters Inc., Atlanta, 1989.
4. Hosmer, D.W., Lemeshow, S. Applied Logistic Regression. Wiley-Interscience Publication, USA, 1989.
5. SAS Supplemental Library User's Guide, SAS Institude, Inc., NC, 1983.
6. Bulut, A. " Acceptance of Effective Contraceptive Methods After Induced Abortion". Population Reports, Vol. 15, No. 6: 281-284, 1984.
7. Kulu-Glasgow, I., Hancıoğlu, A., Akadlı-Ergöçmen, B. "Türkiye'de Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımında Başarısızlık Hızları". Nüfus Bilim Dergisi, Vol. 13: 3-11, 1991.
8. Peker, M. "Türkiye'de Gebeliği Önleyici Teknik Kullanımını Etkileyen Faktörler". Aile Yazıları 6, Nüfus ve Aile Planlaması. T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu, Yayın No. 5/6: 389 - 411; 1991.
9. Bulut, A., Çilingiroğlu, N., Bertan, M. "Is Withdrawal a Handicap for Fertility Regulation ?" Turkish Journal of Population Studies, Vol. 8: 45 -55, 1986.
10. Goldberg, H.I., Toros, A. "The Use of Less Effective Methods of Contraceptives Among Turkish Couples". APHA Conference, Atlanta, 1992.
11. Aile Planlaması ve İslam Dini, Türkiye Aile Planlaması Derneği, Yayın No: 24, Anakara, 1985.
12. Bertan, M., Özcebe, H. "Türkiye'de Nüfus ve Sağlık", Türkiye'de Nüfus Konuları, Politika Öncelikleri, HÜNEE, 1993.

15-49 YAŞ GRUBU EVLİ MEMUR VE İŞÇİ KADINLARIN AİLE PLANLAMASI KONUSUNDAKİ BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARI

Dr. Fevziye Çetinkaya* Prof. Dr. Mualla Aykut* Prof. Dr. Yusuf Öztürk*

*Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ÖZET

Kayseri İli'nde kadın memur ve işçi sayısı fazla olan 3 vergi dairesi ve tekstil fabrikasında çalışan kadınlardan 101 memur ve 85 işçi kadın araştırma kapsamına alınmıştır. Bilgiler anket yöntemiyle toplanmış ve bilgisayarda değerlendirilmiştir.

Araştırma sonucunda; işçi kadınların ilk evlenme ve ilk gebelik yaşları memurlara göre daha erken, toplam gebelik, canlı doğum ve yaşayan çocuk sayıları ve düşük yapma durumu, memurlara göre daha yüksek bulunmuştur. İşçi kadınların aile planlaması yöntemlerini bilme ve kullanma oranı memurlara göre düşük bulunurken, yöntem kullanan işçi kadınların kullandıkları yöntemi en fazla sağlık ocağından, memurların ise özel doktordan sağladıkları saptanmıştır.

GİRİŞ

Aşırı doğurganlık ana ve çocuk sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle aile planlaması konusu dünyada ve ülkemizde güncelliğini korumaktadır.

Ülkemizde yapılan son nüfus ve sağlık araştırmasına göre (1) evli kadınların % 34.5'i modern bir aile planlaması yöntemi, % 28.1'i geleneksel bir yöntem kullanırken % 37.4'ü hiçbir yöntem kullanmamaktadır. Kadınların eğitim düzeyi ve ekonomik durumu; yöntem kullanmalarını ve aile planlaması konusundaki bilgi ve tutumlarını etkilemektedir.

Ülkemizde çalışan kadın sayısı gün geçtikçe artmaktadır. Kadınların çalışma hayatına girmesi ile eğitim ve ekonomik düzeyde artış görülürken aile planlamasına ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarda da farklılıklar beklenir.

Çalışma hayatına girmiş olan memur ve işçi kadınların aile planlaması konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmek amacıyla bu araştırma gerçekleştirilmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma Kayseri İli'nde kadın memur ve işçi sayısı fazla olan Erciyes, Kaleönü, Mimar Sinan Vergi Daireleri ve Atlas Halı, Birlik Mensucat, Sümerbank Pamuklu Dokuma Fabrikalarında Çalışan 15-49 yaş grubu evli kadınlar üzerinde yapılmış tanımlayıcı bir araştırmadır.

İzin, rapor ve araştırmaya katılmayı reddetme nedenleriyle, araştırma evrenini oluşturma 140 memur kadından 101'i (%72), 115 kadından 85'i (%74) araştırma kapsamına alınmıştır.

33 soru içeren anket formu okur yazar olmayan kadınlara anketör tarafından sorular yöneltilerek, diğer kadınlara dağıtılarak doldurtulmuş, elde edilen veriler bilgisayarda değerlendirilmiştir. Verilerin İstatistiki analizinde Khi kare testi ve Varyans analizi kullanılmıştır.

BULGULAR

Memur kadınların yaş ortalaması 31.21±5.29, işçi kadınların yaş ortalması 33.04±6.84'dür (t=1.67 p>0.05) (Tablo 1).

Memur kadınlardan % 46'sının kocası lise, % 50'sinin ki yüksek öğrenimli iken işçi kadınlardan % 46'sının kocası ilkokul mezunu, % 31' orta ve üzeri eğitim görmüşlerdir. Memur kadınlardan % 62'sinin kocası memur, %19'unun işçi iken, işçi kadınların %39'unun kocası işçi, %18'ninki de memurdur. (X^2=43.53 p<0.01). Ailedeki kişi sayısı ortalaması kadın memurlarda 3.47±0.9, işçi kadınlarda 4.20±1.37'dir (t=1.49 p>0.05) (Tablo 2).

Memur kadınlardan %97'si, işçi kadınlardan %96'sı en az bir çocuğsa sahiptirler. Memur kadınların %81.2'si, işçi kadınların %77.6'sı en son çocuğuna isteyerek gebe kalmışlardır (X2=0.13 p>0.05).

Araştırma grubundaki memur kadınlardan % 80.2'si, işçi kadınlardan % 74.1'i herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmaktadırlar.

Araştırma kapsamındaki yöntem kullanmayan memur kadınlardan % 35'i gebelik, %5'i infertile, işçi kadınlardan % 27.3'ü gebelik, yine %27.3'ü infertilite nedeniyle korunmadıklarını belirtmişlerdir.

Herhangi bir yöntem kullanmayan memur kadınlardan % 85'i, işçi kadınlardan % 72.7'si ileride korunmayı düşündüklerini ifade etmişlerdir (Tablo 6).

Tablo 1: Memur ve İşçi Kadınların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

	Memur		İşçi		Toplam	
Yaş Grupları	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
20-29	43	42.6	25	29.4	68	36.5
30-39	47	46.5	46	54.1	93	50.0
40-49	11	10.9	14	16.5	25	13.5
Toplam	101	100.0	85	100.0	186	100.0

X^2=3.79 SD=2 P>0.05

Tablo 2: Memur ve İşçi Kadınların Öğrenim Durumlarına Göre Dağılımı

Öğrenim Durumu	Memur Sayı	%	İşçi Sayı	%	Toplam Sayı	%
Okur Yazar Değil	0	0.0	9	10.6	9	100.0
Okur Yazar	0	0.0	3	3.5	3	100.0
İlkokul	0	0.0	44	51.8	44	100.0
Ortaokul	3	3.0	11	12.9	84	100.0
Lise	66	65.3	18	21.2	84	100.0
Yüksek Okul	32	31.7	0	0.0	32	100.0
Toplam	101	100.0	85	100.0	186	100.0

X^2=119.51 SD=5 P<0.001

Tablo 3: Memur ve İşçi Kadınların Doğurganlık Ölçütleri

Ölçütler	Memur X±Sx	İşçi X±Sx	F	p
İlk Evlenme Yaşı	22.63±2.51	19.25±3.99	49.51	p<0.01
İlk Gebelik Yaşı	23.68±2.62	20.52±3.94	41.23	p<0.01
İdeal Çocuk Sayısı	2.04±0.37	2.09±0.39	0.93	p>0.05
Toplam Gebelik Sayısı	2.11±1.48	3.55±2.65	21.89	p<0.05
Düşük Sayısı	0.15±0.43	0.45±0.95	8.07	p<0.05
Kürtaj Sayısı	0.43±0.84	0.62±1.01	2.12	p>0.05
Ölü Doğum Sayısı	0.06±0.31	0.19±1.03	1.43	p>0.05
Canlı Doğum Sayısı	1.47±0.92	2.23±1.45	19.33	p<0.05
Erkek Çocuk Sayısı	0.60±0.68	1.07±0.84	17.48	p<0.05
Kız Çocuk Sayısı	0.78±0.70	1.07±1.09	4.75	p<0.05
Ölen Çocuk Sayısı	0.09±0.56	0.24±0.67	2.31	p>0.05

Tablo 4. Memur ve İşçi Kadınların En Az Bir Kez Düşük, Kürtaj ve Ölü Doğum Durumlarına Göre Dağılımı

Değişkenler (En az bir kez)	Memur n=101 Sayı	%	İşçi n=85 Sayı	%	X^2	p
Düşük	12	11.9	22	25.9	5.16	p<0.05
Kürtaj	26	25.7	31	36.5	2.02	p>0.05
Ölü Doğum	4	3.9	6	7.1	0.37	p>0.05

Tablo 5. Memur ve İşçi Kadınların Bildikleri Aile Planlaması Yöntemlerine Göre Dağılımı

Yöntemler	Memur n=101 Sayı	%	İşçi n=85 Sayı	%	X^2	p
RİA	89	88.1	66	77.6	5.12	p<0.05
Hap	76	75.2	61	71.8	0.37	p>0,05
Kondom 58	57.4		17 20.0		26.60	p<0,01
Tüpligasyon	8	7.9	4	4.7	0.39	p>0.05
Diğer Etkili Yöntemler 4	3.9		3 3.5		0.04	p>0.05
Geri Çekme	12	11.8	19	22.4	2.73	p>0,05
Lavaj	4	3.9	4	4.7	0.55	p>0.05
Takvim 23	22.8		15 17.6		0.56	p>0.05
Fitil	13	12.9	4	4.7	3.85	p<0.05
Diğer Etkisi Sınırlı Y.	8	7.9	3	3.5	0.97	p>0.05

Tablo 6. Memur ve İşçi Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerini Kullanma Durumuna Göre Dağılımı

Yöntemler	Memur Sayı	%	İşçi Sayı	%	Toplam Sayı	%
RİA	46	45.5	29	34.1	75	40.3
Hap	10	9.9	9	10.6	19	10.2
Kondom	18	17.8	6	7.0	24	12.9
Tüpligasyon	1	1.0	1	1.2	2	1.1
GelenekselYöntemler	6	5.9	18	21.2	24	12.9
Yöntem Kullanmayan	20	19.9	22	25.9	42	22.6
Toplam	101	100.0	85	100.0	186	100.0

$X^{2*}=9.96$ SD=5 P<0.01

* Yöntem kullanmayanlar hariç tutulup 1,2,3 ve 4. satırlar birleştirilerek hesaplanmıştır.

Tablo 7: Memur ve işçi Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerini Öğrendikleri Kaynaklara Göre Dağılımı

Bilgi Kaynağı	Memur n=101 Sayı	%	İşçi n=85 Sayı	%	F	p
Özel Doktor	41	40.6	26	30.5	1.87	p>0.05
Ebe-hemşire	1	0.9	1	1.2	0.37	p>0.05
Saglık Ocağı	14	13.9	23	27.1	3.85	p<0.05
Kitap-TV	45	44.6	13	15.3	18.33	p<0.01
Komşu, Arkadaş	11	12.9	15	17.6	1.06	p>0.05
Eşi	3	2.9	2	2.4	0.03	p>0.05
Diğer	4	3.9	3	3.5	0.07	p>0.05

Tablo 8: Araştırma Kapsamındakı Yöntem Kullanan Kadınların Yöntemleri Elde Ettikleri Kaynaklara Göre Dağılımı

Yöntemin Kaynağı	Memur Sayı	%	İşçi Sayı	%	Toplam Sayı	%
Sağlık Ocağı	14	17.3	19	30.2	33	22.9
Doğumevi	16	19.8	15	23.8	31	21.5
Özel Doktor	34	41.9	9	14.3	43	29.9
Eczane	8	9.9	2	3.2	10	7.0
Hastane	5	6.2	6	9.5	11	7.6
Diğer	4	4.9	12	19.0	16	11.1
Toplam 81	100.0	63	100.0	144	100.0	

$X^2=38.02$ SD=5 P<0.01

TARTIŞMA

Araştırma kapsamına alınan memur ve işçi kadınların yaş gruplarına dağılımlarında (Tablo 1) ve yaş ortalamalarında önemli bir farklılık yoktur.

Memur ve işçi kadınların öğrenim düzeyleri (Tablo 2), memurların lehine farklı bulunmuştur. Bu farklılık ülkemizde memur ve işçi alımında gözönünde bulundurulan öğrenim kriterlerinden kaynaklanmaktadır. Yine memur ve işçi kadınların kocalarının öğrenim durumu ve mesleklerinde sosyal statü nedeniyle memurlar lehine farklılık gözlenmektedir.

İşçi kadınların ilk evlenme ve ilk gebelik yaşı ortalaması (Tablo 3) memurlara göre önemli ölçüde düşük iken, toplam gebelik, canlı doğum ve yaşayan çocuk sayıları önemli derecede yüksektir. Düşük ve kürtaj sayıları, işçi kadınlarda memurlara göre yüksek görülmekle birlikte aralarındaki farklılık istastiki yönden önemli bulunmamıştır. Ancak bir kez düşük, kürtaj, ve ölü doğumu olan işçi kadınların oranı memurlardan yüksek bulunurken , düşük yapmada işçi ve memurlar arasındaki farklılık istatistiki olarak da önemli bulunmuştur (Tablo 4)

Kadınların aile planlaması yöntemlerini bilme durumunda (Tablo 5) RİA ve Hap iki grupta da ilk sıraları almış, memur kadınlar Lavaj hariç bütün yöntemleri işçilere göre daha yüksek oranda bilmişlerdir.

Araştırma grubundaki memur kadınların % 80.2'si , işçilerin % 74.1'i herhangi bir yöntemle korunmakta olup memurlarda korunma oranı yüksektir. Yöntem kullanan memur kadınların en çok kullandıkları yöntemler sırasıyla RİA, Kondom; ve Hap iken, işçi kadınlar da bu sıra RİA, Geleneksel yöntemler, ve Hap şeklinde olmaktadır. (Tablo 6) Memur kadınların etkili yöntemleri kullanma oranları işçi kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Kayseri Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesinde yöntem kullanma oranı % 61.4 (2), Türkiye genelinde (1) % 62.6'dır. Yine Türkiye genelinde etkili yöntem kullanma oranı % 34.5, geleneksel yöntem kullanma oranı ise % 28.1 olarak bulunmuştur. (1) Araştırmamızda etkili yöntemleri kullanma oranı memur kadınlarda % 74.3 işçi kadınlarda % 52.9 bulunmuş olup Türkiye geneli rakamından daha yüksektir. Bu durum araştırma grubundaki kadınların eğitim ve sosyal statülerinin Türkiye genelindeki kadınlardan daha yüksek olmasıyla açıklanabilir.

Araştırma grubundaki kadınların korunma yöntemlerini öğrendikleri kaynaklarda (Tablo 7) ilk sıraları memurlarda kitap, televizyon , özel doktor, işçilerde özel doktor ve sağlık ocağı almaktadır. Bilgi edinmede memur kadınların kitap ve TV'den işçi, kadınların sağlık ocağından diğer gruba göre daha fazla yararlandıkları görülmüştür.

Kadınların kullandıkları yöntemleri elde ettikleri kaynaklarda ise ilk sırayı memurlarda özel doktor, işçilerde hizmetin ücretsiz olduğu sağlık ocağı alırken, doğumevi her iki grupta ikinci sırayı almaktadır. Memur ve işçi kadınların kullandıkları yöntemleri elde ettikleri kaynaklar istatistiki olarak da farklı bulunmuştur. Bu farklılık eğitim ve ekonomik nedenlerden kaynaklanmaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma hayatına atılmış; eğitim durumu, koca eğitimi ve mesleği, çalışma koşulları memurlara göre daha yetersiz ve olumsuz olan işçi kadınların, aile planlaması yöntemlerini bilme ve kullanma durumları da memurlara göre düşük olup, kullandıkları yöntemleri en fazla ücretsiz hizmet veren sağlık ocaklarından sağlamaktadırlar.

Bu sonuçlara göre işçi kadınların aile planlaması konusundaki bilgi düzeylerinin artırılması ve kullanacakları yöntemlerin kolay ve ücretsiz sağlanması için kurum doktorları , SSK hastaneleri ve sağlık ocaklarında koordine proğramlar düzenlenmeli ve yürütülmelidir.

KAYNAKLAR

1- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü:Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993 (Ön rapor) , Ocak 1994

2- Öztürk Y, Aykut M, Günay O, Ceyhan O: Kayseri Sağlık Başkanlığı Bölgesi Aile Planlamasına ilişkin Temel Çalışma Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi. 44(1):131-146,1987.

1989-1990 YILLARI ARASINDA BULGARİSTAN'DAN GÖÇ EDEN 15 - 49 YAŞ EVLİ KADINLARIN GEBELİĞİ ÖNLEYİCİ YÖNTEMLERİ KULLANIM DÜZEYLERİ

Dr Süheyla ALTUĞ ÖZSOY, Halk Sağlığı Stajyerleri

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu
Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Halk Sağlığı Hemşireliği AB 4. Sınıf Öğrencileri

ÖZET

Bu çalışmada 1989-1990 yılları arasında Bulgaristan'dan göç eden 15-49 yaş evli kadınların sosyo-demografik özellikleri ve gebeliği önleyici yöntemleri kullanım düzeyleri incelenmiştir.

Kadınların yarısından çoğunun erken evlendikleri ve buna bağlı olarak da gebelik sayısının arttığı, gebeliği önleyici yöntemlerden en yüksek oranda geri çekme kullanıldığı saptanmıştır.

GİRİŞ

Günümüz Türkiye'sinin sosyoekonomik ve kültürel açıdan en önemli sorunlarından biri iç ve dış göçlerdir (1). Göç ekonomik, sosyal, siyasal kurallarla ilişkili bir olgudur ve toplumsal olarak gelir dağılımını hatta nüfus artışını etkiliyebildiği gibi kişilerin yaşam koşullarını, alışkanlıklarını ve aile planlaması yöntemi kullanımlarını da değiştirebilmektedir (2).

Bilinen bir gerçek, ülkemizde doğum hızı ve doğurganlık oranlarının oldukça yüksek olmasıdır. Bu iki olgu beraberinde sık doğumun ana ve çocuk sağlığına olumsuz etkileri, hızlı nüfus artışı ile işsizlik ve açlık tehlikelerini gündeme getirmektedir (3).Ülkemizde var olan bu potansiyel soruna Bulgaristan'dan göç eden 300.000 kişi daha katılmıştır (4).

ARAŞTIRMANIN AMACI

1989-91 yılları arasında istemli veya istemsiz göçe katılan Bulgaristan göçmenlerinden 15-49 yaş evli kadınlardan aile planlaması uygulama durumlarının saptanması bu araştırmanın amacını oluşturmaktadır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma 1992 yılında, Bornova Bölgesinde 1989,1990,1991 yılları arasında Bulgaristan'dan göç eden 15-49 yaş evli kadınlar üzerinde yürütülmüştür.

Göçerlerin dağınık yerleşmeleri ve elde güvenilir kayıtların olmaması nedeniyle olasılıksız örnekleme yöntemi kullanılmıştır.Mahalle Muhtarlarının yardımıyla, göçerlerin yoğun olarak ikamet ettikleri;

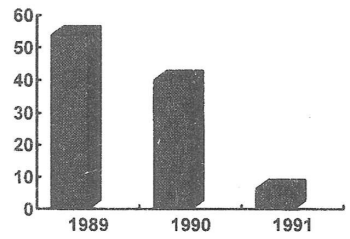
Manavkuyu mahallesinden	80 denek
Evka III	30 denek
Adil Demir Sitesi	20 denek
Altındağ Koşukavak Mahallesinden	30 denek
Altındağ Yeşilova Mahallesinden	30 denek

olmak üzere, anket doldurmayı kabul eden ve evde bulunan 15-49 yaş evli kadınlara (190), ev ziyareti yapılarak anket formu doldurulmuştur.

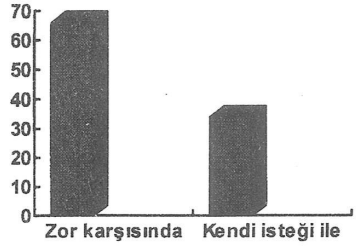
BULGULAR

Grafik 1'de görüldüğü gibi deneklerin % 53.68'i 1989 yılında, % 40'ı 1990 yılında % 6.32'si 1991 yılında Bulgaristan'dan Türkiye'ye göç etmiştir.

Deneklerin % 34'ü kendi isteği ile göçe katılırken, % 66'sı zor karşısında göçe katılmıştır (grafik 2).



Grafik 1
Deneklerin Türkiye'ye geliş tarihlerine göre dağılımı (%)



Grafik 2
Deneklerin geliş nedenlerine göre dağılımı (%)

Deneklerin Sosyo Demografik Özellikleri:

Tablo 1'de görüldüğü gibi deneklerin büyük çoğunluğu (%21.05) 25-29 yaş grubunda yer alırken % 2.11'i 15-19 yaş grubundadır.

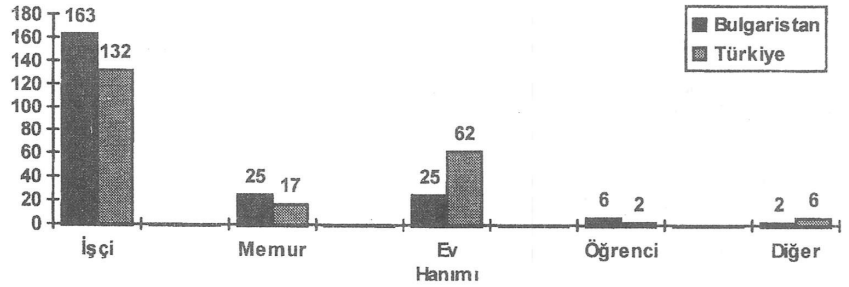
Tablo 1: Deneklerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Yaş Grupları	Sayı	%
15 - 19	4	2.11
20 - 24	26	13.68
25 - 29	40	21.05
30 - 34	39	20.53
35 - 39	34	17.89
40 - 44	17	8.95
45 - 49	30	15.79
TOPLAM	190	100.00

Tablo 2: 15- 49 Yaş Grubu Evli Kadınlar ve Eşlerinin Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı.

EĞİTİM DÜZEYİ	Kadınların Eğitim Düzeyi Sayı	%	Eşlerinin Eğitim Düzeyi Sayı	%
Okur yazar değil	5	2.63	1	0.53
Okur yazar	4	2.11	2	1.05
İlkokul mezunu	25	13.16	16	8.42
Ortaokul mezunu	76	40.00	50	26.32
Lise mezunu	68	35.79	106	55.79
Yük.Okul ve Fak. mezunu	12	6.32	15	7.89
TOPLAM	190	100.00	190	100.00

Kadınların %40'ı ortaokul mezunu iken erkeklerin yarısından fazlası (%55.79)lise mezundur(Tablo 2)



Grafik 3: Deneklerin Bulgaristan'daki ve Türkiye'deki meslek gruplarına göre dağılımı.

Deneklerin Bulgaristan'da kaldıkları dönemlerde ev hanımı olanların oranı Türkiye'ye geldikten sonra iki kat artış olduğu gözlenmiştir.

Tablo 3:Deneklerin aile yapısı, gelir düzeyi sosyal güvence durumlarına göre dağılımı.

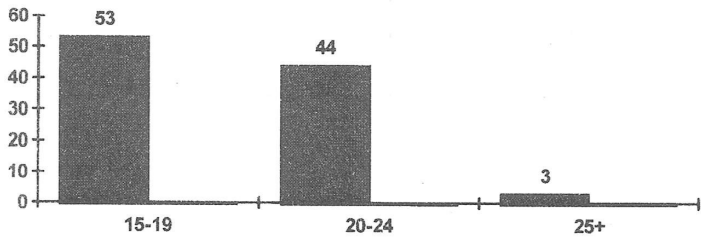
	Sayı	%
AİLE YAPISI		
Çekirdek Aile	75	39.47
Geniş Aile	106	55.79
Geçici Geniş Aile	9	4.74
GELİR DURUMU		
Gelir-gidere göre yüksek	4	2.11
Gelir gider dengeli	67	35.26
Gelir gidere göre az	119	62.63
SOSYAL GÜVENCE		
Emekli Sandığı	8	4.21
SSK	147	77.37
Bağkur	4	2.11
Diğer	3	1.58
Sosyal güvencesi yok	28	14.74
TOPLAM	190	100.00

Deneklerin % 55.79'u geniş aileye sahip, % 62.63'ünün geliri giderine göre az, % 14.74'ünün herhangi bir sosyal güvencesi olmadığı saptanmıştır (Tablo 3).

. Deneklerin doğurganlık ve gebeliği önleyici yöntemleri kullanma durumları ile ilgili bilgiler

Grafik 4'de görüldüğü gibi kadınların yarısından çoğunun ilk evlilik yaşı 15-19 yaş grubudur. 20 yaş ve üzerinde evlenenlerde 3'den fazla gebelik oranı %19.10 iken, 20 yaş altında evlenenlerde bu oran %63.63 olarak bulunmuştur. Yapılan ki-kare testi ile fark önemlidir(x_1 =8.810 SD=2 P < 0.05).

Grafik 4: Deneklerin İlk Evlenme Yaşına Göre Dağılımı (%)



Tablo 4:Deneklerin Gebelik Sayısına Göre Dağılımı.

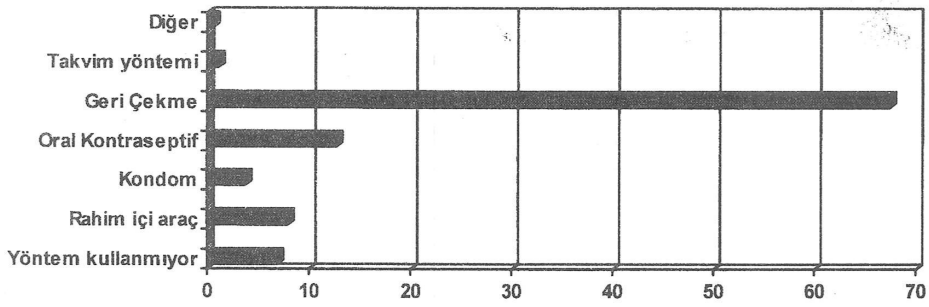
Gebelik Sayısı	Sayı	%
Hiç gebe kalmamış	8	4.21
1-2 gebelik	128	67.37
3 ve üzeri gebelik	54	28.42
TOPLAM	190	100.00

Hiç gebe kalmayanların oranı % 4.21, 1-2 gebe kalanların oranı % 67.37, 3 ve üzeri gebe kalanların oranı % 28.42 olarak belirlenmiştir(Tablo 4).

Ayrıca yaş ile birlikte gebelik sayısının doğru orantılı olarak arttığı saptanmış, istatistiksel incelemelere göre fark önemli bulunmuştur (x_1 =23.95 SD=4 P < 0.05).

Kullanılan gebeliği önleyici yöntemlere göre deneklerin dağılımı yapıldığında % 67.4'ünün etkin olmayan yöntemlerden geri çekmeyi, % 24.2'sinin ancak etkili yöntem kullandığı saptanmıştır (Grafik 5).

Grafik 5: Deneklerin kullandıkları gebeliği önleyici yöntemlere göre dağılımı.



Gebeliği önleyici yöntem kullanma yılı ile etkili veya etkisiz yöntem kullanma arasında ilişki incelendiğinde yön-tem kullanma süresi 1-2 yıl olanlarda etkili yöntem kullanım oranı % 37.50, 3 yıl ve üzeri bir süredir yöntem kullananlar-da etkili yöntem kullanma oranı % 6.9 dur. Yapılan x testi ile fark önemli bulunmuştur. (x_1 =22.55 SD=1 P < 0.01).

Tablo 5: Gebeliği Önleyici Yöntemi Kullanırken Gebe Kalan Deneklerin Kullandıkları Yöntemlere Göre Dağılımı.

YÖNTEM	Denek Sayısı	Gebe Kalablar	Gebelik Oranı (%)	Koruyuculuk Oranı (%)
Kondom	7	1	14.3	85.7
Oral Kontraseptif	24	1	4.2	95.8
Geri çekme	128	21	16.4	83.5
Rahim içi araç	15	-	-	100.00

190 denekten, 23(%12.1)'ünün yöntem kullanmasına rağmen gebe kaldığı saptanmıştır. Tablo 5'de görüldüğü gibi yöntemler içinde koruyuculuğu en yüksek rahim içi araç olmuştur. Bu yöntemi kullanan hiçbir kadın gebe kalmamıştır. Yöntem kullanılırken gebe kalma oranı en yüksek yöntem geri çekme olduğu gözlenmiştir.

TARTIŞMA

Deneklerin %21.05'i 25-29 yaş grubundadır. 15-49 yaş evli kadınların ve eşlerinin eğitim düzeyi incelendiğinde okur-yazar olmayan kadın oranı % 2.63 erkek oranı %0.53'dür. Deneklerin Bulgaristan'da kaldıkları dönemlerde ev hanımı olanların oranı Türkiye'ye geldikten sonra iki kat artmıştır. Türkiye'deki işsizlik sorununun göçerleri de etkilediği anlaşılmaktadır.

Türkiye'de ilk evlilik yaşı 18.2 olup, 15-19 yaş grubunda evlenen kadın oranı %14.4 (1988), deneklerin ilk evlilik yaşına uygunluk göstermektedir(5).

Deneklerin %50.53 iki çocuğa sahiptir. Türk toplumundaki kadınların yaklaşık 3/4'ü 2-3 çocuk istemektedir (5). Fakat halen sahip oldukları çocuk sayısı Türkiye için 4.10'dur (6). 15-49 yaş kadınların %67.4'ü etkin olmayan yöntemlerden geri çekme yöntemini, ancak %24.2'si etkili yöntem kullanmaktadır. Türkiye'de evli kadınların, % 77'si kontraseptif yöntem kullanmakta, korunanların yarısıda modern yöntem kullanmaktadır(6). Ayrıca deneklerin yöntem kullanırken gebe kalma oranı geri çekme kullananlarda en yüksek orandadır.

Gebelikten koruyucu yöntem kullanımı yıldan yıla artarken, geri çekme bu artışta en önemli payı taşımaktadır. Bu yöntemin kullanımı başka ülkelerde de özellikle Doğu Avrupa ülkelerinde oldukça yaygın olarak kullanılmaktadır (7,8).Geri çekme yönteminin koruyucu değeri sınırlıdır. Çeşitli araştırıcılara göre koruma gücü % 80 oranındadır (5).Türkiye'de değişik bölgelerde yapılan aile planlaması çalışmalarında geri çekme kullanım oranı, Park Sağlık Ocağı bölgesinde % 29.5, Etimesgut'ta % 25.8, Gölbaşı'nda % 22.2 olarak bulunmuştur(9,10).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmanın sonucunda 15-49 yaş evli kadınların büyük çoğunluğunun (% 66) zor karşısında göçe katıldıkları, %21.05'inin 25-29 yaş grubunda yer aldığı % 40'ının ortaokul mezunu olduğu, %54.21 işçi, %14.74'ünün hiçbir sosyal güvencesi olmadığı saptanmıştır.

Deneklerin yarısından çoğunun ilk evlilik yaşı 15-19 yaş grubudur. İlk evlilik yaşı 20 yaşın üzerinde olanlarda 3'den fazla gebelik oranı, ilk evlilik yaşı 20 yaşın altında olanlara göre oldukça düşük bulunmuştur ($p < 0.05$). Deneklerin %67.37'sinin 1-2 gebeliğe sahip olduğu yaş ile birlikte gebelik sayısının arttığı gözlenmiştir ($p < 0.01$).

Gebeliği önleyici yöntemlerden geri çekme en yüksek oranda (%67.4) kullanıldığı, ancak deneklerin % 24.2'sinin etkili yöntem kullandığı, yöntem kullanırken gebe kalanların en yüksek oranda geri çekme yöntemi kullananlar olduğu belirlenmiştir.

-Sağlık eğitimi ve uygulamalarında öncelikler saptanırken göç olgusu gözardı edilmemelidir. Özellikle hızla göç alan illerin yarı kentsel kesimlerinde doğurgan çağdaki kadınlara aile planlaması konusunda öncelikli yaklaşımlar önerilebilinir.

-Geri çekme yöntemi kullananlar, aile planlamasında etkili yöntem kullanma oranını artırmayı amaçlayan sağlık personeli için hedef kitledir. Bununla birlikte sağlık personeli geri çekme yönteminin kullanıcılara bağlı olarak belirli bir oranda kontrasepsiyon sağladığını unutmayarak kişilere göre özel davranış şekilleri geliştirmelidir.

KAYNAKÇA

1) Esmer Ö, Aydın V, Tuncan Ö, Altılı Tuna. "Göç sorunu üzerine bir çalışma"Toplum Hekimliği. Bülteni 1990, Ocak 11:1 6-7

2) Musal B, Engin S, "Kırca Ü. İzmir Konak Doğumevine Menstrual Regulasyon Nedeni İle Başvuran Kadınlarda Göç Olgusu ve Aile Planlamasına Etkileri" Toplum Hekimliği Bülteni 1991 Temmuz-Ekim 12;3-4, 2.

3) Bayuk, Erhan "Beylikova'da aile planlaması uygulamaları" Toplum Hekimliği Bülteni 1989 Ocak 10:1 6-8

4) Türkiye İstatistik Yıllığı 1990. T.C Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü.

5) 1988 Turkısh Populatıon and Health Survey H.Ü. Institute of populatıon studies, Aprıl 1989, Ankara Turkey.

6) Ermumcu Balkan G. Dünya'da ve Türkiye'de Sağlık, Kalkınma ve Çevre Açısından Nüfus Sorunu. Ed.Ayşe Akın Dervişoğlu T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara, 1994 39

7) Bulut A, Çilingiroğlu N, Bertan M. Nüfus Bilim Dergisi The Turk J.Popul Stud. 1986 8, 54-55

8) Fişek Nusret. "Geri Çekme Yaygın Olarak Kullanılan Bir Yöntem" Toplum Hekimliği Bülteni 1987 Ocak 8:1 3.

9) Özyurda F, Durmuşoğlu M. "Park Eğitim Sağlık Ocağı Bölgesinde Kadınların Aile Planlaması Konusundaki Bilgi Tutum ve Davranışları" Nüfus Bilim Dergisi The Türk J. Popul. Stud. 1989, 11 61-75

10)Tezcan S, Enünlü T, Doğan BG, Bumin C."Ankaranın İki Bölgesinde Bazı Kontraseptif Yöntemlerin Kullanım ve Bırakılma Hızları" Nüfus Bilim Dergisi The Turk. J. Popul Stud. 1992, 14, 2

ORAL KONTRASEPTİF KULLANAN KADINLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Tülay AYDIN*, Vesile ŞENOL**, Prof.Dr. Osman GÜNAY**, Prof.Dr. Yusuf ÖZTÜRK***

* : Erciyes Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğretim Görevlisi
** : Erciyes Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Uzman
*** : Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
**** : Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı

ÖZET

Bu çalışma Kayseri ilinde Aydınlıkevler, Esenyurt ve Nimet Köseoğlu Sağlık Ocakları hizmet alanında bulunan 15-49 yaş grubu ve oral kontraseptif kullanan 170 kadına uygulanmıştır.

Kadınların yarıdan fazlası (% 65) 25-34 yaş grubunu oluşturmakta; çoğunluğu (% 89.4) 28 günlük hap kullanırken çok az bir kısmı (% 10.6) 21 günlük hap kullanmaktadır.

Oral kontraseptif kullanmadan önce muayene olan ve olmayan kadınlarda en sık görülen yakınmalar ruhsal değişiklikler, baş ağrısı ve adet kanamasında azalma olduğu saptanmış, yalnız muayene olmayanlarda bu yakınmaların oranı daha yüksek bulunmuştur. Kadınların hap kullanım süresi arttıkça şişmanlama ve cinsel istekte azalma şikayeti olanların oranında artış bulunmakta olup cinsel istekte artma şikayeti olanların oranında önemli derecede azalma bulunmaktadır.

GİRİŞ

Oral kontraseptifler, çok etkili ve emin bir doğum kontrol yöntemidirler. Diğer taraftan oral kontraseptifler, en fazla araştırılmış ilaçlardandır. Doğum kontrol haplarının önemi, bu konuda çeşitli çalışmaları bulunan Dr. Carl Djerassi'nin şu cümlesi ile en güzel özetlenebilir: "Hap ve rahim içi araçlar, dünya çapında, insanlara cinsel ilişkiden bağımsız ve geri dönüştürülebilen doğum kontrol yöntemlerinin varlığını öğretti ve kadınlara kendi doğurganlıklarını kontrol edebilme hakkını verdi" (1).

Bugün aile planlaması yöntemlerinin sağladığı geniş seçenekler, sağlık programlarının, her çeşit yüksek riskli gebeliği önlemeye uygun bir yöntem sunabilmesine olanak vermektedir. Örneğin gebeliği önleyici haplar, kaputlar ve spermisidler özellikle ilk gebeliği ertelemek ve doğum aralıklarını açmak için uygulanırken, gönüllü kısırlaştırma, daha fazla çocuk istemeyen ileri yaşlardaki çiftler için daha geçerlidir (6).

Dünyada gebeliği önleyici hap kullanımı son 30 yılda hızla artmıştır. Bugün 38 milyonu gemişmekte olan ülkelerde olmak üzere ütm dünyadaki 60 milyondan fazla kullanıcı ile gebeliği önleyici haplar, gönüllü kısırlaştırma ve rahim içi araç (RIA)'dan sonra en çok kullanılan aile planlaması yöntemidir (7).

Gelişmiş ülkelerde 15-44 yaş grubu evli kadınlarda hap kullanımı Japonya'da % 1 ile (bu ülkede oral kontraseptiflerin kullanımı 1987'de yasallaşmıştır), Hollanda'da % 40 arasında değişir. Gelişmekte olan ülkelerde ise Nijerya ve Pakistan'da % 2'den daha az iken Meksika'da % 10, Mısır'da % 17, Brezilya'da % 25'e kadar yükselmekte olup, ülkemizde oral kontraseptif kullanımı % 6'dır (2,5,4).

Modern aile planlaması yöntemleri güvenlidir. Bu yöntemlerden biri olan oral kontraseptifler gebeliği, progestin ve estrogenin ayrı ayrı sorumlu olduğu bir dizi etki mekanizması ile önlerler (2,6).

Oral kontraseptiflerin doğurganlığı kontrol etmenin ötesinde başka yararları olduğu da bilinmektedir.

Bazı menstruel problemleri azaltmakta, pelvisin iltihaplı hastalıklarına, rahim ve yumurtalık kanserine, kansızlık ve romatoid artrit'e karşı korumaya yardımcı olmaktadır (2,6,7).

Oral kontraseptiflerin bu yararlı yönlerinin yanında hem ufak tefek hem de cidddi yan etkileri vardır. Daha önceki klinik çalımalar, hapların bazı kullanıcılarda baş ağrısına, mide bulantısına, kramplara, düzensiz adet kanamalarına, gögüslerde hassasiyete ve kilo almaya neden olduğu ortaya koymuştur. Bu yan etkiler rahatsız edici olmakla beraber çoğunlukla geçicidir. Ciddi sorunlar tromboembolik hastalıklar, felç ve kalp hastalıkları olarak sıralanabilir (2,7).

Doğum kontrol haplarının kullanım oranı yönünden, aile planlaması yöntemleri içinde ikinci veya üçüncü sırada yer alması ve ciddi bazı yan etkilerinin olması, ülkemizde oral kontraseptif kullanan kadınlarla ilgili yapılan araştırmaların yetersiz olması ve Kayseri ilinde böyle bir araştırmanın yapılmamış olması nedeniyle bu araştırma planlanmıştır.

Bu araştırmadaki amacımız; oral kontraseptif kullanan kadınların bu yöntemi ne zamandan beri kullandığını, hap kullanmadan önce muayene olup olmadığını, hap kullanma sırasında ortaya çıkan yakınmalarının ve bu yakınmaların ne oranda olduğunu, eğitim ve kullanma süresi ile beraber bu yakınmalar arasındaki ilişkiyi ortaya çıkarmak ve bunlara uygun önerilerde bulunmaktır.

MATERYAL VE METOD

Bu araştırma Kayseri ilinde Aydınlıkevler, Esenyurt ve Nimet Köseoğlu Sağlık Ocakları hizmet alanında bulunan, 15-49 yaş grubu, oral kontraseptif kullanan 170 kadına uygulanmıştır. Tanımlayıcı olarak planlanan bu çalışmanın verileri 1994 yılının Nisan, Mayıs aylarında yüz yüze anket uygulanarak toplanmıştır Bu veriler kodlanıp elde değerlendirildikten sonra istatiksel olarak ki-kare testi uygulanmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Tablo 1: Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri.

Özellikler	n:200	Sayı	%
YAŞ	15-24	44	25.9
	25-34	111	65.3
	35 ve +	15	8.8
ÖĞRENİM DURUMU	OYD +O.Y	11	6.5
	İlkokul	117	68.8
	Orta-Lise	42	24.7
MESLEĞİ	Ev Kadını	167	98.2
	Ev dışında çalışan	3	1.8
AİLEDEKİ KİŞİ SAYISI	1-3	25	14.7
	4-6	130	76.5
	7-9	15	8.8
AYLIK GELİR	5 Milyondan az	93	54
	5-10 Milyon	69	40.6
	5 Milyondan fazla	8	4.7
TOPLAM GEBELİK SAYISI	1-3	108	63.5
	4 ve +	62	36.5
CANLI DOĞUM SAYISI	1-3	145	85.3
	4 ve +	62	36.5
KÜRTAJ SAYISI	0	123	72.3
	1-2	40	23.5
	3ve +	7	4.1
DÜŞÜK SAYISI	0	128	75.3
	1-2	38	22.3
	3-4	4	2.4

Tablo 1'de araştırma grubunu oluşturan kadınların % 65.3'ü 258-34 yaşlar arasında, % 68.8'i ilkokul mezunu tamamına yakın kısmı (% 98.2) ev kadını, yarıdan fazlası (% 76.5) 4-6 kişilik aileden oluşmaktadır. Kadınların % 54.7'sinin aylık geliri 5 milyondan azdır. Dolayısıyle ekonomik durumları iyi düzeyde değildir. Bu bulgular Türkiye geneli ile benzerlik göstermektedir (4).

4 ve daha fazla gebelik sayısına sahip kadınlar % 36.5 olup, % 27.6'sı 1 ve daha fazla kürtaj yaptırmış, % 24.7'sinde düşük görülmüştür. Öztürk ve arkadaşlarının Kayseri bölgesinde yaptığı temel çalışmada kadınların % 22.4'ü kürtaj yaptırmış, % 41.7'si düşük yapmıştır (3).

Kadınların % 89.4'ü 28 günlük hap kullanırken % 10.6'sı 21 günlük hap kullanmaktadır. Ayrıca bu hapların temin edildiği yere bakıldığında kadınların % 81.8'i sağlık ocağından, % 17.1'i eczaneden temin etmektedirler. Büyük bir çoğunluğun hapı sağlık ocağından temin etmesi bu hizmetten yeterince yararlandıklarını göstermektedir.

Tablo 2: Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınlarda Hap Kullanma Esnasında Ortaya Çıkan Yakınmaların Hap Kullanmadan Önce Muayene Olma Durumlarına Göre Dağılımı

YAKINMALAR	HAP KULLANMADAN ÖNCE MUAYENE (*) OLANLAR (n:47) Sayı	%	OLMAYANLAR (n:123) Sayı	%	Toplam (n: 170) Sayı	%	X^2	P
Adet Görmeme	10	21.3	29	23.5	39	22.9	0.01	> 0.05
Adetlerin Azalması	20	42.5	65	52.8	85	50.0	1.06	> 0.05
Adetler Arası Ara Kanama	9	19.1	13	10.6	22	12.9	1.53	> 0.05
Bulantı	15	31.9	29	23.6	44	25.9	0.84	> 0.05
Memelerde Dolgunluk ve Duyarlık	12	25.5	27	21.9	39	22.9	0.09	> 0.05
Ruhsal Değişiklikler	22	46.8	66	53.6	88	51.7	0.39	> 0.05
Şişmanlama	15	31.9	37	30.1	52	30.6	0.05	> 0.05
Zayıflama	6	12.8	19	15.4	25	14.7	0.04	> 0.05
Gebelik	2	4.2	4	3.2	6	3.5	0.155	> 0.05
Cinsel İstekte Artma	8	17.0	13	10.6	21	12.3	0.78	> 0.05
Cinsel İstekte Azalma	16	34.0	36	29.3	52	30.6	0.10	> 0.05
Baş Ağrısı	22	46.8	58	47.1	80	47.1	0.02	> 0.05
Görme Bozuklukları	9	19.1	27	21.9	36	21.1	0.04	> 0.05
Şiddetli Bacak Ağrısı	12	25.5	32	26.0	44	25.9	0.02	> 0.05
Rahim Ağzında Erezyon	13	27.6	31	25.2	44	25.9	0.01	> 0.05
Hiper Tansiyon	3	6.4	13	10.6	16	9.4	0.29	> 0.05

(*) Her kolonun yüzdeleri kendi (n)'lerine göre hesaplanarak elde edilmiştir.

Tablo 2 incelendiğinde; oral kontrateptif kullanmadan önce muayene olanlar ve olmayanların çoğunluğunun (% 46.8-% 53.6) ruhsal değişikliklerden yakındığı bulunmuş olup muayene olmayanlarda bu oran artış göstermiştir.

Gülesen ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada oral kontraseptif kullanan kadınların en önemli şikayetleri baş ağrısı, adet kanamasında azalma, bulantı, şişmanlamaydı. (1). Bulgularımız benzerlik göstermektedir.

Hap kullanmay başlamadan önce doktor muayenesi olan ve olmayan kadınlar arasında yakınmaların sıklığı yönünden istatiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır.

Tablo 3: Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Eğitim Düzeylerine ve Hap Kullanmadan Önce Sağlık Muayenesi Olma Durumuna Göre Dağılımı.

EĞİTİM DÜZEYİ	SAĞLIK MUAYENESİ OLANLAR Sayı	%	OLMAYANLAR Sayı	%	Toplam
İlkokul ve altı	29	22.6	99	77.4	128
Ortaokul ve üstü	16	38.0	26	61.9	42
TOPLAM	45	26.5	125	73.5	170

X^2=3.85 SD=1 P<0.05

Tablo 3'te kadınların eğitim seviyesi ile hap kullanmadan önce muayene durumu incelendiğinde; ilkokul ve daha aşağı eğitimi olan kadınların % 22.6'sı muayene olurken ortaokul ve daha üstü eğitimli kadınların % 38.0'i muayene olduklarını ifade etmişlerdir.

Yine hap kullanmadan önce muayene olmayanların oranı eğitim seviyesi arttıkça azalma göstermiştir.

Yapılan istatistiki analiz sonucunda da önemli bir fark bulunmuştur.

Tablo 4: Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Hap Kullanma Esnasında Ortaya Çıkan Yakınmalarının Hap Kullanım Sürelerine Göre Dağılımı.

YAKINMALAR	HAP KULLANIM SÜRESİ * 1 yıl ve altı (n:89) Sayı	%	2 yıl ve üstü (n: 81) Sayı	%	Toplam (n:170) Sayı	%	X^2	P
Adet Görmeme	17	19.1	15	18.5	32	18.8	0.01	> 0.05
Adetlerin Azalması	37	41.5	40	49.4	77	45.3	0.75	> 0.05
Adetler Arası Ara Kanama	13	14.6	9	11.1	22	12.9	0.20	> 0.05
Bulantı	21	23.6	22	27.1	43	25.3	0.13	> 0.05
Memelerde Dolgunluk ve Duyarlık	18	20.2	18	22.2	36	21.2	0.01	> 0.05
Ruhsal Değişiklikler	44	49.4	38	46.9	82	48.2	0.03	> 0.05
Şişmanlama	16	17.9	33	40.7	49	28.8	9.63	< 0.05
Zayıflama	13	14.6	11	13.6	24	14.1	0.04	> 0.05
Gebelik	3	3.4	3	3.7	6	3.5	0.6134	> 0.05
Cinsel İstekte Artma	9	10.1	2	2.4	11	6.5	4.07	< 0.05
Cinsel İstekte Azalma	18	20.2	28	34.5	46	27.0	4.39	< 0.05
Baş Ağrısı	37	41.5	38	46.9	75	44.1	0.30	> 0.05
Görme Bozuklukları	16	17.9	17	20.9	33	19.4	0.09	> 0.05
Şiddetli Bacak Ağrısı	18	20.2	23	28.4	41	24.1	1.13	> 0.05
Rahim Ağzında Erezyon	18	20.2	25	30.8	43	52.3	2.01	> 0.05
Hiper Tansiyon	6	6.7	8	9.8	14	8.2	0.21	> 0.05

* Her kolonun yüzdeleri kendi (n) değerlerine göre hesaplanmıştır.

Tablo 4'e bakıldığında; 1 yıl ve daha az sürede kontraseptif kullanan kadınlarda en çok görülen şikayetler ruhsal değişiklikler (% 49.4), başağrısı (% 41.5) ve adet kanamasının azalmasıdır (% 41.5). Hipertansiyon ve gebe kalma şikayetleri düşük oranda görülmektedir.

2 yıl ve daha uzun süre hap kullanan kadınlarda görülen şikayetlerde en yüksek oranda adet kanamasının azalması (% 49.4) olup en düşük oranda (% 2.4) cinsel istekte artma görülmektedir.

Hap kullanma süresi uzadıkça yakınmaların çoğunluğu (adetlerin azalması, bulantı, şişmanlama, cinsel istekte azalma, baş ağrısı, görme bozuklukları, şiddetli bacak ağrısı, rahim ağzında erezyon ve hipertansiyon) artmaktadır. Fakat sadece şişmanlama ve cinsel istekte azalmasındaki artış istatiksel olarak anlamlıdır. Buna karşılık cinsel istek artışı hap kullanım süresi uzadıkça anlamlı düzeyde düşüş göstermektedir.

Tablo 5'te 15-29 yaşlar arasında bulunan kadınlarda görülen en önemli şikayetler baş ağrısı (% 49.5), ruhsal değişiklikler (% 49.5), adet kanamasında azalma (% 46.4) olduğu, düşük oranlarda ise gebe kalma (% 7.1) ve hipertansiyon (% 8.1) şikayeti görülmektedir.

30 ve üzeri yaş grubundaki kadınlarda bu şikayetlerin oranı giderek azalmıştır. Örneğin bulantı şikayeti olanlar 15-29 yaş grubundaki kadınlarda % 29.2 iken 30 ve üzeri yaş grubundaki kadınlarda % 22.5 düzeyindedir. Hemen hemen şikayetlerin çoğunluğunda kadınların yaşı ilerledikçe bir azalma görülmesine rağmen görme bozuklukları ve hipertansiyon şikayeti olanların oranı artış göstermiştir. Bu sonuçlara bakarak oral kontraseptif kullanımıyla ilgili şikayetlerin 15-29 yaş grubundakinlerde 30 ve daha üzeri yaşlardakinlere göre daha yüksek oranda bulunması hap kullanımına yeni başlandığında görülen ve hap kullanım süresi arttıkça görülme sıklığı azalan dolayısıyle hapın ilk kullanımına bağlı görülen geçici şikayetlerin olduğu düşünülebilir.

Yapılan istatiksel analiz sonucunda, kadınlardaki hap kullanımıyla ilgili yakınmalar yönünden yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 5: Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Hap Kullanım Esnasında Ortaya Çıkan Yakınmalarına Ve Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.

YAKINMALAR	YAŞ GRUPLARI (*) 15-29 (n:99) Sayı	%	30 ve + (n:71) Sayı	%	Toplam (n:170) Sayı	%	X^2	P
Adet Görmeme	21	21.2	13	18.3	34	20.0	0.07	> 0.05
Adetlerin Azalması	46	46.4	33	46.5	79	46.5	0.02	> 0.05
Adetler Arası Ara Kanama	13	13.1	9	12.7	22	12.9	0.02	> 0.05
Bulantı	29	29.2	16	22.5	45	26.5	0.65	> 0.05
Memelerde Dolgunluk ve Duyarlık	24	24.2	14	19.7	38	22.3	0.26	> 0.05
Ruhsal Değişiklikler	49	49.5	33	46.4	82	48.2	0.05	> 0.05
Şişmanlama	28	28.2	23	32.4	51	30.0	0.17	> 0.05
Zayıflama	18	18.2	7	9.8	25	14.7	1.67	> 0.05
Gebelik	7	7.1	0	0.0	7	4.1	0.042	> 0.05
Cinsel İstekte Artma	10	10.1	11	15.5	21	12.3	0.67	> 0.05
Cinsel İstekte Azalma	31	31.3	17	23.9	48	28.2	0.77	> 0.05
Baş Ağrısı	48	49.5	31	43.6	79	46.4	0.22	> 0.05
Görme Bozuklukları	18	18.2	15	21.1	33	19.4	0.08	> 0.05
Şiddetli Bacak Ağrısı	26	26.3	15	21.1	41	24.1	0.35	> 0.05
Rahim Ağzında Erezyon	25	25.2	19	26.7	44	25.9	0.05	> 0.05
Hiper Tansiyon	8	8.1	9	12.7	17	10.0	0.53	> 0.05

* Her kolonun yüzdeleri kendi (n) değerlerine göre hesaplanmıştır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma grublunu oluşturan kadınların çoğunluğu (% 89.4) 28 günlük hap kullanırken çok az bir kısmı (%10.6) 21 günlük hap kullanmaktadır.

Oral kontraseptif kullanan kadınlarda görülen en sık yakınmalar; ruhsal değişiklikler, baş ağrısı ve adet kanamasında azalmadır.

İlkokul eğitimi olan kadınların % 22.6'sı oral kontareptif kullanmadan önce muayene olurken ortaokul ve üzeri eğitimli kadınların % 38.0'i muayene olduklarını ifade etmişlerdir.

Oral kontraseptif kullanmaya başlamadan önce muayene olup olmamam ve yaş grupları oral kontraseptiflere bağlı olabilecek yakınmaların görülme oranını etkilemektedir. Buna karşılık oral kontraseptif kullanım süresi, şişmanlama ve cinsel istekle ilgili yakınmaları önemli ölçüde etkilemektedir.

Bu sonuçlara bakarak şu önerilerde bulunabiliriz:

1- Kadınlar oral kontraseptif kullanımı ve yan etkileri konusunda bilgliendirilmelidir.

2- Oral kontraseptiflere başlamadan önce doktor muayenesi olma yakınmaların sıklığını azaltmamaktadır. Bu nedenle bilinen kontrendikasyonları göz önünde bulundurmak koşuluyla yardımcı sağlık personelince oral kontaseptifler önerilebilir.

3- Oral kontreseptiflerin kullanım süresi uzadıkça bazı yakınlalarda artış ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle oral kontaseptif kullanan kadınlar düzenli olarak kontrol edilmelidir.

KAYNAKLAR

1- Gülesen Ö, Nazan B: Engürcük ve Umurbey Köylerinde 15-49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlamasıyla İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları, Sağlık Dergisi, Cilt:60, Sayfa:2, Kasım 1988, S.S.Y.B Yayın Organı, Sayfa:83-92

2- Hatcher R, Kowal D, Guesbt F: Kontraseptif Yöntemler Uluslararası Basım (Çeviri Editörü Akın A): İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, Yayın No:1, Demircioğlu Matbaacılık, Ankara 1990.

3- Öztürk Y, Günay O: Kayseri Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesi Aile Planlamasına İlişkin Temel Çalışma, Türk Hij.Den. Biyoloji Dergisi; Vol:44, Sayı:1, 1987, Sayfa:131-145.

4- Robey B ve Arkadaşları: Family Planning Methods Currently Used by Married Women of Reproducti ve Age, Population Reports, Seri:M, No:11, Aralık 1992, Sayfa:10.

5- Türkiye'de Anne ve Çocukların Durum Analizi, 1991-1995, TC Hükümeti-UNICEF İşbirliği Programı, Yeniçağ Matbaası, Ankara 1991,

6- Word R, Adrienne K; Aile Planlaması Etkili ve Güvenli Önlem, Population Reports, Seri:J, No:27, Nisan 1987, Sayfa:J 658.

7- Wharton C, Blackburn R; Genel Noktalar, Gebeliği Önleyici Hapların Yararları, Population Reports, Seri:A, No:7, Kasım 1988.

EDİRNE MERKEZİNDE EVLİ ÇİFTLERİN AİLE PLANLAMASI ve DOĞURGANLIĞA İLİŞKİN BİLGİ-TUTUM-DAVRANIŞLARI ve BUNLARI KOŞULLAYAN BAZI ETMENLER

SALTIK A[1], YAŞAR Z[2], GÜZELANT A[3], EKERBİÇER H[3], KUKLU G[3], GÜNDOĞDU Ş[4] TÜTF Öğencileri[5]

1 T.Ü.Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.B.Dalı Doçenti, Edirne.
2 T.Ü Tıp Fakültesi Dönem V Öğrencisi (Stj.Dr.)
3 T.Ü Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.B.Dalı Arş. Görevlisi hekimler
4 T.Ü.Tıp Fakültesi Dönem I Öğrencisi.
5 Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem I'den 73 Öğrenci

ÖZET

Çiftlerin doğurganlık davranışlarını belirlemek ve tıp öğrencilerine alan araştırması yaptırmak amacıyla 410 çiftle görüşülmüştür. İlk gebelik yaşı 21.3 ± 3.7'dir. Tamamlanmış doğurganlık 4.04 ± 2.42'dir. Doğumlararası süre 3 yıldan fazladır. İdeal çocuk sayısı kadınlara göre 2.0 ± .5', sahip olunan çocuk sayısı 2.1 ± 1.0' dır. İstemsiz gebelik sayısı 1.9 ± 1.7 olup; son gebeliklerin % 35.8'i istemsizdir. Kadınların % 34.6'sı en az 1 kürtaj yaptırmıştır. İstemli kürtaj nedenleri arasında ekonomik kaygılar ve istenen sayıda çocuk sahibi olma başlardadır. Kadın ve erkeklerin sırasıyla % 82.8'i ve % 75.8'i en az 1 etkin yöntem bilmektedir. Yöntem bilgisi yaşla ters orantılıdır. En çok bilinenler hap, RİA ve kondomdur. Etkin yöntem kullanım hızı % 42.5'tir. Yöntem seçiminde güvenilirlik ve kullanım kolaylığı başta gelmektedir. Bilgi kaynakları arasında komşu ve arkadaşlar, sağlık personeli ilk sıralardadır. Halk motivedir. Nitelikli hizmet sunumu ile başarılı olunacaktır. Sosyo-ekonomik kalkınma da, yöntem kullanımına katkıda bulunmaktadır.

GİRİŞ-AMAÇLAR

Hızlı nüfus artışı tüm dünyanın sorunudur. Gelişmekte olan dar kaynaklı ülkeler ciddi zorlanmalarla karşı karşıyadırlar. Ülkemiz, 1985-90 dönemine ilişkin yıllık ortalama %o 23.56 düzeyinde oldukça yüksek bir nüfus artış hızı ile, önemli sıkıntılar yaşamaktadır. Sunulan çalışma, nüfus artış hızı ülkemiz ortalamasının oldukça gerisinde olan Edirne il merkezinde Ocak 1994'te gerçekleştirilmiştir. Temel amaçlar aşağıdaki gibidir.

1. Evli çiftlerin aile planlaması (AP) olgusu, yöntemleri ve doğurganlığa ilişkin bilgi tutum ve davranışlarını saptamak; karı-koca arasında olabilecek ayrımları saptamak;
2. Konuya özgü bilgi-tutum ve davranışların oluşumunda rolü olabilecek bir kısım olası sosyoekonomik ve kültürel ögeleri irdelemek;
3. Elde edilebilecek ipuçlarından, ülkemizin hızlı nüfus artışı gözlenen bazı bölgelerinde yararlanabilmek;
4. Tıp Fakültesi Dönem I öğrencilerine verilen bir yarıyıllık Biyoistatistik-Bilgisayar Dersi'nin uygulaması olmak üzere, öğrencilerimize bilimsel araştırma yaptırarak uygulamayla bilgi-beceri kazandırmak ve bilimsel çalışma sevgisi aşılamak.

YÖNTEM-GEREÇLER

74 gönüllü tıp öğrencisi, çalışmanın amaçları ve yöntemleri hakkında eğitime alınmışlar; anket tekniği hakkında ayrıca bilgilendirilmişlerdir. Geliştirilen ve ön denemesi yapılan anket formları 1 kız ve 1 erkek tıp öğrencisinden oluşan 37 ekibe verilmiştir. 09 Ocak 1994 Pazar günü, saat 09.30'dan itibaren, atandıkları sokaklara Üniversitemiz otobüsleriyle bırakılmışlardır. Belediye sınırları içinde yer alan 24 mahallenin tamamı örneklenmiş, sokaklar ise listelenerek rasgele saptanmıştır. Nüfus yoğunluğu dikkate alınarak, gereken mahallelere 2-3 ekip gönderilmiştir. Öğrencilerimiz, kimlikleriyle ve görevlendirme yazıları ile, atandıkları sokaklarda, Belediye İmar Müdürlüğü'nce sağlanan konut listelerine göre evli çiftlerle evlerinde görüşmüşlerdir. Bu sırada karı ve koca ayrı odalarda kız ve erkek tıp öğrencilerimizin sorularını yanıtlamışlardır. Çalışmadan 1 gün önce ve çalışma günü boyunca Belediye hoparlöründen halka duyuru yapılarak ekiplere yardımcı olunması rica edilmiştir. Görüşmeler için -yol dahil- ortalama 7'şer saat süre harcanarak [74x7=518 öğrenci-saat veri toplama süresi] anket formu tamamlanmıştır. Her ekip için 12 çiftle görüşme hedefi saptanmıştır. Böylece 37x12=444 çiftle (888 birey) görüşülmesi hedeflenmiştir. Görüşememe, yetersiz veri vb. nedenlerle 410 çiftin formu (toplam 820) değerlendirilmiştir. Örneklem, bileşimi bakımından hedef evreni (tüm evli çiftler) temsil etmektedir. Büyüklük olarak ise şöyle bir irdeleme yapılmıştır : Doğurganlık yaş limitleri (15-49) içindeki evli çiftlerin 106 000 dolayındaki merkez ilçe nüfusu içinde, 20 000 dolayındaki asker ve üniversite öğrencileri dışarıda bırakılırs yaklaşık % 40'lık bir pay alacağı hesabıyla, 34 000 kişi kadar olabilecekleri tahmin edilmiştir. EPISTAT programıyla, etkin kontraseptif yöntem kullanım hızını, % 30 000-50 000 arasında büyüklüğü olan bir popülasyondan 565 kişilik bir örneklem çekmek 95 güvenilirlikle % 38 ± 4.0 limitleri arasında bulabilmek için; - ki 1993 Türkiye geneli % 34.5' tir (*) yeterlidir. Çalışma grubunda 49 yaş ve altında olan 318 erkek ve 355 kadın toplam 673 kişi bulunmaktadır. Bu bağlamda örneklem, büyüklük olarak da hedef evrenini temsil gücündedir. Görüşme formlarıyla toplanan bilgiler, gerekli işlemlerin ardından, Anabilim Dalı'mızda görüşmeci öğrencilerin de katılımıyla, imece yöntemiyle bilgisayara yüklenmiş ve analiz edilmiştir. İstatistik değerlendirme için tanımlayıcı istatistiklerin yanısıra; 2 ortalama arasındaki fark (Student t ve Mann-Whitney testleri), 2 yüzde arasındaki fark, Kolmogorov-Smirnov testi, kullanılmıştır. Ortalamalar, standart sapmaları ve min, med ve max değerleri ile sunulmuştur.

BULGULAR

A. Ekip Çalışmaları ve Grubun Sosyodemografik Özellikleri

37 ekibin, 24 mahallede 12'şer çiftle görüşme çalışmalarına ilişkin bir kısım veriler aşağıdadır.15 000 kadar konutun % 10'undan fazlasının kapısı çalınmıştır. Görüşmeyi red % 20 dolayındadır.

İstatistikler	Ortalama	% SS		min - med - max	Toplam
Çalınan kapı sayısı	49.1	%	14.0	26 - 47 - 78	1 818
Evde yok	10.9	%	7.0	0 - 10 - 35	403
Evde evli çift yok	4.8	%	3.2	1 - 5 - 12	158
Karı veya koca evde yok	17.2	%	9.9	3- 15 - 61	637
Görüşmeyi red	5.4	%	4.2	0 - 4 - 15	199
Anket sayısı	11.1	%	1.9	3- 12 - 12	820

Çalışmadan elde edilen bir kısım sosyodemografik veriler TABLO 1'dedir. Buna göre erkekler, eşlerinden ortalama 4.6 yıl daha büyüktürler ve 4.3 yıl daha geç evlenmektedirler. Ortalama evlilik süresini eşler farklı vermektedirler (16.1 ve 16.3 yıl). Eğitim düzeyi bakımından kadınlar dezavantajlıdır ve yalnızca % 23'ü çalışmaktadır. Akraba evliliği çok düşüktür (% 2.7) .

B. Gebelikler, Doğumlar, Düşükler, Kürtajlar, Ölümler

Yaşayan kız çocuk sayısı ortalaması, yaşayan erkek çocuk sayısı ortalamasından küçüktür (p=.010). Yaşayan toplam çocuk sayısı ortalaması ise 2'nin altındadır (1.9 ± 1.2). 3 ve daha fazla yaşayan çocuğu olanlar % 20.5 oranındadır. İlk gebelik yaşı, geçirilen gebelik ve ölü doğum sayıları bakımından kadın ve erkeklerin verdikleri rakamlar arasında, önemsiz bazı farklar bulunmaktadır.İlk gebelik yaşının ortalama 21.3 ± 3.7 olması da dikkat çekicidir. Doğumlararası süre 3 yıldan az değildir. Her iki nokta da ülkemiz geneline göre olumludur. 49 yaş üzerindeki 55 kadının, tamamlanmış doğurganlık itibarıyla yaptıkları canlı doğum sayısı 4.04 ± 2.42'dir (1-3.5-14). Aile planlaması hizmetlerinin yaygın olmadığı dönemde doğurganlık çağını tamamlayan kadınlar için, bu rakam yüksek sayılmaz.

64 kadına göre (64/356= % 18) yaşayan son çocuk istemsizdir. Bu durum erkekler için 50/361=% 14 düzeyindedir. Öte yandan, yaşanan toplam gebelik ile yapılan canlı doğum ortalamaları arasında 0.8 düzeyinde bir fark vardır. Bu fark, istemli/istemsiz düşük ve ölü doğumlardan kaynaklanıyor olmalıdır. Çalışma grubunun düşük, kürtaj ve ölü doğumlara ilişkin bazı verileri, aşağıdaki gibidir :

* Kadınların % 34.6'sı (142/410) istemli ya da istemsiz en az 1 kürtaj yaptırmıştır [15 kürtaj yaptıran bir kadın da vardır!]. Bu rakam erkeklere göre 125/410'dur (% 31). Kadınlara göre, kürtajların 126/410'u (% 31) istemlidir. İstemli kürtaj oranı erkeklere göre 111/410'dur (% 27.1).
* İstemli kürtaj nedenleri arasında ekonomik nedenler, yeterli çocuğa sahip olma, çocuklar arasında istenen yaş farkını sağlama ve nedeni belirtilmeden istememe başlardadır. Erkeklere göre de durum benzerdir. Kadınların % 55'i, erkeklerin ise % 55.8'i kürtajın yasal hak olmasından yanadır. Karşı olanlar ve olumsuz düşünenlerse aynı sırayla % 38.8 ve % 34.5 düzeyindedir.
* Kürtaj dışında düşük yapan 67 kadın saptanmıştır (67/410=% 16.3). Bu rakam erkeklere göre 42/410'dur (% 10.2). Bu düşüklerin kadınlara göre 14/67'si (% 20.9) istemlidir. Ortalama toplam düşük sayısı 1.35 ± 0.59'dur (1-1-4). Kadınlar, istemli düşük yapmak için öncelikle ağır kaldırma yöntemini seçmektedirler. Kocaların, eşlerinin düşük yapmak için kürtaj dışında başvurdukları yöntemler hakkında bilgileri yoktur.
* 20/410 (% 5) kadın en az 1 kez (1-3 arası) ölü doğum yapmıştır. Bu rakam kocalara göre 46/410'dur (% 11.2). Aradaki fark, ölü doğum kavramının iyi bilinmemesinden kaynaklanabilir. Tüm doğumların % 2.4'ü ölü doğum olarak sonlanmaktadır. Tüm gebelikler bazında değerlendirildiğinde, bu oran % 1.7'ye inmektedir. Öte yandan, bütün gebeliklerin % 29.5'i (n=350) kürtaj ya da diğer düşük yöntemleriyle sonlandırılmaktadır (Bkz. ŞEKİL 1).

41 annenin (% 10) 70 çocuğu değişik nedenlerle ölmüştür. Bu ölümlerin % 31'inin nedeni bilinmezken, % 29'u hastalık yüzündendir. "Geçen Yılbaşı'ndan bu yana, canlı doğup da 1 yaşını tamamlamadan ölen bebeğiniz oldu mu?" sorusuna karşılık, son yıla ilişkin bebek ölümü saptanamamıştır.

C. Doğum Kontrol Yöntemlerine İlişkin Bilgi-Tutum, Davranışlar ve Bunların Kaynakları :

En çok bilinen yöntemler kadınlarda sırasıyla oral kontraseptifler (OK), rahimiçi araçlar (RİA) ve kondomdur. Erkeklerde OK 1., kondom 2. ve RİA 3. sıradadır. Kadınlar, doğum kontrol yöntemleri (DKY) bakımından erkeklerden daha bilgilidir (.ŞEKİL 2). En az 1 etkin DKY bilgisi olmayanlar, daha çok 50 yaş üstündekilerdir.

Kontraseptif yöntem bilgisi	Kadınlar	Erkekler
En az 1 etkin yöntem bilenler	% 82.8	% 75.8
En az 2 etkin yöntem bilenler	% 76.7	% 62.6
En az 3 etkin yöntem bilenler	% 40.2	% 33.5
En az 4 etkin yöntem bilenler	% 09.6	% 08.6

Gerek kadın, gerekse erkeklerin yarıdan çoğu OK tabletlerin yararlı olduğu, sağlığa bir zararı olmadığı düşüncesindedir. Şu veya bu biçimde zararı da olabileceğini savunan kadınların (% 19.5) ve erkeklerin (% 15.1) başlıca gerekçeleri ise, yarıya yakın bir oranla yan etkilerdir. Kadınların % 61.2'si, erkeklerin % 60.4'ı araştırma gününe dek en az 1 DKY kullanmışlardır. Kadınların % 40.7'si yaşamlarının bir diliminde RİA, % 32'si OK, % 10.9'u kondom kullanmışlardır. Erkeklerde ise % 28.5 ve % 28.2 oranları ile OK ve RİA'nın ardından % 25.1 ile kondom kullanımı izlenmektedir. Tüp ligasyonu 3 kadında saptanırken, vazektomiye rastlanmamıştır. Geri çekme kadınlara göre % 5.2, erkeklere göre % 7.9 oranında kullanılmıştır. Çiftlerin % 11'i emzirmenin tümü ile koruyacağını düşünmektedir. Geleneksel yöntemler kadınların % 6'sında kullanılmaktadır. Yöntem terk hızı önemli boyutlardadır. Kadın başına ortalama 1.02 kez yöntem değişimi söz konusudur. Bu sayı erkekler için 0.6'dır. Eşleri OK kullanan erkeklerin % 42.6'sı, RİA kullananların % 26.5'i farklı nedenlerle bu yöntemleri değiştirmişlerdir. Erkeklerde kondom terk hızı % 21'dir. OK kullanan kadınların % 41.8'i, RİA kullananların ise % 29'u değişik nedenlerle bu yöntemleri bırakmışlardır. OK'lerin bırakılma nedenlerinin

başında karşılaşılan yan etkiler belirtilmektedir. RİA'nın bırakılmasının nedenleri ise; yan etkiler, korunamama ve zarar görmedir..

15-49 yaş arasındaki fertil çağ kadınlarının % 42.5'i (151/355), halen etkin bir DKY kullanmaktadır. Bu oran erkeklerde % 43.9'dur (170/387). Kullanım sıklığına göre kadınlarda bu yöntemler sırasıyla RİA (% 43.7), kondom ve OK (% 15.6'şar), geleneksel yöntemler (% 9.6), Ogino yöntemidir (% 5.9). Erkeklere göre de bu sıra yakın oranlarla geçerli iken, % 11.8'lik bir oranla koitus interruptus kaydedilmektedir (ŞEKİL 4).

Halen kullanılan DKY'ni seçme gerekçesi olarak ilk sırada, güvenilirlik ve kullanım kolaylığı ifade edilmektedir. Diğer yöntemlere güvenmeme, bünyeye uygunluk, hekim önerisi (% 10.6) ve eşin isteği (% 5) izleyen sıralardadır. DKY'lerine ilişkin bilgi kaynakları ilginç veriler sağlamıştır. Bulgular TABLO 3'tedir (ŞEKİL3). AP hizmet gereksiniminin karşılanmasında kullanılan kaynaklar irdelendiğinde, aşağıdaki gibi bir görünüm elde edilmiştir (TABLO 4). Deneklere yöneltilen son soru, "Size göre AIDS hastalığı ile gebelikten korunma yöntemleri arasında bir ilişki var mı?" biçiminde idi. Alınan yanıtların dökümü TABLO 5'tedir.

TABLO 1 : Edirne Merkezinde Yaşayan Evli Çiftlerin Bir Kısım Sosyo-Demografik Özellikleri {n=410 Çift}.

özellikler	kadınlar	erkekler	karşılaştırmalar
Yaş	36.5 ± 11.2 [15-34-75]	41.0 ± 12.1 [20-39-90]	t=5.57 p=.000 [2 ortalama farkı]
İlk evlenme yaşı	20.3 ± 3.60 [13-20-40]	24.6 ± 4.4 [16-24-54]	t=15.25; p=.000 [2 ortalama farkı]
Evlilik süresi	16.1 ± 12.0	16.3 ± 12.2	t=.152; p=.879
Eğitim düzeyi OYD OY İlkokul bitiren Ortaokul " Lise " Yüksek öğrenimli	 21; % 5.2 8; % 2.0 217; % 53.7 29; % 7.2 97; % 24.0 32; % 7.9	 13; % 3.2 7; % 1.7 158; % 38.5 102; % 42.0 119; % 29.0 71; % 17.3	 Kolmogorov-Smirnov testi ile x^2=24.86; p=.000 olup fark ilkokul grubun-dan kaynaklı. Bu grup dışarıda bırakılınca: x^2=5.25; p=.072
Eğitim düzeyi İşsiz İşçi Memur Emekli Serbest Çiftçi	Ev Kadını % 77.0 Çalışan kadınlar % 23.0	 5; % 1.2 72; % 17.6 149; % 36.5 53; % 13.0 102; % 25.0 27; % 6.6	Erkeklerde işsizlik ülke genelinden çok geri... Kadınlarda ise çok büyük bir kesim ev kadını..
Eşi akraba mı?	Evet : 11; % 2.7 Hayır: 398; % 97.3		Ülkemiz genelinde çok düşük...
Yaşayan kız çocuk sayısı	Ortalama : 0.8 ± 0.9 [0-1-15] 0 kız : 171; % 41.9 1 kız : 160; % 39.2 2 kız : 54; % 13.2 3 kız : 17; % 4.2 4 kız : 3; % 0.7 5 kız : 3; % 0.7		
Yaşayan erkek çocuk sayısı	Ortalama : 0.8 ± 0.9 [0-1-15] 0 erkek : 128; % 31.3 1 erkek : 180; % 44.0 2 erkek : 79; % 19.3 3 erkek : 14; % 3.4 4 erkek : 5; % 1.2 5 erkek : 3; % 0.7		
Yaşayan toplam çocuk sayısı	Ortalama : 0.8 ± 0.9 [0-1-15] 0 çocuk : 45; % 11.0 1 çocuk :104; % 25.4 2 çocuk : 176; % 43.4 3 çocuk : 54; % 13.2 4 çocuk : 16; % 3.9 5 çocuk : 7; % 1.7 6 çocuk : 5; % 1.2 5 çocuk : 2; % 0.5		
İdeal çocuk sayısı : Kadınlar için; 2.0 ± .5 { 1-2-5; n=406} Erkekler için; 2.1 ± .6 { 1-2-8; n=399} Cinsiyet tercihi : Kadınlarda %18.5 ve kız çocuk ağırlıklı Erkeklerde %12.1 ve erkek çocuk ağırlıklı			

TABLO 2 : Edirne Merkezinde Yaşayan Evli Çiftlerin Bir Kısım Gebelik ve Doğurganlık Özellikleri {n=410 Çift}.

özellikler	kadına göre	erkeğe göre	karşılaştırmalar
İlk gebelik yaşı	21.3. ± 3.7 [14 - 21 - 46]	21.8 ± 3.7 [15 - 21 - 360]	t=1.74; p=.082 [2 ortalama farkı]
Geçirilen ortalama gebelik sayısı	3.1 ± 2.1 [1 - 3 - 16]	2.8 ± 1.9 [1 - 2 - 14]	t=1.67; p=.094 [2 ortalama farkı]
geçirilen gebelik sayıları ve oranları [n=410]	0 gebelik : 26; % 6.3 2 gebelik : 112; % 29.2 4 gebelik : 52; % 13.5 6 gebelik : 12; % 3.1 8 gebelik : 5; % 1.3	1 gebelik : 79; % 20.6 3 gebelik : 66; % 17.2 5 gebelik : 41; % 10.7 7 gebelik : 6; % 1.6 9-16 gebelik : 11; % 2.9	
Yapılan canlı doğum sayıları oranları ve ortalaması [n=410]	0 doğum : 41; % 10.0 2 doğum : 162; % 39.5 4 doğum : 22; % 5.4 6 doğum : 5; % 1.2 8 doğum : 2; % 1.3 2.3 ± 1.5 (1-2-14) { en az doğum ; n=369 için }	1 doğum : 95; % 23.2 3 doğum : 66; % 16.1 5 doğum : 12; % 2.9 7 doğum : 2; % .5 9-15 doğum: 3; % .7	
ölü doğumlar	20/365 kadın, 1-3 ölü doğum yapmış. Kocalara göre ise 50/374 kadın 1-3 ölü doğum yapmış.		
1.-2. doğumlar arası süre	3.3 ± 2.6 [.9 - 3 - 17]	3.6 ± 2.5 [.5 - 3 - 13]	t=1.02; p=.31 n=279 [2 ortalama farkı]
2.-3. doğumlar arası süre	3.7 ± 2.7 [.9 - 3-14]	3.3 ± 2.3 [.3-3-14]	t=1.4; p=.16 n=144 [2 ortalama farkı]
3. -4. doğumlar arası süre	4.1 ± 3.6 [.2 - 2.5 - 16]	3.3 ± 2.6 [.5 - 2 - 15]	t=1.52; p=.13 n=80 [2 ortalama farkı]
4. - 5. doğum arası süre	3.1 ± 2.3 [.9 - 2 - 10]	3.3 ± 2.9 [1 - 2.5 - 14]	t=.40; p=.69 n=32 [2 ortalama farkı]
5. -6. doğumlar arası süre	1.9 ± .9 [.9 - 2 - 4]	2.2 ± 1.7 [1- 2- 7]	t=.31; p=.76 n=15 [2 ortalama farkı]
istemsiz gebelik sayısı	1.9 ± 1.7 [1 - 2 - 15]	1.8 ± 1.2 [1 - 1 - 6]	t=.612; p=.541 n=170 [2 ortalama farkı]
son gebelik istemli miydi?	Evet : % 64.2 Hayır : % 85.8	Evet : % 69.5 Hayır : % 30.5	z=.68;p=.541 n=367 [2% arası fark testi]

TABLO 3 : DKY Bilgilenme Kaynakları.

	Kadınlar...	% oran		Erkekler..	% oran
1	Komşu, arkadaş	26.0	1	Sağlık personeli	28.9
2	Sağlık personeli	20.8	2	Gazete, kitap, dergi	26.7
3	Radyo-TV	15.6	3	Radyo-TV	18.8
4	Gazete, dergi, kitap	14. 3	4	Komşu, arkadaş	14.2
5	Eş...	9.9	5	Aile büyükleri	5.3
6	Okullar	8.0	6	Eş...	2.5
7	Aile büyükleri	5.1	7	Okul	0.1
8	Diğer kaynaklar	0.3	8	Diğer kaynaklar	3.5

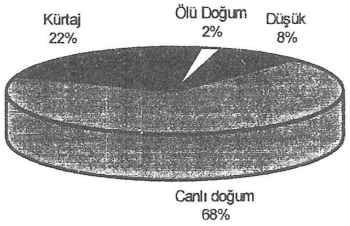
TABLO 4 : AP Hizmet Gereksinimlerinin Karşılanmasında Kullanılan Kaynaklar.

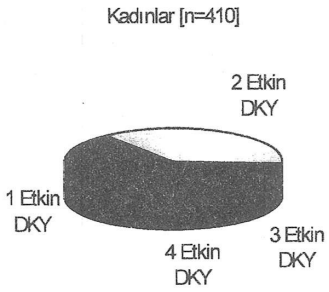
	Kadınlar...	% oran		Erkekler..	% oran
1	SSK Hastanesi	24.3	1	SSK Hastanesi	23.5
2	Özel muayenehaneler	20.6	2	Devlet Hastanesi	20.6
3	Devlet Hastanesi	20.1	3	Sağlık Ocakları	19.2
4	Sağlık Ocakları	17. 1	4	Özel muayenehaneler	13.5
5	Üniversite Hastanesi.	7.7	5	Üniversite Hastanesi	8.3
6	AÇS Dispanseri	5.0	6	AÇS Dispanseri	6.0
7	1'den çok kurum	5.2	7	1'den çok kurum	6.0

TABLO 5 : Çiftlerin AIDS Hastalığı İle Gebelikten Korunma Yöntemleri Hakkındaki Düşünceleri.

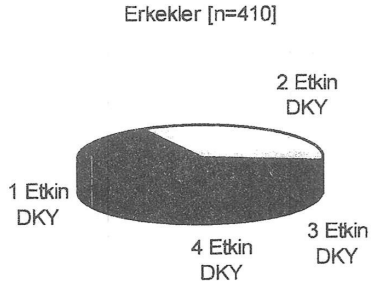
1	İlişki yok ...	35.2	5	Olabilir	4.3
2	Bilmiyorum	28.2	6	AIDS'lilere doğum kontrolü uygulanmalı	1.8
3	İlşki var ...	18.0			
4	Kondom kullanımı	12.3	7	Anlayamadım	0.3

ŞEKİL 1 : Gebeliklerin Sonuçlanma Biçimleri (% dağılımı).

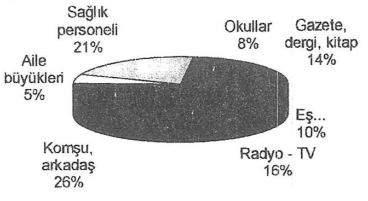


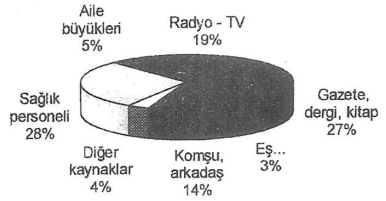


ŞEKİL 2 : Bilinen Etkin Doğum Kontrol Yöntemi (DKY) Sayısına Göre Dağılım.

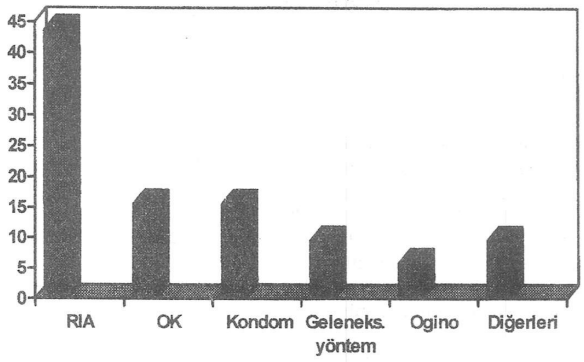


ŞEKİL 3 : Aile Planlaması Yöntemleri Bilgilenme Kaynakları.





ŞEKİL 4 : Halen Kullanılan Doğum Kontrol Yöntemleri % Dağılımı.



TARTIŞMA

Çalışma grubu, pekçok özellikleri bakımından ülkemiz geneline göre daha olumlu durumdadır. Akraba evliliklerinin yok denecek oluşundan, ilk evlilik yaşına; ilk gebelik yaşından sahip olunan çocuk sayısına; ideal çocuk sayısını yakalamadaki başarıdan etkin DKY bilgisi ve kullanma düzeyine dek pekçok parametre özlenen değerlere yakındır. Bu sonuçta kuşkusuz pekçok ögenin payı vardır. Bunlardan birisi de Edirne'de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi olgusunun erken başlaması (1965'ler) ve uzun yıllar özenle sürdürülmesidir. Bir diğeri halkın genel olarak eğitim, sosyo-ekonomik durum bakımından göreceli iyiliğidir. Küçük aile normu topluma yerleşiktir. Akraba evliliği, kültürel bir kalıp olarak reddedilmiştir. Bölgede altyapı sorunları önemli ölçüde çözümlenmiştir. Pekçok sağlık düzeyi göstergesi ülkemiz genelinden iyidir. AP konularına ilişkin bilgilenme, önemli ölçüde sağlık personeli aracılığıyla olmaktadır. Radyo-TV ve basılı materyal önemli kaynaklar olup; geliştirilmesi yerinde olacaktır. Okul kaynaklı bilgilenme çok düşük orandadır! AP hizmet gereksinimlerini karşılamada AÇS Dispanseri'nin yeri üzüntü vericidir. Sağlık Ocakları ise anlamlı bir işlev üstlenmiştir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Çok sayıda gönüllü öğrencinin katılımı ile imece yöntemiyle bilimsel çalışmalar yapılmasında saymakla bitmez yararlar vardır. Öğrencilerin toplumu tanıması, bilimsel çalışma ilke ve yöntemlerini kavraması, sağla-nan başlıca yararlardır. Ayrıca incelenen toplumun değişik karakteristiklerinin bu tür alan çalışmalarıyla orta-ya konulması ile, sunulan hizmetin bilimsel ölçütlerle değerlendirilmesi ve planlanması olanaklı olabilecek-tir. Gözlenen odur ki; AP hizmetlerinin toplumda gelişmesi çok etmenlidir. Toplumun genel kalkınmışlık dü-zeyinin yanısıra, sunulan sağlık hizmetlerinin niteliği de önemli belirteçlerdendir. Edirne merkezi özelinde halkın, AP alanında sunulan hizmeti almaya hazır olduğu görülmektedir. Motive durumdaki halka daha ni-telikli, sürekli, pekçok bakımdan "erişilebilir" hizmet sunulması durumunda, göstergelerin daha da iyileşme-si beklenebilir. Böylece ülkemizin ve dünyanın en önemli sorunlarından olan hızlı nüfus artışı frenlenebilir. Başarılı bölgelerden elde edilecek deneyimlerin diğer alanlara taşınması da, önemli kazanımlardan olacaktır.

KAYNAKLAR

1. 1988 Turkish Population and Health Survey. Hacettepe University Institute of Population Studies.
2. 1993 Turkish Population and Health Survey. Hacettepe University Institute of Population Studies
3. Royston E and Armstrong S. (Eds.) Preventing Maternal Deaths. WHO, Geneva 1989.
4. Dawson-Saunders B and Trapp GR. Basic and Clinical Biostatistics. Appleton & Lange, 1990.
5. Rakel RE. Textbook of Family Practice. 4th edition. WB Saunders Co. Philadelphia, 1990, s. 818-32.
6. Last MJ and Wallace BR. Public Health & Preventive Medicine. 13th ed. Prentice Hall Int. Inc.1992, s. 682-3, 1099.
7. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü.Ana Sağlığı ve Aile Pl. El Kitabı. 4. bs. 1991.
8. Hatcher RA, Kowal D, Guest JF, Trussel J, Stewart FH, Stewart KG, Bowen CS, Cates W. Kontraseptif Yöntemler Basım. Çev. Ed. A.A.Dervişoğlu, Çev. Pınar Şenlet. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı Yay. no 1, Ankara, 1990.
9. Tezcan S, Oral S, Güçiz B, Parlar A. Ana Sağlığı, Aile Planlaması Doğurganlık Konularına İlişkin Araştırma Özetleri "1970-1986". Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayın no 86/37, Ankara, 1986.
10. Halk Sağlığı Günleri - I - " Ana Sağlığı " Bildiri Özetleri. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fak., 20-22 Haziran 1989, Sivas.
11. III. Halk Sağlığı Günleri. Gençlerin Sağlık Sorunları. Ed. Yusuf Öztürk. Erciyes Üniversitesi Yay. no 46, Kayseri, 1993.
12. Genel Nüfus Sayımı 1990. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, Yayın no 1457, Ankara, 1991.

ADANA İL MERKEZİNDEKİ HASTANELERİN ACİL SERVİSLERİNE BAŞVURAN KAZA OLGULARININ EPİDEMİYOLOJİK İNCELENMESİ

Bil.Uz.Handan (ÇELİKER) GÜNEYLİ*, Doç.Dr.Refik BURGUT**

İl Sağlık Müdürlüğü, Adana
Ç.Ü. Tıp Fakültesi,Halk Sağlığı A.B.D. Adana.

ÖZET

Savaşlar dışında, doğal ve kitlesel felaketler ve diğer kazalar günlük yaşamımızda önemli bir yer tutmaktadır. Kazaların epidemiyolojik olarak incelenmesi kaza sorununun aydınlatılması ve çözümlenmesinde yardımcı olacaktır[1].

Bu amaçla, 1991 yılında, Adana ilindeki 4 hastanenin acil servislerine başvuran 1115 kaza olguları değerlendirilmiştir. Kaza geçirenlerin %70.7'sinin erkek, %29.3'ünün kadın olduğu, 0-14 çocuk yaş grubunun içinde en fazla 5-9 yaş grubunun (%37.3), yetişkin yaş grubu içinde en fazla 25-44 yaş grubunun (%47.5), evlilerin (%59.2) bekarlara göre daha fazla kazaya maruz kaldığı görüldü.

Kaza olgularının 478'i (%42.9) ev kazası, 339'u (%30.4) trafik kazası, 153'ü (%13.7) iş kazası, 11'i (%1) çevresel ve tabii kazalar, 134'ü (%12) diğer kazalardır.

En sık kaza görülme şekli sıra ile; Motorlu taşıt kazası (%29.4), düşmeler (%27), delici-kesici-batıcı aletlerle olan kazalar (%14.7), iş aletleri ile olan kazalar (%11.1), zehirlenmeler (%7.9), ve yanıklardır (%2.5).

GİRİŞ

Kaza, beklenmedik bir anda meydana gelen yaralanma, hastalık, can ve mal kaybına neden olan olaylardır. Kazalar, dünya üzerinde yılda yüzbinlerce kişinin yaralanmasına ve ölümlerine neden olmasıyla bugün önemli bir halk sağlığı problemi haline gelmiştir (1,2(. Kazalar, ölüm nedenleri sıralamasında Amerika'da 9, Fransa, Finlandiya ve Türkiye'de 6.sırada yer almaktadır (3).

Ülkemizde; 1983 yılında kaza ölüm hızı yüzbinde 7.4 iken, 1989'da yüzbinde 10'a yükselmiştir. 1989 yılı Devlet İstatistik Enstitüsü verilerine göre kaza ölüm oranı erkeklerde %74.4, kadınlarda ise %25.6'dır[4]. 1980-1989 yıllar arası kaza nedenli ölümlerin %61'i trafik kazası nedeniyle olmuştur. Aynı süre içinde toplam 716,765 motorlu taşıt kazası meydana gelmiş, kaza sonucu 540,269 kişi yaralanmış, 57,759 kişi hayatını kaybetmiştir. Yine aynı süre içinde 475 milyara yakın maddi hasarla sonuçlanmıştır (4).

İş Kazası; Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre; "Önceden planlanmamış, çoğu zaman yaralanmalara, sakatlanmalara, makina ve teçhizatın zarara uğramasına ve üretimin bir süre durmasına yol açan olaylardır." İş kazası, üretimin aksaması sonucu meydana gelen ekonomik kaybın yanısıra, işgücü kaybına da neden olmasıyla kişiler kadar, toplumu da ilgilendiren bir halk sağlığı problemidir (5). 1990 yılında sigortalı işçi sayısının 3.5 milyona ulaştığı ülkemizde, günde ortalama 541 iş kazası meydana gelmiş, her gün yaklaşık 4 işçi hayatını kaybetmiş, 8 işçide sürekli işgöremezlik ve yaklaşık günde 235 milyon maddi hasarla sonuçlanmıştır (6).

AMAÇ

Ölümlere, sakatlanmalara, iş göremezlik ve maddi kayıplara neden olması ile hem kişiye hemde ülkenin ekonomik zararına yol açan kazaların; görüldüğü yer, meydana geldiği zaman, kazaya uğrayanların karakteristik özellikleri, kaza nedenlerini ve yaralanma niteliklerini, kaza sonuçlarını (salah, şifa, sakatlık, ölüm), kazaların türleri ve nedenlerini inceleyerek koruyucu tedbirler alınması ile ilgili öneride bulunmayı amaçladık.

GEREÇ ve YÖNTEM

Adana il merkezinde bulunan Devlet Hastanesi, SSK Adana Hastanesi, Numune Hastanesi ve Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi olmak üzere toplam 4 hastanenin acil servislerine başvuran 1115 kaza olgusu incelendi. Kazalar ile ilgili bilgiler 1.1.1991-1.12.1991 tarihler arasında belirli aralıklarla (her mevsimden bir ay ve o ayın bir haftası tesadüfen seçilerek, o haftanın tüm günlerinde) adı geçen hastanelere başvuran kaza olgularına anket yapılarak toplandı. Toplanan veriler, kodlanarak bilgisayara yüklendi ve SPSSX istatistiksel paket programı ile değerlendirildi.

BULGULAR VE TARTIŞMA

1115 kaza olgusunun 790'ı (%70.9) erkek ve 325'i (%29.1) kadındı (Tablo 1). Kaza olgularında; en yüksek %42.9 ile ev kazası, sonra sıra ile trafik kazası (%30.4), iş kazası (%13.7), diğer kazalar (%12) ve çevresel-tabii kazalar (%1.0) takip etmektedir.

Tablo 1: KAZA OLGULARININ CİNSİYETE GÖRE DAĞILIMI

KAZA TÜRÜ	CİNSİYET					
	ERKEK		KADIN		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%
Trafik Kazası	257	75.8	82	24.2	339	30.4
İş Kazası	138	90.2	15	9.8	153	13.7
Ev Kazası	276	57.7	202	42.3	478	42.9
Çevresl ve Tabii Kazalar	9	81.8	2	18.2	11	1.0
Diğer Kazalar	110	82.1	24	17.9	134	12.0
TOPLAM	790	70.9	325	29.1	1115	100.0

Kazalar; 0-14 çocuk yaş grubunda en sık 5-9 yaş grubunda (%37.3), yetişkin yaş grubu içinde ise en sık 25-44 yaş grubunda (%47.5) görüldü.

Çocukluk yaş grubunda (0-14 yaş) kazaya maruz kalan 357 çocuğun geçirdiği kazaların oluş nedenleri, düşmeler (%53.2) birinci sırada yer alırken, motorlu taşıt kazaları (%21) ikinci, zehirlenmeler(%5.6) üçüncü, yanık (%5.3) dördüncü sırada yer almaktadır. Kaza geçiren çocukların çoğunu erkek çocukları oluşturduğu görülmektedir. 1984-1987 yılları arasında Anarat ve arkadaşları (7) tarafından aynı bölgede yaptıkları benzer bir çalışmada kaza geçiren çocukların çoğunun erkek olması ve kaza nedenleri içinde düşmeler birinci sırada yer alırken (%46.9), motorlu taşıt kazaları ikinci sırada yer almaktadır (%16.6). Bu sonuç, bizim çalışmamızla ile uygunluk göstermektedir. Erkek çocukların daha fazla kazaya uğraması, erkek çocukların daha aktif olması ile izah edilebilir.

Yetişkin yaş grubunda (15 yaş üstü) kazaya maruz kalan 758 kişinin geçirdiği kaza nedenleri sırasıyla motorlu taşıt kazaları (%33.4) birinci,iş aletlerinin neden olduğu kazalar (%15.7) ikinci, düşmeler (%14.6) üçüncü sırada yer almaktadır.

Yaşlıların (65 yaş üstü) geçirmiş oldukları kazaların oluş nedenleri sırasıyla düşmeler (%40.9) birinci, motorlu taşıt kazaları (%36.4) ikinci sırada yer almaktadır (Tablo 2).

Herhangi bir eğitim kurumundan mezun olan 15 yaş üzeri kazazedelerin (%89.2), okuma-yazma bilmeyen ve herhangi bir okulu bitirmeyenlere göre (%10.8) daha fazla, okul bitirenler içinde ise en fazla ilkokul mezunlarının daha fazla kazaya maruz kaldığı görülmüştür (%21.5). Kaza geçirenlerin; %55.2'sinin sosyal güvenliğinin olmadığı, %85.9 unun emniyet kemeri kullanmadığı, %32'nin sigara kullandığı, %12.4'nin alkol kullandığı ve %3'ünün ilaç kullanma alışkanlığı olduğu görüldü.İstanbul Haydarpaşa Numune Hastanesinde yapılan benzer bir çalışmada (8); kaza geçirenler içinde ilkokul mezun olanların fazla olduğu (%37.6), çoğunun sosyal güvenliğinin olmadığı, sigara ve alkol kullanma oranının düşük olduğu bizim çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Trafik kazaların en fazla 16.01-20.00 saatleri arasında meydana geldiği (%27.3), iş kazaları (%45.6'sı) ile ev kazalarının (%29.1'i) en fazla 08.01-12.00 saatleri arasında olduğu görüldü. D.İ.E.'nün 1989 yılı verilerine göre (4); kazaların, en yoğun olduğu saatin 16.00-20.00 saatler arasına rastlaması bizim sonuçlarımızla paralel olduğu göstermektedir. İş ve ev kazalarının 08.01-12.00 arasında olması genellikle çalışma saatinin 08.00-17.00 olması ile bir uyumluluk vardır. Evde yapılan işlerin gündüz saatlerinde yapılması nedeniyle ev kazaları daha çok gündüz saatlerine rastlamaktadır. İş kazalarının çalışma saatlerinin başlangıcına rastlaması, kaza geçirenlerin işe başlama saatlerinde uyum ve dikkatin daha az olabileceği ile açıklanabilir.

Bütün kazalar içinde, ev kazaları birinci trafik kazaları ise ikinci sırada yer almaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Tüm kazalar hakkında halka programlı eğitim yaygınlaştırılmalı. Eğitim sürekli olarak görsel ve işitsel iletişim araçlarından yararlanılarak yapılmalı.Hatta ilk öğretimden başlayarak her düzeydeki eğitim kurumlarının ders programlarında kazaları önleme konusunda yer verilmelidir.

2. Çocukluk çağı kazaları içinde önemli yer tutan düşmeleri önlemek üzere evlerin damlarına korkuluk yapma zorunluluğunun getirilmesi, korkulukların yüksek ve çocukların tırmanamayacağı şekilde yapılması, trafik kazalarını önlemek üzere çocukların geçebileceği yerlerde, okul önlerinde, yoğun kavşaklarda yayaların geçebileceği alt ve üst geçitlerin yapılması, caddelerde bisikletliler için özel yollar yapılması, yanıcı ve zehirlenme nedeni olabilecek maddelerin çocukların erişemeyecekleri yükseklikte bulundurulması. Bu tür konularda gerek konferanslarla gerek basın-yayın yolu ile aileler ve ilgililerin eğitilmesi gibi bir dizi önlemlerin alınması yararlı olacaktır.

3. Kazalara korunmaya yönelik çalışmalarda daha etkin tedbirlerin alınması için kaza ve sonuçları ile ilgili kayıtların düzenli tutulması

4. Kazaları önlemek için ülkemiz koşullarına göre ulusal düzeyde planlama, örgütleme, koordinasyon ve organizasyona ihtiyaç vardır. Bu çalışma, tek merkezde toplanarak illerde de teşkilatlanma şeklinde tüm ülke sathına yayılması

5. Kazaları önleme programlarını uygulamak ve geliştirmek üzere aile, okul, sağlık kuruluşları ve derneklerin katkısı sağlanmalı.

KAYNAKLAR

1- PEKCAN,H;"Kazaların Epidemiyololisi ve Demografisi"Acil Yardım ve Kazalar Simp.içinde, Der,EGE Rıdvan, Emel Matbaacılık, Ankara, 1984.

2- EGE, R.,: "Acil Yardım ve Kazalar Simpozyumu", Der.Ege Rıdvan, Emel Matbaacılık, Ankara, 1984.

3- W.H.O.,: "World Health Statistics Annual 1990", Vol.1.Vital Statistics and Causes of Death, W.H.O. Geneva,1990.

4- D.İ.E.,;" 1989 Trafik Kaza İstatistikleri ",D.İ.E. Matbaası, Yayın No: 1469, Ankara, 1991.

5- BİLİR, N, ÖZCEBE, H.,: "1985-1989 Yılları Arasında Beş Yıllık Beş Yıllık Dönemde İş Kazalarının Değerlendirilmesi", İşçi Sağlığı İş Güvenliği Sempozyumu, 4-10 Mayıs 1991, İşçi Sağlığı İş Güvenliği Haftası, Ankara, 1991.

6- SSK 1990 İstatistik Yıllığı,SSK Genel Müdürlüğü Yayını,No: 525, 1991.

7- ANARAT, A.,Gültekin,A, Galip,A.E ve ark. Çukurova Bölgesindeki çocukluk çağı kazaları I: Epidemiyolojik Yaklaşım. Çukurova Üniversitesi dergisi,cilt 13, 1, 1988.

8- Sabuncu,H ve ark., 'Haydarpaşa Numune Hastanesi Kaza olguları ile ilgili Araştırma', Istanbul Üniversitesi, 1990.

Tablo 2: KAZA NEDENLERİNİN YAŞ VE CENSİYETE GÖRE DAĞILIMI

Yaş Grubu	KAZA NEDENLERİ																											
	Mot.Taş. Kazası			Elektrik Kazaları		Düşme		Yanık		Çarpma		Kesme		İş Aleti		Ateşli Silah ile		Del.Kes. Alet ile olan K.		Şüp.Hay. Isır.		Zehirlenme		Boğulma		Diğer		Toplam	
	C	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
0-14	T	75	21.0	3	0.8	190	53.2	19	5.3	8	2.2	15	4.2	6	1.7	-	-	13	3.6	1	0.3	20	5.6	3	0.8	4	1.1	357	100.0
	E	52	20.5	2	0.8	135	53.1	13	5.1	7	2.8	11	4.3	5	2.0	-	-	13	5.1	1	0.4	12	4.7	-	-	3	1.2	254	71.1
	K	23	22.3	1	1.0	55	53.4	6	5.8	1	1.0	4	3.9	1	1.0	-	-	-	-	-	-	8	7.8	3	1.2	1	1.0	103	28.9
15-24	T	83	28.9	7	0.7	38	13.2	2	0.7	8	2.8	12	4.2	52	18.1	1	0.3	37	12.9	1	0.3	41	14.3	-	-	5	1.7	287	100.0
	E	69	34.0	2	1.0	28	13.8	1	0.5	7	3.4	8	3.9	44	21.7	1	0.5	32	15.8	1	0.5	8	4.0	-	-	2	1.0	203	70.0
	K	14	16.7	5	6.0	10	11.9	1	1.2	1	1.2	4	4.8	8	9.5	-	-	5	6.0	-	-	33	39.3	-	-	3	3.6	84	29.3
25-44	T	117	32.4	4	1.1	47	13.0	4	1.1	9	2.5	15	4.2	64	17.7	2	0.6	60	16.6	-	-	19	5.3	-	-	19	5.3	360	100.0
	E	90	34.0	4	1.5	27	10.2	1	0.4	8	3.0	10	3.8	57	21.5	2	0.8	49	18.5	-	-	4	1.5	-	-	13	5.0	265	73.4
	K	27	28.1	-	-	20	20.8	3	3.2	1	1.0	5	5.2	7	7.3	-	-	11	11.5	-	-	15	15.6	-	-	6	6.3	95	26.6
45-64	T	45	50.6	-	-	17	19.1	1	1.1	3	3.4	2	2.2	3	3.4	1	1.1	8	9.0	-	-	8	9.0	-	-	1	1.1	89	100.0
	E	32	56.1	-	-	10	17.5	-	-	2	3.5	2	3.5	3	5.3	-	-	6	10.5	-	-	2	3.5	-	-	-	-	57	64.0
	K	13	40.6	-	-	7	21.9	1	3.1	1	3.1	-	-	-	-	1	3.1	2	6.3	-	-	6	18.1	-	-	1	3.1	32	36.0
65>	T	8	35.4	-	-	9	40.9	1	4.5	-	-	1	4.5	-	-	-	-	1	4.5	1	4.5	1	4.5	-	-	-	-	22	100.0
	E	6	54.5	-	-	4	36.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	9.1	-	-	-	-	11	50.0
	K	2	18.2	-	-	5	45.5	1	9.1	-	-	1	9.1	-	-	-	-	1	9.1	1	9.1	-	-	-	-	-	-	11	50.0
Toplam	T	328	29.4	14	1.2	301	27.0	27	2.5	28	2.5	45	4.0	125	11.2	4	0.4	119	10.7	3	0.3	89	8.0	3	0.3	29	2.6	1115	100.0
	E	249	31.5	8	1.0	204	25.8	15	1.9	24	3.0	31	3.9	109	13.8	3	0.4	100	12.7	2	0.2	27	3.4	-	-	18	2.3	790	70.8
	K	79	24.2	6	1.8	97	29.8	12	3.6	4	1.2	14	4.3	16	4.9	1	0.3	19	5.8	1	0.3	62	19.0	3	0.9	11	3.3	325	29.2

PARK SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE KAZA İNSİDANSI

Yrd. Doç. Dr. Meltem Çöl*, Uzm. Dr. Nazlı Dalgıç**, Prof. Dr. Aysel Işık*
Öğr. Gör. Meral Durmuşoğlu*

* A.Ü.T.F. Halk sağlığı A.B.D.
** S.B. Ankara İl Sağlık Müdürlüğü

ÖZET

Çalışma, halk sağlığı yönünden büyük önem gösteren kazaların Park Sağlık Ocağı Bölgesi'ndeki insidansını ve kazaların özelliklerini tespit amacıyla toplumdan örnekleme ile seçilen 850 ailedeki 2993 kişide yürütülmüştür. Bölgede son 1 yılda kaza insidansı %6.2 bulunmuş, kaza nedenleri sıralamasında düşmeler birinci, trafik kazaları ikinci, yanıklar üçüncü sırayı almışlardır. Kaza geçirme oranları yaş olarak 0-4 yaş grubunda diğer gruplara göre yüksek bulunmuş, cinsiyete göre fark gösterilememiştir. Yaş ve cinsiyete göre kaza nedenleri ve kazaların oluşturdukları yerler incelenerek, soruna çözüm önerilerinde bulunulmuştur.

GİRİŞ, AMAÇ

Kazalar tüm dünyada morbiditesi ve mortalitesi yüksek, sakatlık ve işgücü kayıplarına neden olan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Beklenmeyen, birdenbire ortaya çıkan, yaralanma veya mal kaybı ile sonuçlanan olay olarak tanımlanan kazalar, birtakım hazırlayıcı faktörler ve korunulabilir durumların sonucudur.

Ülkemizdeki Devlet İstatistik Enstitüsü ve eğitim araştırma bölgelerinin kayıtlarına göre kazalar ölüm sıralamasında ilk sıralarda yer almaktadır (1,2,3,4).

Ancak kaza morbitesi konusunda güvenilir rakamlar yoktur. Şimdilik bunlar özel araştırmalardan elde edilmektedir. Kayıt yetersizliklerine ilavaten, kazaların kaynak ve nedenlerinin karmaşık olması, üzerinde yeterince durulamamasına neden olmaktadır.

Bu nedenlerle çalışma konusu olarak seçilen kazaların, Park Sağlık Ocağı Bölgesi'ndeki 1 yıllık insidansını belirlemek ve bazı tanımlayıcı özelliklerini ortaya koymak amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Belirtilen amaç doğrultusunda, A.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.B.D.'nın hizmet verdiği, Abidinpaşa Grup Başkanlığına bağlı Park Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 1992 yılında yürütülmüş olan çalışma, ağırlıklı olarak tanımlayıcı özellikler içermektedir.

Park Sağlık Ocağı Bölgesi Ankara kenti içerisinde, Akdere semtinde gecekondu ve apartman kesimlerini birlikte içeren 20.000 nüfuslu bir bölgedir. Bu bölgede oturan 5500 aileden rastgele örnekleme ile 850 aile seçilmiş, bunlardan ulaşılabilen 828 ailedeki 2993 kişi çalışma kapsamına alınmıştır. Kişilerin evlerinde çalışmada yer alan hekimler tarafından yüzyüze anket yöntemiyle aile ile ilgili bazı faktörleri içern bir anket formu uygulanmasının yanı sıra son 1 yılda kaza geçirenler belirlenerek bunlara bazı kişisel özellikleri ve kazayla ilgili durumları (kaza nedeni, kaza geçirilen yer, kaza sonuçları gibi) içeren 2. bir form uygulanmıştır. Kazaların tanımlayıcı özellikleri belirlenmiş, kaza geçirme durumuyla evdeki kişi sayısı, kişi başına yıllık gelir (KBYG), konut tipi, yaş ve cins gibi bağımsız değişkenler karşılaştırılmış, kaza geçirilen yerler ve kaza nedenlerinin yine yaş ve cinse göre dağılımları verilmiştir.

Veriler kodlanarak bilgisayardan alınmış, istatistik değerlendirmede Chi Square önemlilik testi kullanılmıştır.

BULGULAR

Çalışma kapsamına alınan 2993 kişinin 43'ü (%14) 0 yaş grubunda, 167'si (%5.6) 1-4 yaş grubunda, 613'ü (%20.5) 5-14 yaş grubunda, 620'si (%20.7) 15-24 yaş grubunda, 1390'ı (%46.5) 25-64 yaş grubunda, ve 160'ı (%5.3) da 65 yaş üzeri grubtadır. Cinsiyet olarak ise 1519 'u (%50.8) erkek, 1474'ü (%49.2) kadındır.

Kaza geçirme oranına bakıldığında, 2993 kişiden 177'sinin (%5.9) son 1 yılda kaza geçirdikleri görülmüştür. 177 kişinin 169'u (%95.5) 1 kaza, 8'i (%4.5) 2 kaza geçirmiş olup, 2993 kişide geçirilen toplam kaza sayısı 185 (%6.2) dir.

Buna göre bölgede kaza insidansı, %6.2, kaza geçirenlerin oranı %5.9'dur.

Aileler yönünden kaza oranına bakıldığında ise, 828 aileden 667'sinde (%80.6) hiç kaza olmadığı, 145'inde (%17.5) 1 kişide, 16'sında (%1.9) 2 kişide kaza olduğu görülmüştür. Sonuçta toplam 161 ailede (%19.4) kaza söz konusudur.

Ailede kaza geçiren olup olmaması ile, evdeki kişi sayısı, konut tipi ve KBYG ilişkisi araştırılmış (bkz. Tablo I), gecekonduda oturanlarda ve evdeki kişi sayısı arttıkça kaza geçirmenin arttığı, KBYG ile ilişkili olmadığı görülmüştür.

Tablo I: Ailelerin kaza durumunun, evdeki kişi sayısı konut tipi, ve KBYG'e göre dağılımları

		Kaza Durumu					
		Kaza var		Kaza yok	Toplam n	%	X^2
Evdeki kişi sayısı	1-2	n	24	154	178	21.5	
		%	13.5	86.5	100		
	3-4	n	82	328	410	49.5	5.966
		%	20	80	100		p<0.005
	5 ve üzeri	n	55	185	240	29.0	
		%	22.9	77.1	100		
Konut Tipi	Gecekondu	n	86	275	361	43.6	7.345
		%	23.8	76.2	100		p<0.001
	Apartman	n	75	392	467	56.4	
		%	16.1	83.9	100		
KBYG	>9 milyon	n	115	427	542	65.5	2.831
		%	21.2	78.8	100		p>0.05
	<9 milyon	n	46	240	286	34.5	
		%	16.1	83.9	100		

Geçirilen 185 kazanın nedenleri incelendiğinde, 66'sı (%35.7) düşme, 44'ü (%23.8) trafik kazası, 25'i (%13.5) yanık, 17'si (%9.2) kesici alet, 12'si (%6.5) üzerine birşey düşmesi, 5'i (%2.7) zehirlenme, 4'ü (%2.2) elektrik çarpması, 2'si (%1.1) endüstri kazası, 10'u (%5.3) diğer kazalardır.

Kazaların oluştukları yerlere göre dağılımında, 90'ının (%48.2) sokak-cadde de, 60'ının (%32.4) evde, 17'sinin (%9.7) işyerinde, 13'ünün (%7.0) bahçede, 5'inin (%2.7) toplu yerlerde meydana geldiği görülmüştür.

Mevsimsel dağılımda ise, ilkbaharda 28 (%15.1), yazın 55 (%29.7), sonbaharda 56 (%30.3), kışın 46 (%24.9) kaza olmuştur.

Yaşa göre kaza geçirme durumu incelendiğinde Tablo II'de görüldüğü gibi, 0-4 yaş grubunda kaza geçirme oranı %10.5 olup, diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı yükseklik söz konusudur.

Tablo II: Yaşa göre kişilerin kaza geçirme durumlarının dağılımı

		Kaza Geçirme Durumu			
Yaş Grubu		Kaza Geçiren	Kaza Geçirmeyen	TOPLAM	%
0-4	n	22	188	210	
	%	10.5	89.5	100.0	7.0
5-14	n	34	579	613	
	%	5.5	94.5	100.0	20.5
15-24	n	30	590	620	
	%	4.8	95.2	100.0	50.7
25-64	n	83	1307	1390	
	%	6	94	100.0	46.5
<65	n	8	152	160	
	%	5	95	100.0	5.3
TOPLAM	n	177	2816	2993	
	%	5.9	94.1	100.0	100.0

X^2=9.541 p<0.05

Kaza geçirmenin, cinsiyetle ilişkisi değerlendirildiğinde (Tablo III), erkeklerde kaza geçirme oranı biraz daha fazla olmasına rağmen, fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Tablo III: Cinsiyete göre Kişilerin Kaza Geçirme Durumlarının Dağılımı

		Kaza Geçirme Durumu			
Cinsiyet		Kaza Geçiren	Kaza Geçirmeyen	TOPLAM	%
Erkek	n	100	1419	1519	
	%	6.6	93.4	100.0	50.8
Kadın	n	77	1397	1474	
	%	5.2	94.8	100.0	49.2
TOPLAM	n	177	2816	2993	
	%	5.9	94.1	100.0	100.0

X^2=2.246 p>0.05

Kaza nedenlerinin yaşa göre dağılımında, 1.sırada 1-4 yaş grubunda yanık (%42,1), 25-64 yaş grubunda trafik kazaları (%31,3) yer almasına karşılık, diğer yaş gruplarının tümünde 1. sırada düşmeler, 2.sırada trafik kazaları gelmiştir.

Kaza nedenlerinin cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde hem erkek hemde kadınlarda 1.sırada düşmeler, 2.sırada trafik kazaları, 3sırada yanıklar yer almaktadır.

Kazaların meydana geldiği yerler yaşa göre incelendiğinde 5 yaşa kadar, evde oluşan kazalar 1.sırada iken (0 yaşta %100'ü, 1-4 yaşta %89.5'i), 5 yaştan sonra tüm yaş gruplarında sokak ve caddelerde oluşan kazalar 1.sırada gelmektedir. (%50 den fazlası).

Kazaların meydana geldiği yerler cinsiyete göre de farklı bir sıralama göstermiştir. Erkeklerde kazaların büyük kısmı (%56) sokak ve cadde de oluşurken, kadınlarda ilk sırayı ev kazaları (%48.8'i) almıştır.

Kaza sonucu oluşan işgünü kayıpları incelendiğinde, 126 kazada (%68.1) işgünü kaybı olmamıştır. 43 kazada (%23.2) 1-15 gün arası, 11 kazada (%6) 16-30 gün arası ve 5 kazada da (%2.7) 30 günün üzerinde işgünü kaybı söz konusudur.

Kazaların yaratttığı sonuçlar ise tablo IV de gösterilmiştir.

Tablo IV Kazaların Sonuçlarına Göre Dağılımı

Kaza Sonuçları	Kaza Sayısı	%
Geçici Traum	134	72.4
Sekel	40	21.6
Kalıcı Sakatlık	9	4.9
Ölüm	2	1.1
TOPLAM	185	100.0

TARTIŞMA

Çalışmada, örneklemeyle seçilen 2993 kişi üzerinden, Park Sağlık Ocağı Bölgesinde kaza insidansının %6.2, kaza geçirenlerin oranının % 5.9 olduğu, ailelerin % 19.4'ünde son 1 yılda kaza olduğu görülmüştür. Bulduğumuz %6.2 insidans oranı, Tuzluçayır Sağlık Ocağı Bölgesinde 1981 de yapılmış olan bir çalışmadaki %14.3 ve Etimesgut Grup Başkanlığına bağlı köylerde 1973 yılında yapılmış çalışmadaki %13.2 oranından daha düşüktür (5, 6). Bu durum bölge farklılığına ve sosyo-ekonomik düzeydeki değişimlere bağlanabilir.

Genel olarak sosyo-ekonomik düzeyin düşüklüğünün kazaları özellikle de ev kazalarını arttırıcı yönde etki yaptığı bilinmektedir. Bu çalışmada da ailelerde kaza görülme oranı, evdeki kişi sayısı ve konut tipi gibi faktörlerle ilişkili bulunmuştur.

Geçirilen kazaların nedenlerine göre dağılımında, düşmeler kazaların %35.7'sini oluşturarak 1. sırada yer almıştır. Trafik kazaları %23.8 oranı ile 2. sırada yer alırken,. yanıklar %13.5 ile 3. sırada, kesici alet yaralanmaları %9.2 ile 4. sırada yer almıştır. Düşmeler, birçok toplumiçi çalışmada ve belli yaş gruplarındaki (çocuk, yaşlı gibi) çalışmalarda hep ilk sıralarda yer almaktadır (7,8,6) 2. sırada yer alan trafik kazaları da ülkemiz koşullarında önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Birçok Avrupa ülkesinde, alınan önlemler sonucu trafik kazaları azalma gösterirken, gelişmekte olan ülkelerde durum tam tersine gözükmektedir (9). Yanıklar da kazalar içinde önemli bir yer tutmaktadır. Bu çalışmada kişilerin %0.8'i son 1 yılda yanık geçirmiştir ki, bu oran bazı bölgesel çalışmalarda %2.1 gibi daha yüksek oranda bulunmuştur (10).

Kazaların meydana geldiği yerler içinde 1. sırada sokak ve caddeler gelmiştir ki bu kazalarda düşmeler ve trafik kazaları önem göstermektedir. Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda ise ev kazaları 1. sırayı almaktadır (8, 6,11). Bu, zaman içinde ev kazalarının azalması, trafik kazalarının artmasına bağlı olabileceği gibi diğer çalışma bölgelerine göre, araştırma sahamızın biraz daha sosyo-ekonomik düzeyinin yüksek olmasından kaynaklanabilir.

Yaş gruplarına göre kaza geçirme oranları incelendiğinde, %10.5 ile en fazla kaza geçiren grup 0-4 yaş grubu bulunmuştur. Bu durum üzerinde, bu yaş grubunun özelliklerine ilaveten, olumsuz konut koşulları ve kalabalık yaşama bağlı ev kazalarının rol oynadığı düşünülmekte olup ülkemizdeki diğer bazı çalışma sonuçlarıyla da uyumludur (6,12).

Kadın ve erkek kaza geçirme oranları incelendiğinde, erkeklerde %6.6 iken, kadınlarda %5.2 bulunmuştur, ancak fark anlamlı düzeyde değildir. Literatürde, kazalara genelde erkeklerde daha yüksek oranda rastlandığı belirtilmekte (12) ve ülkemizde de sağlık merkezlerine yapılan başvuruları değerlendiren çalışmalarda bu şekilde sonuçlar verilmektedir (11,13). Ancak kadınlarda başvuru gerektirmeyecek nitelikte ev kazalarına sık rastlanması sonucu, toplum içi çalışmalarda bu fark azalmakta, bizim sonuçlarımıza benzer sonuçlar ortaya çıkmaktadır (6).

Yaşa göre kaza nedenleri incelendiğinde, düşmelerin her yaş grubunda önemli oranda olduğu, yanıklar için 1-4 yaş, trafik kazaları için ise 25-64 yaş grubunun risk grubu olarak kabul edilebileceği görülmüştür.

Kaza nedenleri yönünden kadın ve erkek arasında fark görülmemiştir ancak kazaların oluşturdukları yer yönünden farklılık söz konusudur. Kadınlarda 1. sırada ev kazaları görülürken, erkeklerde sokak ve caddede oluşan kazalar 1. sıradadır. Bu sonuç erkeklerin daha çok dış yaşam koşullarında, kadınların da ev ortamında bulunmalarından kaynaklanmaktadır.

Yaşa göre kazaların oluştuğu yerler incelendiğinde de, 5 yaşa kadar evde, daha ileri yaşlarda ise sokak-caddede daha çok kaza görülmüştür ki bu yaştan sonra dış koşullara açılma ile ilişkilidir.

Bölgedeki kazaların %31.9'unda işgünü kayıpları ortaya çıkmıştır. Bu kayıplar kazaların önemini göstermektedir. Ancak bu kayıplarla ilgili maliyet analizleri, ayrıntılı çalışmalarla ortaya çıkarılmalıdır.

Kazaların toplam %27.6'sında sekel, sakatlık veya ölümler ortaya çıkmıştır, tüm kazalar göz önüne alındığında toplumda büyük ölçüde etki oluşturdukları düşünülmelidir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamız sonucunda, Park Sağlık Ocağı Bölgesi'nde kaza insidansının %6.2 olduğu saptanmıştır. Bu sonuca göre hizmet bölgemizde kazaların halen önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu gerçektir. 0-4 yaş grubunda daha yüksek görülmesine karşın, kazalar için hemen hemen her yaş grubu risk altında gibidir. Erken çocukluk döneminde özellikle ev kazaları birinci sıradadır.

Toplumda kazaların önlenmesi açısından

1) Konut koşullarının iyileştirilmesi

2) Toplumun tüm kazalardan korunması konusunda eğitim yapılması

3) Trafik kazalarına karşı teknik ve yerel düzenlemelerin yapılması

4) Kazalar sorununa gerçekçi bir yaklaşım sağlayabilmek için bu konuda çok iyi veri toplayan kayıt sistemleri geliştirilmesi ve ülke çapında yasal, teknik önlemler ile kalıcı çözümler sağlanması

5) Kazaların sonucunda oluşan sakatlıkların azaltılması ve bireylerin tekrar topluma kazandırılması için yapılması gereken rehabilitasyon çalışmalarının tüm ülke çapında yaygınlaştırılması gerekli görülmektedir.

KAYNAKLAR

1. T.C.Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, Türkiye İstatistik Yıllığı, 1991.
2. T.C.Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 1982-1986. Yeniçağ Matbaası, Ankara
3. Benli D, Erdal R., Bulut A.:"Etimesgut Sağlık Bölgesi 80-84 Yılları Çalışmalarının Değerlendirilmesi, Yayın No:85/29, 52,
4. Abidinpaşa Eğitim ve Sağlık Grup Başkanlığı, Çalışma Raporu 1992.
5. Erdal R.:"Kırsal Bölgede Kaza Sorunu" Uzmanlık Tezi, H.Ü.Tıp Fak. 1973
6. Süzer E.:"Tuzluçayır Sağlık Ocağı Bölgesinde Halk Sağlığı Sorunu Olarak Tüm Kazalar" Uzmanlık Tezi, A.Ü.Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Kürsüsü, Ankara 1981.
7. Ayhan B, Tümerdem Y., Kosku N., Özşahin A.:"İlkokul Çocuklarında Kazalar" III.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kongre Özet Kitabı, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 30 Nisan-2 Mayıs 1992.
8. Mandıracıoğlu A.:"İzmir Bornova Eğitim Araştırma Bölgesinde 65 Yaş ve Üstü Populasyonda Kaza İnsidensi" III.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kongre Özet Kitabı, H.Ü.Halk Sağlığı Anabilim Dalı. 30 Nisan 1992- 2 Mayıs 1992.
9. WHO "The Epidemiology of Accident Travmas and Resulting Disabitilics" Report on a WHO Symposium, Euro Reports and Series, 57, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1982.
10. Bumin Ç. Aycan S., Arıtürk O., Özaltın S.:"Gölbaşı Eğitim ve Araştırma Bölgesinde Ev Kazası Olarak Görülen Yanık Vakaları İle İlgili Bir Araştırma" II.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Bildiri Özet Kitabı, İ.Ü.Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 22-25 Mayıs 1990.
11. Özcan Ç.:"Kazalar, Halkın ve Ebelerin İlk Yardıma İlişkin Bilgileri" Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi 1976.
12. Halton F, Tiret L., Nacaud V.:"Mrasurement of Accident Morbidity World Health Statistics Quarterly, 39(3), 268, 1986.
13. Tor Ç.:"Çocukluk Çağı Kazaları" Bursa Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kürsüsü, Uzmanlık Tezi, Bursa 1980.

İZMİR İLİNDE TRAFİK KAZALARINDA İNSAN FAKTÖRÜ

Aliye Mandıracıoğlu*, Hamid Hancı**, Cezmi Yavuz***, Ekin Aktaş**

* Ege Üni. Tıp Fak. Halk Sağlığı Anabilim Dalı,
** Ege Üni. Tıp Fak. Adli Tıp Anabilim Dalı,
*** Adli Tıp Kurumu İzmir Grup Başkanlığı Karşıyaka Adli Tıp Şube Md.

ÖZET

İzmir ilinde 1988-1989 ve 1992-1993 yıllarında meydana gelen tafik kazaları verileri değerlendirilmiştir. Kazaların, sürücü yaya, yolcu olarak insanla ilgili boyutu tartışılmıştır.

GİRİŞ

Sosyal durumun iyileşmesi, daha etkin tıbbi bakım gibi sebeblerle diğer nedenlerden ölümler geçtiğimiz 50 yıl içinde dramatik olarak azalırken, kazalar önemli bir ölüm nedeni olmaya başlamıştır. Üstelik diğer ölümlerden farklı olarak trafik kazalarında, genç ve sağlıklı insanların ölümleri ve sakatlıkları gündeme gelmektedir. Bu durum kişi, aile ve toplum için ciddi ekonomik ve sosyal kayıplara neden olmaktadır (1).

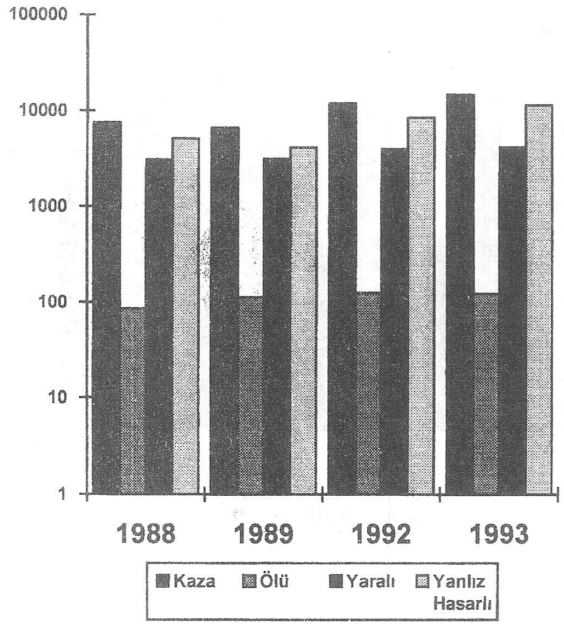
İkinci dünya savaşından sonra endüstrileşmiş ülkelerde traffik kazalarının önlenmesinin değeri tamamen anlaşılmış ve bu konuda çalışmalar öncelikle de önlemlere yönelik olanlar başlatılmıştır. Bu şekilde hukuki ve sosyal politikaların düzenlenmesi ile kaza ölümleri 100000 kişide 30-100'den 20-30'a kadar düşmüştür. Buna karşılık gelişmekte olan ülkelerde kazalar modernleşmenin bir bedeli olarak görülmekte ve etkin önlemler alınması halen geciktirilmektedir (1). Ülkemizde trafik kazaları, hergeçen gün daha fazla sayıda can ve mal kaybıyla hep gündemde kalmaktadır. Özellikle de turizm mevsiminde tatil beldeleri güzergahlarında önemli boyutlara ulaşmaktadır.

GEREÇ VE YÖNTEM

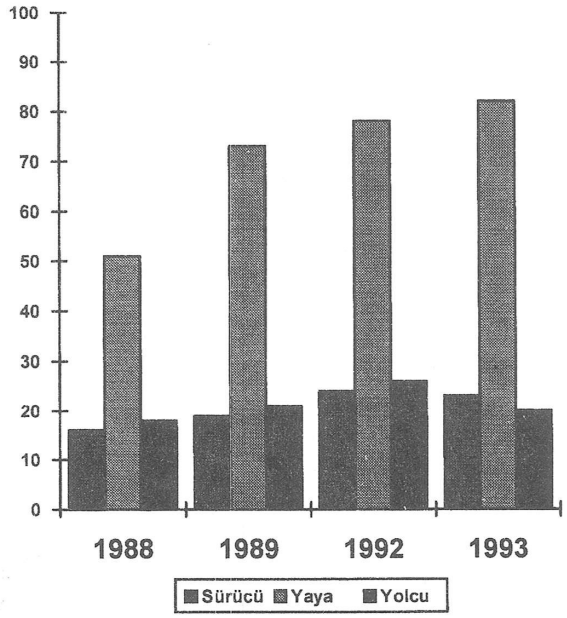
İzmir, büyük illrimizden biri ve önemli turizm beldelerinin merkezi konumunda olması nedeniyle trafik kazaları da yoğun olarak yaşanmaktadır. Çalışmada İzmir Tepecik Trafik Bölge Müdürlüğüne ulaşan trafik kazaları ile ilgili veriler kaynak olarak kullanılmıştır. İzmir ilinde meydana gelen kazaların insanla ilgili boyutu değerlendirilmiştir. Trafik kazası verilerinden 1988-1989 yıllarına ait olanlar ile son 2 yıl olan 1992-1993 verileri karşılaştırılarak sorunun 5 yıl içinde daha da arttığı vurgulanmıştır.

BULGULAR

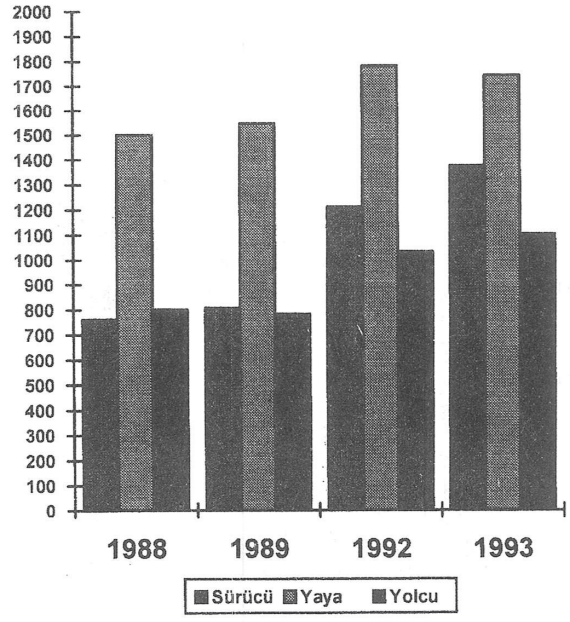
Grafik-1: İzmir İli Merkezinde Trafik Kazaları



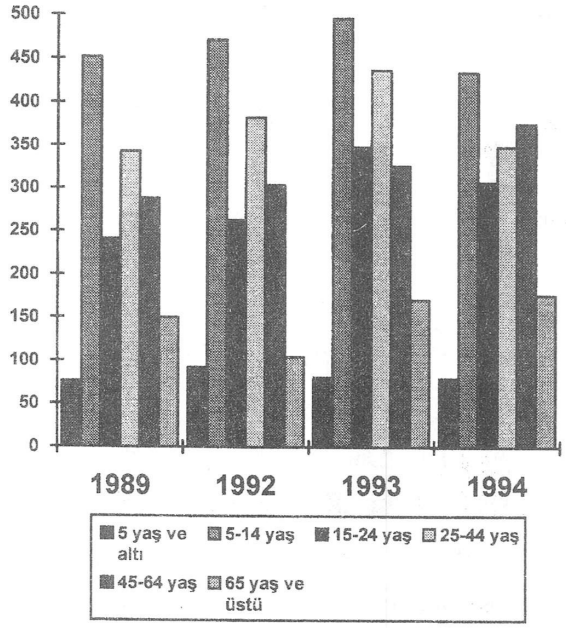
Grafik-2: Trafik Kazalarında Ölülerin Yıllara Göre Dağılımı



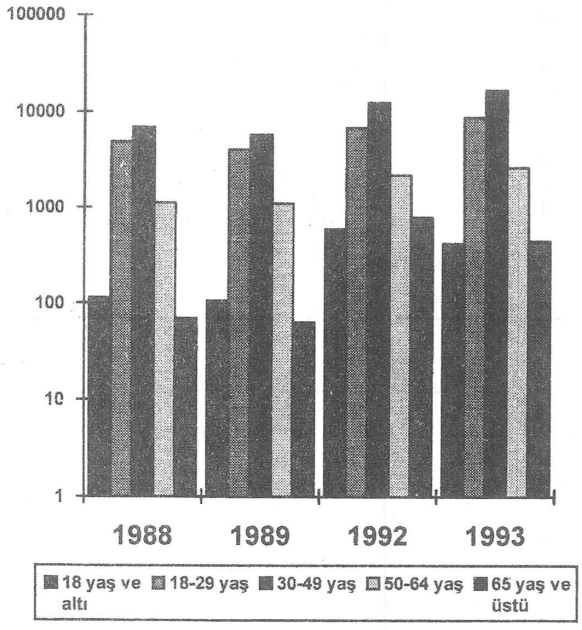
Grafik-3:Trafik Kazalarında Yaralıların Yıllara Göre Dağılımı



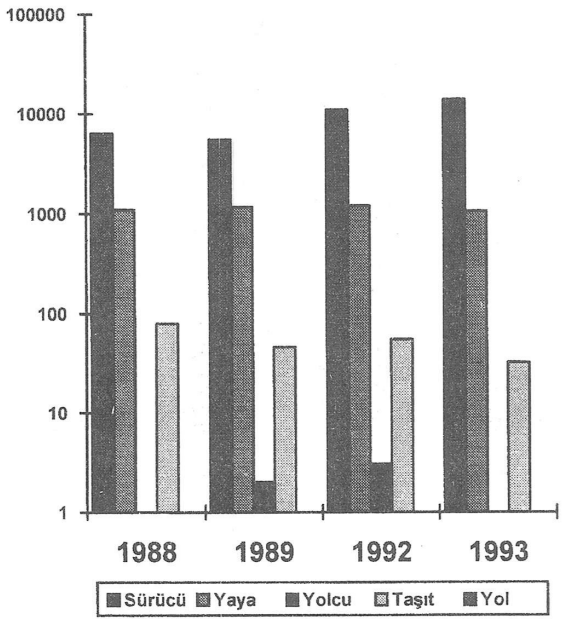
Grafik-4: Yayaların Karıştığı Kazaların Yaşlarına Göre Dağılımları (Ölü ve Yaralılar Dahil)



Grafik-5: Sürücülerin Karıştığı Kazaların Sürücülerin Yaşına Göre Dağılımları



Grafik-6: Trafik Kazalarının Kusura Göre Dağılımı



Tablo-1: Yıllara Göre Sürücü Kusurlarının Dağılımı

	Yanlış Şerit	Hatalı Durma	Dur İşaretinde durmama	Uygunsuz Taşıma	Tedbirsizlik Dalgınlık Uykusuz	Hatalı Geçiş	Hatalı Dönüş	Sarhoşluk	Geçiş Hakkı Vermeme	Ehliyetsiz	Aşırı Hız	Yakın Takip
1988	395	26	321	3	925	327	523	173	1299	-	594	1803
	6.2	0.4	5.0	0.04	14.5	5.1	8.2	2.7	20.3		9.3	28.3
1989	397	3	201	1	905	385	348	135	1170	-	463	1487
	7.2	0.05	3.6	0.01	14.5	7.0	6.3	2.5	21.2		8.4	27.1
1992	1235	2	422	-	1055	997	782	107	1683	-	852	3740
	11.4	0.02	3.8		9.7	9.2	7.2	0.1	15.4		7.8	34.4
1993	1291	3	374	2	1521	1084	1317	118	2150	-	1130	4909
	9.3	0.02	2.7	0.01	10.9	7.8	9.5	0.8	15.5		8.1	35.3

Tablo-2: Yıllara Göre Yaya Kusurlarının Dağılımı

	Toplam	Yaya Geçidi Dışında Geçme	Yola Birden Çıkma	Duran Taşıtın Yanından Çıkma	Yolda Yürümek	Yolda Oturmak Oynamak	Taşıta Asılmak	Sarhoş	Kırmızı Işıkta Geçme	Diğer
1988	1095	-	652	68	24	7	4	33	46	261
	100.0		59.5	6.2	2.2	0.6	0.4	3.0	4.2	23.8
1989	1165	12	741	111	19	4	1	35	46	196
	100.0	1.8	63.6	9.5	1.6	0.3	0.1	3.0	3.9	16.8
1992	1205	1	551	165	28	-	-	30	43	387
	100.0	0.1	45.7	13.7	2.3	0.0	0.0	2.5	3.6	32.1
1993	1054	5	494	157	15	6	2	19	45	311
	100.0	0.5	46.9	14.9	1.4	0.6	0.2	1.8	4.3	29.5

TARTIŞMA

İnsan; sürücü, yaya veya yolcu olarak pek çok kazada ön plana çıkmaktadır. Yaya kazalarında bulgulardan da izlendiği gibi çocuklar ve yaşlılar daha fazla kurban durumundadırlar. Çocukların motor ve mental gelişimleri tehlikeleri kavramaya yetmemektedir (2). Yaşlılar ise reaksiyon ve hareketlerinin yavaşlamaları nedeniyle kazalara uğrama riskleri artmaktadır (7). Yayaları trafik içinde korumak için pek çok ülkede özel önlemler alınmaktadır. Karşıdan karşıya geçiş süresinin artırılması özellikle yaşlı yayaları korumaktadır (3). San Diego'da yapılan bir çalışmada, trafik lambalarının olmadığı yaya çizgilerinde 2 kat fazla kaza meydana geldiği tespit edilmiştir. Bu çizgilerin yayalara yanlış bir güven duygusu verdiği anlaşılmıştır (4). Yaşlıları korumak üzere onlara özel sürücü dersleri verilmesi, gece yaşlılara sürme yasağı, vs. önlemler önerilmektedir (7). Çocukları trafik kazalarından korumak için, onların araba kullanmalarının engellenmesi, arabada yanlız bırakılmamaları, araba kilitlerinin kontrol altında tutulması, sürücülerin meskun yerlerde tedbirli olması vsç gerekmektedir. Çocukların bu konuda eğitimi de önemli bir adımdır. Kanada'da simülasyon oyunları ile çocuklarun trafik eğitinde başarı sağlandığı bildirilmiştir. Çocukların oyunun içinde aktif rol alarak trafik kuralları ve güvenliğini daha etkin öğrendiği, davranış ve tutumlarını olumlu yönde geliştirdiği gösterilmiştir (6).

Sürücülerin hem potansiyel bir kurban ve hem de kaza olayında aktif olarak sorumlu olduğu bulgularda gözlenmektedir. Pek çok ülkeye kıyasla ülkemizde, trafik kazalarında kusur payı daha çok sürücülere verilmektedir. Bu nedenle sürücülere ait risk faktörlerinin azaltılması gerekmektedir. Sürücülerin psikolojik durumu, sürücülüğe genel bakışları, trafik kurallarına uyumları, iş yükü, bazı rahatsızlıkları, alkol alımı, kazaya eğilimleri gibi faktörler önemlidir. Pek çok sürücü yarışmacı bir tutuma girmekte, seyir halinde bir diğerini küçük düşürmeye çalışmaktadır. Yol üzerinde insanlar arasındaki iletişimsizlik, yanlış anlamalar, sabırsızlık kazalara neden olmaktadır (5). Özellikle genç sürücülerin tehlikeli hareketlere eğilimleri fazla olmaktadır. A.B.D'de motorlu taşıt kazaları, 15-24 yaş grubu ölümlerinin %40'ından sorumlu tutulmakta ve bunların yarısının da alkollü iken olduğu yine bu yaş grubuna ait ölümlü kazaların 2/3'ünün motorsiklete bağlı olduğu bildirilmektedir (8,9). 1989'da Los Angeles'de kaza yapan sürücüler retrospektif araştırıldığında, % 40'ının daha önce kaza yaptığı, % 8'inin içkili kaza yapmış olduğu, % 50'inin daha önce hız limitini aştığı anlaşılmıştır (10). Bu şekilde yineleyen kaza yapanların tespit edilip cezai yaptırıma başvurulmasının etkili olduğu saptanmıştır. Sürücülerin alacağı önlemlerle kazaların ve ölümlerin azaltılabileceği, örneğin A.B.D'de 1982-89 arasında emniyet kemeri kullanımı ile ölümcül kazaların alkolsüz araba kullananlarda % 50 azaltılabileceği saptanmıştır (1)

Bütün önlemlere rağmen kazalar meydana geldiğinde de yapılacak düzenlemelerle bu kazaların zararları en aza indirilebilmektedir. Kazazedelere kaza yerinde ilk yardımın uygulanmaya başlanması ve tranportlarının çok hızlı ve güvenilir şekilde organize edilmesinin önemi büyüktür. Zira trafik kazalarında ölümlerin % 10' u ilk 5' içinde ve % 50'i de ilk 30' da meydana gelmektedir (13).

KAYNAKLAR

1. Vegege ME: " Safety belt use among driver involved in alchol related fatal motor vehicle crashes United States 1982-1989, JAMA, 266(2):194-95, 1991
2. Agran P, Winn D, et all: "Unsupervised children in vehicles: a risk for pediatric trauma" Pediatrics 87 (1): 70-3, 1991
3. Perneger T, Smith G: " The driver's role in fatal two car crashes: a paired case control study", APJH 134 (10): 1138-45, 1991
4. Rivara F, Rey D. :" Analysis of fatal pedestrian injuries in King County and prospect for prevention " Public Health Reports, 104(3): 293-97, 1989
5. Lithacid T, Rowland JA:" Environment and Health " Paul Cooper , Scothland, 1985
6. Renauld L., Suissa S. " Evaluation of the efficacy of simulation games in traffic safety education of kindergarden children ", AJPH, 79(3): 307*9, 1989
7. Williams FA, Carsten PL" Driver age and crash involvement", AJPH 79(3): 326-27, 1989
8. Decher MD, Graitcher PL " Reduction in motor vehicle fatalities associated with an increase in the minumum drinking age" JAMA 260(24): 360-4, 1988
9. Vegega ME:" Alcohol related traffic fatalities among youth and young adults limited states, 1982-89", JAMA, 265(15):1930, 1991
10. Hemenway D, Salnick ST:" Fuzy dice, dream cars and indecent gesture: correlates of driver behavior?" Accid. Anal. Prev. 25(2): 161-70, 1993
11. Badran IG: "Accidents in the developing world" World Health 46th year, no1: 11-15, 1993
12. Bangdiwala I S, Perez AE:" Traffic accidents a serious health problem in selected developing countries in American ", PAHO, 21(1):38-47, 1987
13. Çertuğ A: " Trafik kazalarında ilk yardım eğitimi ve organizasyonu", Trafikde güvenlik ve çağdaş uygulamalar Sempozyumu, İzmir, 1993

İZMİR İLİNDE TRAFİK KAZALARININ TEKNİK BOYUTU

Cezmi Yavuz*, Aliye Mandaracıoğlu**, Hamit Hancı***, Ekin Aktaş***

* Adli Tıp Kurumu İzmir Grup Başkanlığı Karşıyaka Adli Tıp Şube Müdürlüğü
** Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
*** Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı

ÖZET

İzmir ilinde meydana gelen trafik kazalarının 1988-1989 ve 1992-1993 yılları verileri karşılaştırılmıştır. Kazaların meydana gelmesine neden olan teknik ve çevresel durum faktörleri irdelenmiştir. Yıl geçtikçe kazaların sayısı ve hasarların boyutunun artışı gözlenmiştir. Bu konuya çözüm önerileri tartışılmıştır.

GİRİŞ

Hızlı nüfus artışı, motorlu araç sayısının artışı fakat diğer taraftan kaza önleme ve kontrol çalışmalarının gelişmesinin yetersizliği kazaların sayısını her geçen gün arttırmaktadır (1).

Ülkemizde yük ve yolcu taşımacılığının büyük oranda karayollarına kaymış olmasının trafik sorununun başlıca sebeplerinden biri olduğu kabul edilmektedir (2).

Trafik kazalarında, yol, çevre ve taşıt ile ilgili faktörler de önemli rol almaktadır. Buna rağmen ülkemizde meydana gelen trafik kazalarında yol ve çevre ile taşıt özelliklerinin etkisinin az olarak görülmesi dikkat çekmektedir. Bunun nedeni trafik kazalarının geniş boyutlu ele alınmaması, insanla ilgili faktörlerde yol ve çevre koşullarının etkisi olup olmadığı araştırılmamasıdır (3). Ülkemizde ortaya çıkan kazalarda her yıl kaybedilen para ile 3000 km lik bir yol yapılabileceği hesaplanmıştır(4).

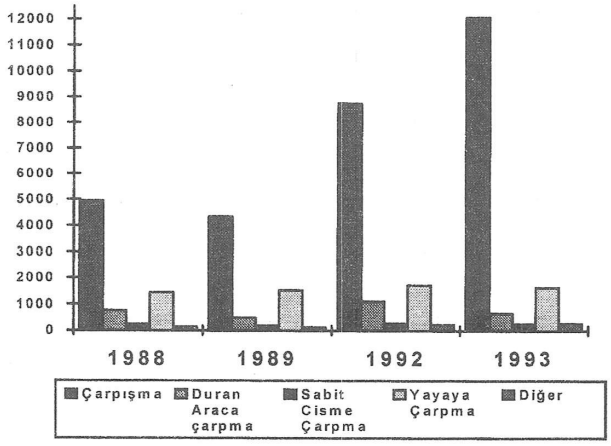
GEREÇ VE YÖNTEM

İzmir ilende meydana gelen trafik kazaları ile ilgili Tepecik Trafik Bölge Müdürlüğü verileri değerlendirilmiştir. 1988-1989 ve 1992-1993 verileri karşılaştırılmıştır. Bu 5 yıllık dönemde trafik kazalrına neden olan çevresel ve teknik faktörler açısından veriler değerlendirilmiştir.

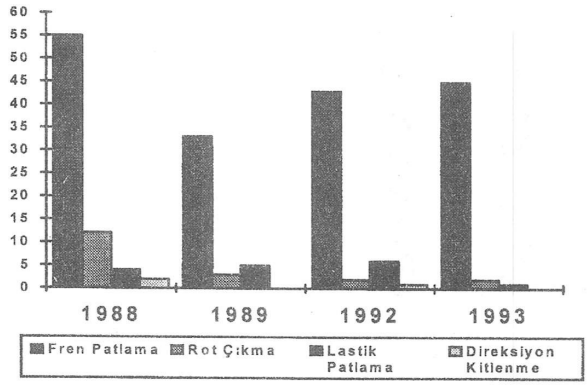
BULGULAR

Trafik kazalarının meydana gelmesinde rolü olan faktörler; Araçtaki teknik arıza, yolun aydınlatılmama durumu, yolun özelliği, hava koşulları grafiklerde izlenmektedir.

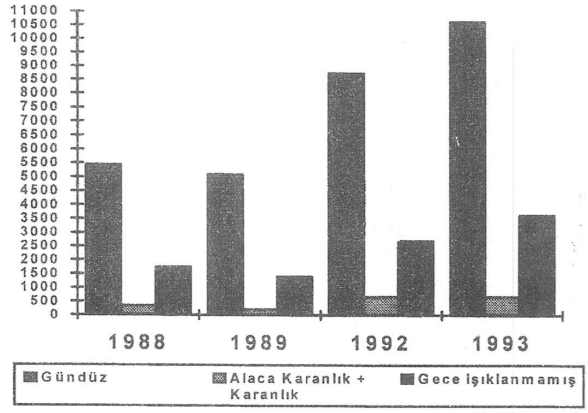
Grafik-1: Kazanın Oluş Şekline Göre Dağılımları



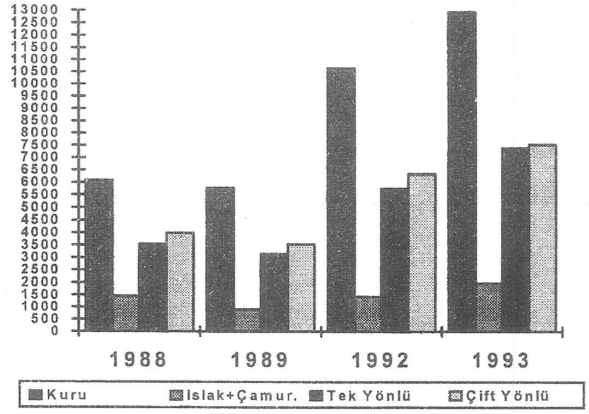
Grafik-2: Kazalarda Ortaya Çıkan Mekanik Arıza Durumuna Göre Dağılımları



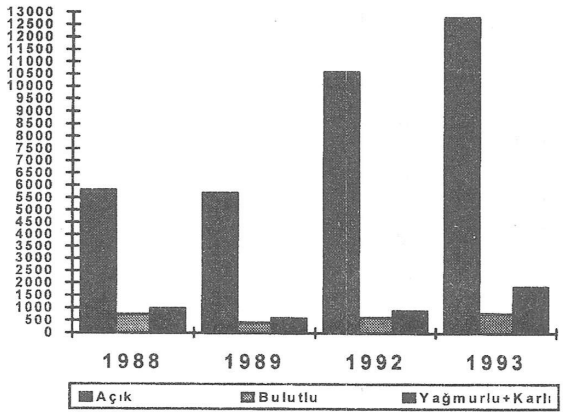
Grafik-3: Yolun Aydınlatılma Durumuna Göre Dağılımlar



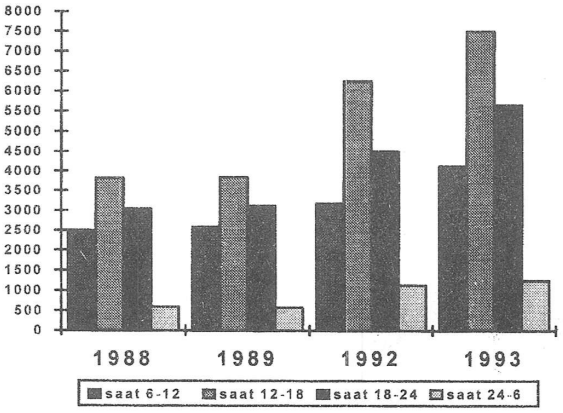
Grafik-4: Yolun Yüzeyi ve Şekline Göre Kazaların Dağılımları



Grafik-5: Hava Durumuna Göre Kazaların Dağılımları



Grafik-6: Günün Saatlerine Göre Meydana Gelen Kazaların Dağılımı



Tablo-1: Kazaya Karışan Taşıt Tiplerine Göre Dağılımları

	Motosiklet	Otomobil	Otobüs	Minibüs	Kamyonet	Kamyon	Traktör	TIR	Bisiklet	Mobilet	Araba
1988	319 1.9	10309 59.9	1289 7.5	1726 10.52	1711 9.9	1327 7.7	43 0.2	25 0.1	130 0.8	315 1.8	27 0.2
1989	244 1.7	9581 61.3	1048 6.7	1306 8.4	1531 9.8	1118 7.6	46 0.3	22 0.1	150 0.9	454 2.9	62 0.4
1992	694 2.5	17857 65.1	1820 6.6	1761 6.4	2394 8.7	1700 0.06	46 0.2	58 0.2	303 1.1	738 2.7	47 0.2
1993	832 2.5	21830 0.6	2322 6.9	1816 5.4	3245 9.6	2419 7.2	51 0.2	147 0.4	339 1.0	690 2.0	29 0.1

Tablo-2: Yolun Özelliğine Göre Kazaların Dağılımı

	Dörtlü Kavşak	Düz Yol	Dar Yol	Hafif Viraj	Sert Viraj	Üçlü Kavşak	Diğer Kavşak	Köprü	Menfer	Bekçili D.yol Geçidi	Bekçisiz D.yol Geçidi
1988	1346 18.2	3602 48.7	171 2.3	278 3.8	32 0.4	1163 15.7	642 8.7	40 0.5	-	42 0.5	5 0.07
1989	1175 17.6	3541 52.9	66 0.9	240 3.6	30 0.4	839 12.6	536 8.0	64 0.9	-	11 0.2	4 0.05
1992	1543 12.6	6838 56.0	233 1.9	453 3.7	195 1.6	1412 11.6	1167 9.6	142 1.2	-	15 0.1	2 0.01
1993	1913 12.9	9212	214 62.1	501 3.4	140 0.9	1688 11.3	956 6.5	197 1.3	1 0.06	9 0.06	5 0.03

Tablo-2: (Devam)

	Yaya Geçidi	Kasis	Işıklı Yaya Geçidi	Alt Geçit	Tehlikeli Meyil	Tepe Üstü	Servis Yolu	Geçit Yolu	Tünel	Çalışma Bölgesi	Okul Önü
1988	122 1.8	-	3 0.04	-	33 0.5	5 0.07	-	1 0.01	-	4 0.05	9 0.1
1989	63 0.9	-	1 0.01	1 0.01	5 0.1	-	1 0.01	-	-	-	2 0.02
1992	178 1.5	2 0.02	-	2 0.02	9 0.07	5 0.04	-	-	-	1 0.008	13 0.1
1993	90 0.6	1 0.006	-	3 0.02	24 0.16	5 0.03	4 0.03	1 0.006	-	3 0.2	15 0.1

TARTIŞMA

Teknolojideki gelişim; araçların ve yolların iyileştirilmesini olanaklı hale getirmektedir. Başlangıç aşamasında yolların planı ve yapımının iyi olması yeterli değildir, zaman içinde sık periyodlarla bakım gerekmektedir. Yolların iyileşmesine harcanacak para, aslında pek çok kazanın önlenmesi ile geri kazanılacak bir yatırımdır. Yolun yerleşme bölgesi içinde olup olmaması, yolun aydınlatma durumu, yolun peyzaj özellikleri, metereolojik koşullar kazalarda rolü olan önemli çevresel unsurlardır. Yol önemli bir teknik faktördür. Yolun platform özellikleri, kaplama genişliği, banket, orta refüjler, yol boyu engelleri iyi dizayn edilmelidir. Örneğin, A.B.D' de yapılan bir çalışmada kazaların çoğunluğunun hız kısıtlayıcı tümseklerin veya diğer trafik kontrol araçlarının uygulanmadığı yerlerde meydana geldiği saptanmıştır (4). Yolların gece aydınlanması da çok önemlidir. Yaya kazalarının %80' inin gece meydana geldiği tespit edilmiştir (5).

Yollarda seyreden ağır vasıta sayısının fazlalığı ve taşımacılığın büyük ölçüde buna dayanması yol kapasitesini de olumsuz etkilemektedir. Bu araçlar trafiğin akış hızını düşürmekte ve hızlı, güçlü, hafif ara. sürücülerinin sabırsızlanarak hatalı sollama yapmalarına dolayısıyla kazalara neden olmaktadır (2).

Arabaların yolu iyi kavrayacak, stabilliği arttıracak, araç seyir halinde iken etkili kontrolü sağlayacak, aydınlatmayı sağlıklı yapacak, iyi görüş sağlayacak dizaynı olmalıdır (6).

Diğer taraftan kazanın meydana gelmesi durumunda araç içindeki yolcuları en iyi düzeyde koruyacak bir yapıma sahip olmalıdır. Sağlam kapı kilitleri, sağlam yolcu bölmeleri, yanmaya dirençli malzeme kullanmı önemlidir. Aracın alt tarafı petrol tankı, karbüratör ve motoru koruyacak şekilde olmalıdır (6). İki arabanın çarpıştığı kazalarda; arabaların kütlesi şöförlerin ölümünde rol oynayan önemli bir faktörken, arabaların ön-arka uzunlukları ikincil olarak önem gösteren bir unsur olduğu belirlenmiştir (7).

Çağdaş ulaşım sisteminin kurulması için, eğitim, mühendislik, yasal tedbirler ve ilk yardım süreçlerinin en iyi şekilde planlanması ve uygulanması gerekir. Bu süreçlerde başarılı olunduğu takdirde trafik kazalarının en aza indirgenmesi mümkün olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Alvarez CA, Coller DC: "Trafic accident a growing public health problem" PAHO 11(3): 224-31, 1977.
2. Ateş N: "Trafik kazalarında alt yapı araç ve sürücü kusurlarının oransal dağılımı ve çözüm önerileri" Trafikte güvenlik ve çağdaş uygulamaları sempozyumu, İZMİR, 1993.
3. Yayla N: "Trafikte mühendisin rolü kaza taşıt-yol ilişkisi" Trafik Dünyası, 19 (233-234), 1988.
4. Ilıcaklı M, Turan B: "Karayolları Trafik Kanunu uygulamaları ülkemiz karayollarında meydana gelen trafik kazaları üzerine bir değerlerndirme", Trafikde güvenlik ve çağdaş uygulamalar sempozyumu, İZMİR, 1993.
5. Rivara F, Rey D: "Analysis of fetal pedestrian injuries in King Lounty and prospect for prevention" Public Health Reports, 104(3): 293-97, 1989.
6. Lithacid T, Rowland JA: "Environment and Health" Paul Cooper Com. Scothland, 1985.
7. Ewans L, Frick CM: "Car size or car mass which has greater influence on fatality risk?" AJPH, 82(8): 1105-12, 1992.

ORGAN BAĞIŞI
ANTALYA'DA ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELİNDE BİR BİLGİ, TUTUM, DAVRANIŞ ARAŞTIRMASI

Mehmet Aktekin, Levent Dönmez

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD.

ÖZET

Kadavradan organ temininin güç olduğu ülkelerde toplumun direncini aşabilmek, düşünce ve tutumlarında değişiklik oluşturabilmek için sağlık personeline önemli görevler düşmektedir. Bu görevin yerine getirilebilmesi için öncelikle sağlık personelinin konunun önemine inanması ve motive olması, topluma örnek olması gerekmektedir. Bu çalışma sağlık personelinin organ bağışı konusunda tutum ve davranışını saptamak amacıyla yapılmıştır. Antalya il merkezinde çalışan hekim, hemşire ve ebelerin ulaşılabilen %55'inin yanıtlarının değerlendirildiği çalışmada sağlık personelinin %63.3'ünün ölümden sonra alınmak üzere organlarını bağışlayabileceği, %46'sının ölen akrabalarının organlarının alınmasına izin verebileceği bulunmuştur. Sağlık personeli organ bağışlamak isteyen bir kişinin nereye başvurması gerektiği konusunda yeterli bilgiye sahip değildir.Personelinin sadece %7.1'i organ bağış kartına sahiptir. Sağlık personelinin konuya ilgisi ve tutumu yeterince olumlu bulunamamış, ilgili olarak kadavra organ desteğinin sağlanamaması durumunda ortaya çıkacak sorunlar tartışılmıştır.

GİRİŞ

Organ ve doku aktarımı yaşamsal organların ölümcül pek çok hastalıkları için çare olarak ortaya çıkmış ve son yıllarda bu konudaki gelişmelere paralel olarak, aktarılabilen organ sayısı ve tedavi başarılarının artmasıyla büyük önem kazanmıştır(1-3).Bu gelişme bir yandan uygulamanın yaygınlaşamaması nedeniyle yaşamı sona eren kişilerin dramını ortaya çıkarırken, öte yandan sosyal, ahlaki, dini ve tıbbi etik açısından pek çok sorunu ve tartışmayı gündeme getirmiştir(4-8). Nakli yapılabilen organ türü ve nakil başarısındaki bu artışa karşın yeterli miktarda nakle uygun organ bulunamamaktadır. Gelişmiş ülkeler bu gereksinimlerini çoğunlukla güçlü organizasyonlarca sağlanan kadavra organlarıyla karşılarken (9,11), Ülkemizde ve ilimizde nakillerin çoğu canlı ve yakın akrabalardan elde edilen organlarla gerçekleştirilmektedir (10,12). Ortadoğu ve Asya ülkelerinin çoğunda dini inançlar ya da geleneklerin yarattığı toplumsal direnç kadavra organı sağlanmasını çok güçleştirmektedir (13, 14). Kadavradan organ almanın yarattığı etik sorunların da sıkça tartışıldığı bu ülkelerde toplumdaki ekonomik dengesizlikler organ temininin bir ticari pazar oluşturmasına zemin hazırlamakta, yoksul kişiler gerek kendi ülkelerinde gerekse uluslararası anlamda ucuz organ kaynağı haline dönüşmektedirler(5,15,16). Bu dramatik ve insanlık adına utanç verici olaya fırsat verilmemesi için organ aktarımında kadavra organlarının etik kurallar çerçevesi ve bilimsel doğrular eşliğinde yaygın kullanımının çözüm olduğunda fikir birliği sağlanmıştır(5,6). Kadavra organ bağışlarını artırabilmek için halkın bu konudaki yetersiz bilgisini ve olumsuz tutumunu gidermek , toplumda bu alanda oluşmuş bariyerleri aşmak gerekmektedir. Bu amaca ulaşmada topluma sağlık hizmeti sunmaktan ve sağlık eğitiminden birinci derecede sorumlu olan tüm sağlık personelinin çok önemli rolü olduğu ortadadır (17-19).O halde sağlık personeli organ bağışı ve nakli konusunda bilgili, ilgili ve halka yol gösterici olmak zorundadır. Buna karşın gelişmiş ülkelerde bile sağlık personelinin bu konuda yeterli bilgi ve motivasyona sahip olmadığı yönünde veriler vardır (20- 22). Toplumsal düşüncenin değiştirilmesinde ilk adım öncelikle sağlık çalışanlarının bu konudaki fikir birliği ve motivasyonlarının sağlanması olmalıdır. Acaba organ ve doku nakli uygulamalarının yaygınlaştırılmaya çalışıldığı Antalya'da sağlık personelinin düşünce ve tutumları nedir? Olayın önemi, boyutları, olumlu ve olumsuz sonuçlarının farkında mıdırlar? Yoksa pek çok araştırmada saptandığı üzere halkın taşıdığı (13, 14, 23) ya da benzeri bazı kaygı ve inançlar bu kişiler içinde geçerli midir? Sağlık personelinin düşünce ve tutumları davranışlarına ne ölçüde yansımaktadır? Bu sorulara yanıtlar aramak ve tartışarak konuyu gündemde tutmak amacıyla bu çalışma planlanmış ve uygulanmıştır.

YÖNTEM

Kesitsel, tanımlayıcı nitelikteki çalışma Antalya İl merkezinde çalışan tüm hemşire, ebe ve hekimlerin organ bağışı konusunda bilgi, tutum ve davranışını saptamak amacıyla, anket uygulanarak, Şubat 1994'te gerçekleştirilmiştir. Antalya il merkezinde çeşitli sağlık kuruluşlarında çalıştığı belirlenen 1797 kişi hedef kitle olarak belirlenmiştir. Geçici görevle merkez dışında çalışma, izinli-raporlu olma ve anket doldurmayı red etme gibi nedenlerle ancak 981 kişiye anket uygulanabilmiştir (%55). Beklenen katılımın olmaması, verilerin temsil edici niteliğini bozmakla beraber, büyük bir grup üzerinde çalışılması fikir vericidir. Eczacılar ve diş hekimlerinde ön denemesi yapılan anketler Tıp Fakültesi 6. sınıf öğrencilerince uygulanmıştır. Araştırmaya katılanlara hangi organların naklinin yapılabildiğine ilişkin açık uçlu bir soru sorulmuş, hangi organın ismi yazılmışsa biliniyor kabul edilmiştir. Kişilerin birbirinden etkilenmesini önleyebilmek amacıyla anket formu deneğe verilmiş ve anketörün gözetiminde doldurulması istenmiştir. Katılımın düşük olmasında bu nokta önem kazanmış, kişiler meşguliyetlerini öne sürerek anket doldurmayı red etmişlerdir. Anketörlerin gözlemi sağlık personelinin konuya yeterince ilgi göstermediği yönündedir.

BULGULAR

Araştırmaya katılan 981 kişinin %26.9'unu hemşireler, %24.3'ünü uzman hekimler, %18.3'ünü ebe ve ebehemşireler, %10.6'sını öğretim üyeleri, %10.6'sını pratisyen hekimler ve %9.1'ini araştırma görevlileri oluşturmuştur. Ankete yanıt verenlerin naklinin yapılabildiğini belirttikleri organ ve dokuların isimleri Tablo1'de gösterilmiştir. Açık uçlu bu soruya en çok verilen yanıtlar sırasıyla böbrek, karaciğer, kornea ve kalp'dir.

Tablo I. Araştırmaya katılanların naklinin yapılabildiğini ifade ettikleri organ ve dokuların dağılımı.

Organ yada doku	Sayı	% (n=944*)
Böbrek	919	97.4
Karaciğer	855	90.6
Kornea	825	87.4
Kalp	788	83.5
Kemik iliği	314	33.3
Pankreas	186	19.7
Akciğer	136	14.4
Dalak	76	8.1
Deri	63	6.7
Kemik	53	5.6
Barsak	30	3.2
Damar	9	1.0
Diğer	31	3.3

* 37 kişi geçersiz yanıt vermiştir.

Sağlık personelinin %63.3'ü ölümlerinden sonra alınmak üzere organ ve dokularını bağışlamak istediği yönünde görüş belirtirken, %12.1'i karşı görüşte olduğunu, %24.6'sıda kararsız olduklarını belirtmişlerdir. Bağışlama isteği en fazla olarak öğretim üyeleri, takiben uzman hekimlerdedir. Bu konuda en olumsuz tutum hemşirelerde saptanmıştır.

Bağışlanmak istenen organlar incelendiğinde ilk sırayı böbreğin(%93.0) aldığı bunu kornea(%88.8), kalp(%72.2) ve karaciğerin (%71.9) izlediği saptanmıştır.

Araştırmaya katılanlardan organ ve dokularını bağışlamak istemeyenlere bunun nedeni sorulduğunda alınan en sık yanıt (%32.0) ölü bütünlüğünün bozulmasını istememe olmuştur. Bu kişilerin %27.0'si açıklayamadığı duygusal sebeplerle organ bağışlamak istemezken, %19.0'u bağışladığı organlarının iyi değerlendirileceğine inanmadığını, %13.0'ü dini inançlarının bağışa engel olduğunu, %5.0'i organlarının istemiyeceği kişilere nakledilme olasılığını ve %4.0'ü çeşitli hastalıklarından ötürü organlarının işe yaramayacağı düşüncesini sebep olarak göstermişlerdir.

Günümüzde organ bağışlama ve kadavra organı kullanma oranlarının düşüklüğü göz önüne alındığında önem kazanan bir diğer konu kişilerin yakın akrabalarının ölümü halinde organlarının kullanılmak istenmesine karşı takındığı tutumdur. Böyle bir durumda izin vereceğini belirtenlerin oranı %46.0'dır. %35.4'ü kararsız kalırken, %18.6'sı organın alınmasına izin vermeyeceğini belirtmişlerdir. Meslekler arasında organların alınmasına en az oranda onay veren grup hemşireler olmuştur.

Kişilerin akrabalarına karşı kendilerinden daha tutucu davrandıkları ve izin vermek istememeleri dikkat çekicidir.İzin vermeyenlere bunun nedeni sorulduğunda "Onlar adına karar veremem" yanıtı %55.6 ile ilk sırayı almıştır(Tablo 2).

Tablo 2: Sağlık personelinin yakın akrabalarının organlarının alınmasına izin vermeme nedenlerinin dağılımı

Nedenler	Sayı*	%
Akrabalar adına karar verememe düşüncesi	110	64.0
Ölü bütünlüğünün bozulmaması isteği	26	15.1
Suistimal korkusu	14	8.1
Dini inançlar	13	7.6
Diğer	9	5.2

* 4 kişi akrabalarının organlarının alınmasına izin verip vermeyeceği sorusuna,
10 kişide neden izin vermediği sorusuna yanıt vermemiştir.

Sağlık personeli organ bağışı yapılabilecek kurum yada kuruluşların nereleri olduğu sorusuna %46.5 oranında bilmiyorum yanıtı vermiştir.Bunu %26.5 ile Organ Nakli Vakfı, %10.5 ile Tıp Fakültesi, %5.1 ile transplantasyon merkezleri, %3.1 ile Devlet ve SSK Hastaneleri izlemiştir. Alınan diğer yanıtlar; Sağlık Müdürlüğü, Emniyet Müdürlüğü ve benzerleridir.

Araştırmaya katılanlardan 69'unun (%7.1) organlarını bağışladığı ve organ bağış kartlarının olduğu saptanmıştır.Organlarını bağışlayanların meslekleri incelendiğinde ilk sıraları öğretim üyeleri, araştırma görevlileri ve pratisyen hekimler almaktadır.

TARTIŞMA

Etkin kadavra donör programlarının uygulanmadığı ülkelerde insan vücudunda çift bulunan yaşamsal organlardan birinin, örneğin böbreğin, nakline gereksinimi olan hastanın kendisine organ verecek uygun özellikte akrabası yok ise üç seçeneği vardır; ya sonu belli olmayan bir süre boyunca dializ uygulamasını sürdürecek, sıkıntı çekecek ve tedavinin ekonomik güçlüğü altında ezilecek, ya parasını verip yoksul bir kişinin organını satın alacak, ya da ölecektir. Vücutta tek olan yaşamsal organlar söz konusu olduğunda bu seçenekler bire inebilmekte ve ölüm, göz göre göre çaresiz bir ölüm tek seçenek olabilmektedir. Hasta ve yakınları bu dayanılmaz süreci ve bekleyişi yaşamak durumunda kalabilmektedir. Gazete sayfaları bu durumdaki insanların dramlarını sıkça yansıtmaktadır. Böbrek gibi vücutta birden çok bulunan organların nakli gündeme geldiğinde ölüm son tercih olacağına göre insan organlarının

ticaret aracı olması için ideal bir ortam doğmaktadır (5,15,16). İnsan organlarının ticarete konu edilmesi tıp ahlakıyla bağdaşmaması bir yana islam dininde de kesinlikle red edilmektedir (24,25). Bu olay bir yandan sosyal ve ekonomik dejenerasyona,kokuşmaya, sömürüye hatta suçun oluşumuna yol açmakta öte yandan özveriyle ve insanca duygularla yürütülmeye çalışan organ bağış programlarını engellemektedir (5). Pazarı oluşturan organ vericilerinin toplumun yoksul kesiminden, sosyal ve kültürel yetersizlikleri olan , bulaşıcı hastalık riski taşıyan kişilerden oluşması ve uygulamada bu hastalıklarını bulaştırdıklarının gösterilmiş olması konunun bir diğer olumsuz yönüdür (5). Uygun bir organizasyonla kadavradan organ sağlamanın yaratacağı etik sorunlar, aksi durumda gelişecek toplumsal ve bireysel zedelenmelerden daha hafif olacaktır. Bu durumda organ naklinde temel kaynak kadavra organları olmalıdır. Halkın yanlış inançları, tutumu değiştirilmeli, kaygıları giderilmelidir. Bu konuda sağlık personeline önemli görevler düşmektedir. Oysa araştırmamız sağlık personelinin konuya ilgisinin ve tutumunun üzerine düşenleri yerine getirebilecek düzeyde olumlu olmadığını göstermiştir. Bu haliyle elde edilen sonuçlar ülkemizde halk üzerinde yapılan araştırma sonuçlarından pek farklılık göstermemektedir. Bursa'da toplumu temsil eden bir çalışmada halkın %50.5'i organlarını bağışlayabileceklerini belirtmiştir(14). Konuya daha organize yaklaşan bazı arap ülkelerinin halktan elde ettiği sonuçlar ise daha olumlu bir görüntü çizmektedir (23). Halkla doğrudan karşı karşıya kalan ve onları en çok etkileme şansına sahip ebe ve hemşirelerde bağışlama arzusu daha da azalmaktadır . Yine sağlık personeli tutumlarını davranışlarına yansıtmakta ve organlarını bağışlayanların oranları Suudi Arabistan halkının bile gerisinde kalmaktadır. Bu ülkede yapılan bir çalışma halkın %14'ünün organ bağış kartına sahip olduğunu göstermiştir (23). Özellikle ölümünden sonra yakın akrabalarının organlarının alınmasına izin vermede kararsızların fazlalığı dikkat çekicidir. Kararsızların bağışa karşı düşünceye daha yakın oldukları hissedilmektedir. Yakın akrabalarının organlarının alınmasına daha fazla oranda izin vermeyen sağlık personeli, en önemli sebep olarak onlar adına karar veremeyeceklerini belirtmişler, oysa akrabaları adına karar vererek organlarının alınmasına izin vermeyeceklerini söylemişlerdir. En olumlu düşünmesi gereken meslek grubunun yarıdan fazlası ya kararsız kalmakta ya da bağışa karşı görüş taşımaktadır. Düşündürücüdür. Tüm bunlar kişilerin hayattayken organlarını bağışlamalarının ve bunu belgelemelerinin ya da yasal düzenlemelerle kişinin aksine bir beyanı yoksa organlarının alınmasında akrabalarının devreden çıkarılmasının gerekliliğini bir kez daha vurgulamaktadır. Ölüm anının duygusal atmosferi bağış yanlısı kişilerin bile düşüncesini değiştirebilmektedir.

Artan hasta sayılarıyla her geçen gün daha da büyüyen bu sorunun çözümü için gelişmiş ülkelerdekine benzer programların oluşturulması şarttır. Böyle bir programda sağlık personeline konunun tanıtılması, benimsetilmesi, bunun için de eğitilmesi ilk adımlardan biri olmalıdır. Halkın kaygılarını gidermede sosyal, bilimsel ve yasal bir altyapının hazırlanması diğer gerekli unsurlardır. Sağlık personelinin azımsanmayacak bir kısmı organlarının iyi değerlendirilmeyeceği korkusuyla bağış yapmak istemediklerini dile getirmişlerdir.Buradan hareketle programlar bir yandan etik, ahlaki, dini ve bilimsel boyutlara yönelirken öte yandan organ israfını ve zaiyatını giderecek, adil bekleme listeleri oluşturabilecek ulusal ve uluslararası bilgi ağlarını bünyesinde bulundurmalıdır (26). Bu tür programların uygulanmaya çalışıldığı bazı muhafazakar islam ülkelerinde, ülkemizle karşılaştırıldığında halkın dini kaygılarının daha az, tutumunun daha olumlu, bağış oranlarının daha yüksek olduğu dikkat çekicidir(14,23). Ülkemizde de bu yönde mevcut çabalar (27) devlet ve medya desteğiyle; yerel değerler, uluslararası etik kurallar ve insan haklarıyla uzlaşan bir zeminde bir an önce yaygınlaştırılmalıdır. Akan zamanın bu noktasında organ bulamadığı için bir kişinin yaşamını yitirip, kısa bir süre sonra onu bir yenisinin izleyeceği bilinirken, bu kişilerin yakınlarının yaşadığı dayanılmaz çaresizlik ortadayken; politikacılar, bürokratlar ve sağlıkçılar karar almada aceleci olmak durumundadırlar.

KAYNAKLAR

1.Brent L,Sells RA. Notes on The History of Tissue and Organ Transplantation. In Organ Transplantation.Ed.: Brent L, Sells RA., 269-93, Bailliére Tindall,1989.
2. Lee HM. Reflections on The Development of Organ Transplantation. In Organ Transplantation 1990. Ed.: Abouna GM,Kumar MSA, White AG., 1-3, Kluwer Academic Publishers,1991.
3. Ellison MD et al. Organ Donation in The United States:1988 Through 1991. Clin.Transpl.119-28, 1992.
4.Terzioğlu A. Organ Transplantasyonu ve Getirdiği Etik Sorunlar. Tıbbi Etik, 1(1), 35-52, 1993.
5.Abouna GM. Moral, Ethical and Medical Values Sacrificed by Commercialization in Human Organs.In Organ Transplantation 1990. Ed.: Abouna GM,Kumar MSA, White AG., 545-53, Kluwer Academic Publishers,1991.
6.Batchelor JR. The Position of The Transplantation Society on Commercialization in Organ Transplantation. In Organ Transplantation 1990. Ed.: Abouna GM,Kumar MSA, White AG., 537-38, Kluwer Academic Publishers,1991.
7.The Council of The Transplantation Society. Commercialisation in Transplantation: The Problems and Some Guidelines for Practice. The Lancet, September 28,1985.
8. Dossetor JB. Ethics and Transplantation: An Analysis of " Rewarded Gifting". In Organ Transplantation 1990. Ed.: Abouna GM,Kumar MSA, White AG., 539-44, Kluwer Academic Publishers,1991.
9. Cook DJ, Teraski PI. Renal Transplantation on the American Continent. In Organ Transplantation.Ed.: Brent L, Sells RA., 195-200, Bailliére Tindall,1989.
10. Türk Nefroloji Derneği. Türkiye'de Nefroloji-Dializ ve Transplantasyon, No:5, s.38,1991.
11. Cohen B. Developments of Multi-Organ Donation and Transplantation in Eurotransplant. içinde ;Transplantasyon ve Sorunları, Türkiye Organ Nakli Derneği Birinci Bilimsel Kongresi ve Dünya Yapay Organ, İmmunoloji ve Organ Derneği İkinci Uluslararası Toplantısı Tebliğler Kitabı, Ed.:Mehmet Haberal, 21-22, 1993.
12. Karpuzoğlu T, Yeğin O. Akdeniz Üniversitesi Tıp fakültesi Böbrek Transplantasyon Sonuçları. İçinde; Türkiye'de Hemodiyaliz ve Transplantasyonun Bugünkü Durumu, T.Nefroloji Derneği yayını, 2, 69-75, 1990.
13. Woo KT. Social and Cultural Aspects of Organ Donation in Asia. Ann Acad Med Singapore, 21(3), 421-7, 1992.
14.Bilgel H,Bilgel N, Okan N, Kılıçturgay S, Özen Y, Korun N. Public Attitudes Toward Organ Donation, A Survey in A Turkish Community. Transplant Int,4, 243-5, 1991.

15.Colabawalla BN. Commerce and Trade in Human Organs.In Organ Transplantation 1990. Ed.: Abouna GM,Kumar MSA, White AG., 555-57, Kluwer Academic Publishers,1991.
16.Vas CJ. some Ethical Concerns in Organ Transplantation.In Organ Transplantation 1990. Ed.: Abouna GM,Kumar MSA, White AG., 559-71, Kluwer Academic Publishers,1991.
17. Johnson J. The Nurse's Role in Organ Donation From A Brainstem Dead Patient: Management of The Family. Intensive Crit Care Nurs.,8 (3), 140-8, 1992.
18. Dhooper SS, Wilson CP. Social Work and Organ Transplantation. Health Soc Work, 14 (2), 115-21, 1989.
19. Connely P. Organ Donation: Breaking Down Barriers. N J Med., 90 (4), 327-9,1993.
20.Youngner SJ. et al. "Brain Death" and Organ Retrieval. A Cross-Sectional Survey of Knowledge and Concepts Among Health Professionals. JAMA, 261(15), 2205-10, 1989.
21.Adams EF,Just G, De Young S, Temmler L. Organ Donation: Comparison of Nurses' Participation in Two States. Am J Crit Care, 2 (4), 310-6, 1993.
22. Danneffel MB, Kappes JE, Waltmire II D, Yearwood L. Knowledge and Attitudes of Health Care Professionals About Organ and Tissue Donation. J Transplant Coordination, 2, 127-30, 1992.
23. Aswad S,Souqiyyeh MZ, Mekemar SA. Survey of Public Attitudes Toward Organ Donation in Saudi Arabia. J Transplant Coordination, 2, 108-111, 1992.
24.Albar MA. Islamic View on Organ Transplantation.In Organ Transplantation 1990. Ed.: Abouna GM,Kumar MSA, White AG., 573-78, Kluwer Academic Publishers,1991.
25. Yücel İ. İslam Dini Açısından Organ ve Doku Nakli. Diyaliztransplantasyon ve Yanık, 7(1), 35-40,1993.
26.Güzey D, Titiz İ, Türkmen T, Yeğenağa I, Ersan C. Transplantasyon Bekleme Listesi, Uygun Alıcı Bilgisayarla Yönlendirilebilir ve Transplante Hastalar Aynı Kaynaktan Değerlendirilebilir mi? içinde ;Transplantasyon ve Sorunları, Türkiye Organ Nakli Derneği Birinci Bilimsel Kongresi ve Dünya Yapay Organ, İmmunoloji ve Organ Derneği İkinci Uluslararası Toplantısı Tebliğler Kitabı, Ed.:Mehmet Haberal, 99-104, 1993.
27.Polat C. Transplantation Activities in Turkey.içinde ;Transplantasyon ve Sorunları, Türkiye Organ Nakli Derneği Birinci Bilimsel Kongresi ve Dünya Yapay Organ, İmmunoloji ve Organ Derneği İkinci Uluslararası Toplantısı Tebliğler Kitabı, Ed.:Mehmet Haberal, 13-5, 1993.

GENÇ ERİŞKİN ERKEKLERİN İÇ ORGAN YERLEŞİM YERİ BİLGİSİ

Onur HAMZAOĞLU Bilal BAKIR Mahir GÜLEÇ Muharrem UÇAR

GATA Halk Sağlığı AD

GİRİŞ

Bilim ve teknoloji alanında meydana gelen gelişmeler Tıp alnına da yansımış, tanı ve tedadvi alanında önemli ilerlemeler sağlanmıştır. Buna karşın sağlık düzeyindeki temel gelişmeler daha çok sağlığın korunması, sürdürülmesi ve sağlık promosyonu ile elde edilmiştir (1). Sağlık, insanların temel haklarından biri ve aynı zamanda her insanın kendi sorumluluğudur. Bu bakımdan sağlığı koruma, sürdürme ve yükseltme yollarını öğrenmek ve uygulamak bir ihtiyaçtır. Bu ihtiyacın karşılanmasında ise temel sorumluluk hükümetlere düşmektedir (2).

Koruyucu tıp hizmetleri, çevre sağlığı hizmetleri ve sağlıkla ilişkili alışkanlıkların olumlu yönde değiştirilmesi sağlığın yükseltilmesindeki temel ölçütlerdir ve sağlığın daha da iyileştirilmesi bakımından önemli potansiyel taşımaktadırlar (1). Bu ölçütlerin fertlere ve topluma öğretilmesi ve benimsetilmesinde sağlık eğitimi biricik yoldur.

Sağlıklı olmanın temel öğelerinden birisi ise vücut sağlığıdır. Hatta sağlıkla ilgili tartışmaların önemli bir kısmında 'SAĞLIK' kelimesiyle kastedilen biyolojik anlamda sağlıktır. Vücuda ait bilgilerin somut ve ölçülebilir olmasıyanında yapı ve fonksiyonlarının bilinmesini gerekli kılmaktadır. Vücut yapısına ait doğru bilgilerin öğretilmesi daha baştan halk arsındaki bazı yanlış uygulamaların engellenmesi olasılığını taşımaktadır. Öte yandan tedavi hizmetlerindeki hasta hekim ilişkisinde temel konu vücut sağlığıdır. Hastaların vücutlarını iyi tanıması bu diyaloğu kolaylaştıracaktır.

Hükümetler yani yöneticiler ve sağlık çalışanları fert ve toplum sağlığından sorumludurlar (2). Temel sağlık hizmetlerinden biri olan Sağlık eğitimi bu anlamdaki sorumluluğun en önemlilerinden biridir. Amacı ise bireylere dolayısıyla topluma kendi çaba ve eylemleriyle sağlıklı bir yaşam sürmeleri konusunda yardımcı olmaktır. Sağlığı sürdürebilmek ve daha iyiye götürebilmek için, çevrenin olumsuz nitelikli etmenlerini ortadan kaldırmak; kişinin saağlık kontrolü ya da hastalığı için hekime başvurmak ve hekimin söylediklerini anlayıp uygulamak konusunda yararlanılacak en önemli araçlardan biri eğitimdir (3). Vücut yapı ve fonksiyonlarının öğretilmesi sağlık eğitim programlarının önemli bir konusu olmalıdır. Bu vücut sağlığı anlamında geçerli olduğu gibi, insanın kendi vücuduna karşı duyduğu doğal merakın sağlıklı bir biçimde giderilmesi, anlamında da geçerlidir.

Ülkemizde sağlık eğitimi ilkokul yıllarında başlamaktadır. Verilen eğitimin niteliği konusunda yapılan bazı araştırmalar vardır (4,5). Ancak bunlar genel toplumu yansıtmaktan oldukça uzaktır. Askerlik, ülkenin değişik yörelerinden gelen pek çok genç erişkin erkeğin birlikte yaşadığı bir dönem olarak ele alınabilir. Bu sebeple askerler üzerinde yapılacak bir çalışmanın bu konuda önemli ipuçları vereceği düşünülmüştür.

AMAÇLAR

1. Mamak Muharebe Okulunda Mayıs-Haziran 1994 döneminde askerlik eğitimi yapmakta olanların iç organlarının yerlerini bilme durumlarının sıklığını saptamak.
2. Eğitim düzeyinin iç organlarının yerlerini bilme durumuna etkisini incelemek.
3. Askerlik döneminde yapılması planlanan sağlık eğitimi için program geliştirmeye katkıda bulunmak.

MATERYEL-METOD

Araştırmanın evrenini Mayıs-Haziran 1994 tarihleri arasında Mamak Muharebe Okul Komutanlığı Er Eğitim Merkezi'nde, eğitim amacıyla bulunan 2549 genç erişkin erkek oluşturmaktadır.

Sosyodemografik tanıtım sorularının dışında, kalp, mide, böbrek(ler), mesane (sidik torbası), troid (guatr) lokalizasyonlarının sorulduğu soru kağıdının bilgi saptama bölümü fakültemiz Anatomi Bilim Dalında görevli bir öğreetim görevlisi tarafından hazırlanmıştır.

Soru kağıtları araştırmaya katılanlar tarafından gözlem altında yanıtlama yöntemi ile, okur-yazar olmayan katılımcıların soru kağıtları ise araştırma evreninin dışındaki görevlilerin müdahalesiz yardımlarıyla doldurulmuştur. Çeşitli sosyodemografik verileri doldurmayan 97 kişi araştırma kapsamından çıkartıldığından değerlendirmeler 2452 kişi ile yapılmıştır.

Araştırma kesitsel tiptedir. Ancak eğitim düzeyinin organların lokalizasyonunu bilme durumuna etkisini saptayabilmek için ikinci kısmı "built-in" vaka kontrol araştırması tipinde düzenlenmiştir (6).

Araştırmaya katılanların organların lokalizasyonunu bilme durumları; soru kağıdındaki insan figürüne orantılı olarak hazırlanan saydam ölçüm şeması ile saptanmıştır. İşaretlenen lokalizasyonların ölçüm şemasındaki ilgili organ ile her türlü direkt teması (tam olarak içinde olması veya temas halinde bulunması) durumu kişinin o organın lokalizasyonunu bilmesi olarak değerlendirilmiştir.

Toplam değerlendirme ise; sorulan beş organdan üç ve daha fazla sayıda organın yerini biliyor ise "biliyor", iki ve daha az sayıda organın yerini biliyor ya da hiç bilmiyor ise "bilmiyor", kabul edilerek yapılmıştır.

Verilerin bilgisayara girişi ve değerlendirilmesi EpiInfo Ver.5.01B istatistik paket programı ile araştırmacılar tarafından yapılmıştır.

Araştırmada verilerin değerlendirilmesi için Ki-kare ve Mantel-Haenszel (7) testleri kullanılmıştır.

Araştırmada Kullanılan Tanımlar:

Temel eğitim alanlar: Milli Eğitim Bakanlığı tarafından da yaygın uygulamaya geçiş için hazırlıkların son aşamaya geldiği bilinen ilköğretimi (8 yıllık okul eğitimi, ilkokul ve ortaokulun birlikte tamamlanması) tamamlamış olanlar (ortaokul mezunları ve daha uzun süre okumuş olanlar) temel eğitim alanlar olarak kabul edildi (Eğitim süresi $\geq$ 8 yıl).

Temel eğitim almayanlar: Ortaokul mezunu olamayanlar bu grupta değerlendirilmiştir (Eğitim süres, $<$ 8 yıl).

BULGULAR

Genç erişkin erkeklerin iç organ yerleşim yeri bilgilerinin değerlendirildiği araştırmaya katılanların bazı sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1: Araştırmaya katılanların bazı sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

Bazı Sosyodemografik Özellikler		Sayı(n=2452)	%		
YAŞ	18-20	1648	67.2		
	21-23	437	17.8		
	24-33	367	15.0		
EĞİTİM DURUMU	Okur-yazar değil	62	2.5		
	Okur-yazar, İlkokul terk	150	6.1		
	İlkokul mezunu	576	23.5		
	Ortaokul terk	228	9.3		
	Ortaokul mezunu	175	7.1		
	Lise terk	183	7.5		
	Lise mezunu	788	32.1		
	Üniv./Yük.Okul terk	80	3.3		
	Üniv./Yük.Okul mezunu	210	8.6		
MEDENİ DURUMU	Bekar	2117	86.3		
	Evli	335	13.7		
MESLEK*	İlmi ve teknik elemanlar	179	7.3		
	Müteşebbis direktörler	8	0.3		
	İdari personel	180	7.3		
	Ticaret ve satış personeli	400	16.3		
	Şahsi hizmet işinde çalışanlar		312		12.7
	Tarımcı, hayvancı, ormancı, avcı	212	8.7		
	Tarım dışı üretim faaliyetinde çalışanlar		536		21.9
	İşsiz	625	25.5		
EN UZUN YAŞADIĞI YER**	Köy	872	35.6		
	Kasaba-Nahiye	166	6.8		
	İlçe merkezi	521	21.2		
	İl merkezi		366		14.9
	Büyükşehir	527	21.5		
EBEVEYNLERİN EN UZUN YAŞADIĞI YER**	Köy	1117	45.6		
	Kasaba-Nahiye	170	6.9		
	İlçe merkezi	470	19.2		
	İl merkezi		294		11.9
	Büyükşehir	401	16.4		

* Devlet İstatistik Enstitüsü Sınıflaması

** 27 Mart 1994 yerel seçimlerinde Büyükşehir belediyesi olarak seçim uygulanan 14 il

Tablo2: Araştırmaya katılanların organların lokalizasyonunu bilme durumlarına eğitim sürelerine göre dağılımı

		Eğitim Süresi					
		<8 yıl		≥8 yıl			
		Sayı		Sayı	%	X^2	p
Kalp	Bilmiyor	791	77.9	906	63.1		
						60.85	0.0000
	Biliyor	225	22.1	530	36.9		
Mide	Bilmiyor	775	76.3	811	56.5		
						102.5	0.0000
	Biliyor	241	23.7	625	43.5		
Böbrekler	Bilmiyor	950	93.5	1236	86.1		
						33.98	0.0000
	Biliyor	16	6.5	200	13.9		
Mesane	Bilmiyor	579	57.0	628	43.7		
						41.83	0.0000
	Biliyor	437	43.0	808	56.3		
Tiroid	Bilmiyor	614	60.4	632	44.0		
						64.20	0.0000
	Biliyor	402	39.6	804	56.0		

Beş organ içinde organların yerleşim yerlerini bilme durumunun eğitim sürelerine göre istatistiksel olarak farklı olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 3: Araştırmaya katılanların organların lokalizasyonunu toplam bilme durumlarının eğitim sürelerine göre dağılımı

	Bilmiyor		Biliyor		Toplam	
Eğitim Süresi	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%*
< 8 Yıl	869	85.5	147	14.5	1016	100.0
≥ 8 Yıl	926	65.5	510	35.3	1436	100.0
TOPLAM	1795	73.2	657	26.8	2452	100.0

* Satır yüzdeleri alınmıştır.

Sekiz yıldan daha az ya da hiç eğitim almayanlarda toplam bilmeme sıklığı %85.5, sekiz ve daha fazla yıl eğitim alanlarda ise aynı sıklık %64.5 olarak saptanmış ve her iki gruptaki toplam bilmeme sıklığı %73.2 olarak bulunmuştur. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (X:134.37 , p=0.00000).

Sekiz yıldan daha az ya da hiç eğitim almayanlarda, toplam organ lokalizasyonunu bilmeme riski sekiz ve daha fazla yıl eğitim alanlardan yaklaşık 3 kat fazladır (OR: 3.26 , 264 <Or <4.02).

Tablo 4: Araştırmaya kartılanların organların lokalizasyonunu toplam bilme durumlarının yaş gruplarına sürelerine göre dağılımı

Yaş Grupları	18-20		21-23		≥ 24	
	Bilmiyor	Biliyor	Bilmiyor	Biliyor	Bilmiyor	Biliyor
< 8 Yıl	814	138	45	5	10	4
≥ 8 Yıl	461	235	236	151	229	124
	OR : 3.01		OR : 5.76		OR : 1.35	
	(2.35<OR<3.85)		(2.13<OR<16.38)		(0.38<OR<5.24	
	MH-OR : 3.08 (2.44<3.08<3.88)					

Sekiz yıldan daha az ya da hiç eğitim almayanlarda toplam organ lokalizasyonunu bilmeme riskinin yaş değişkeni göz önüne alınmadan hesaplandığında sekiz ve daha fazla yıl eğitim alanlardan yaklaşık 3 kat fazla olduğu (OR:3.26) bulunmuştu. Mantel-Haenszel ile yaş değişkeni göz önüne alınarak yapılan hesaplamada MH-OR 3.08 olarak bulunmuştur. Böylelikle yaşın bu çalışmada bu ilişki için karıştırıcı (confounding) etkisi olmadığı saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 5: Araştırmaya katılanların sürelerine göre organ lokalizasyonunu toplam bilme durumlarının en uzun yaşadıkları yerleşim yerlerine göre dağılımı

Eğitim Süresi	Köy		Kasaba		İlçe		İl		Büyükşehir	
	Bilmiyor	Biliyor	Bilmiyor	Biliyor	Bilmiyor	Biliyor	Bilmiyor	Biliyor	Bilmiyor	Biliyor
< 8 Yıl	455	54	45	5	136	33	100	21	133	34
≥ 8 Yıl	263	100	72	44	216	136	161	84	214	146
	OR : 3.20		OR : 5.50		OR : 2.59		OR : 2.48		OR : 2.67	
	(2.19<OR<4.69)		(1.90<OR<17.10)		(1.64<OR<4.12)		(1.41<OR<4.42)		(1.70<OR<4.21)	
			MH-OR : 2.89 2.34<2.89<3.60							

Sekiz yıldan daha az ya da hiç eğitim almayanlarda toplam organ lokalizasyonunu bilmeme riski en uzun yaşadıkları yerleşim yeri göz önüne alınarak hesaplandığında MH-OR : 2.89 olarak saptanmıştır. Bu sonuç Tablo 3'de hesaplanan kaba OR (Crude OR : 3.26) ile karşılaştırıldığında en uzun yaşadıkları yerleşim yerinin bu ilişki için karıştırıcı etkisi bulunmadığı görülmektedir.

TARTIŞMA

Araştırmaya katılanların %67.2'si 18-20 yaş grubunda, %86.3'ü bekar, %25.5'i işsiz olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcıların %8.6'sı üniversite/yüksekokul mezunu iken, %2.5'i okur-yazar değillerdir ve %35.6'sının en uzun yaşadığı yerleşim yeri köydür.

Genel olarak organların yerleşimlerini bilmeme %50'nin üzerindedir. Bu durum değerlendirme yöntemi olarak vücut kadranları yerine daha özgün ve dar bir alan olan organ lokalizasyonunu tercih etmemizden kaynaklanıyor olabilir. Örneğin kalbin lokalizasyonunu bilmiyor olarak kabul edilenlerden pek çoğunun kalbi oskültasyon bölgesine göre lokalize ettikleri gözlenmiştir. Buna karşın %58.6'sı sekiz yıl ve daha fazla süreli eğitim almış olan katılımcıların varoluşlarının fiziksel temeli olan iç organlarının lokalizasyonlarını bu oranlarda bilmemeleri ülkemizde eğitim ve sağlık sistemlerinin "insanın yaratma"daki durumu ve hedefleri için önemli bir saptama olarak kabul edilebilir. Bu veriler ışığında katılımcıların pek çoğunun "kendini merak etmek"ten uzak olduğu belirtilebilir.

Yaşın ve en uzun yaşadıkları yerleşim yerinin eğitim süresi ile toplam organ lokalizasyonunu bilme durumuna karıştırıcı etkileri olmadığı saptanmıştır.

Değerlendirmelerin organ lokalizasyonlarına göre yapılmış olması tiroid ve mesanenin diğer üç organa göre daha dar ve spesifik bir yerleşim bölgesine sahip bulunmaları nedeniyle bu ikisinin en fazla bilinen organlar olmalarını sağladığını düşündürmektedir.

SONUÇ

Çalışma grubunun %49.2'si mesanenin, %50.8'i tiroidin, %64.7'si kalbin ve %89.2'si böbreklerin lokalizasyonunu bilmemektedir.

Lokalizasyonu sorulan beş organ ve toplam değerlendirme için sekiz yıllık eğitim süresine göre farklılık bulunduğu saptanmıştır.

Hiç eğitim almama ile sekiz yıl altında eğitim almanın iç organ lokalizasyonunu bilmede, sekiz yıl ve daha fazla süre ile eğitim almaya göre etkili olduğu saptanmıştır.

KAYNAKLAR

1. Mechanic D.,: Handbook of Health, Health Care and The Health Professions 1983.
2. Unicef-Tetm Temel Sağlık Hizmetleri Ankara 1980.
3. Dirican R.,: Toplum Hekimliği, Hatipoğlu Yaınevi-Ankara 1990.
4. Özbay B., Arslan M., Erşahin H., Karadaş K.,: Yunus Emre Sağlık Ocağı Bölgesindeki Kahvehanelerdeki Erkeklerin İnsan Vücudu Bilgisi. H.Ü. Halk Sağlığı AB.D. Kırsal Hekimlik Araştırması, Ankara 1993.
5. Arslan B., Atmaca R., Coşkun Ş., Erdinç A.,: Altındağ Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde Ev Halkının İnsan Vücudu Bilgisi. H. Ü. Halk Sağlığı AB.D. Kırsal Hekimlik Araştırması, Ankara 1993.
6. Tezcan S. (1992): Epidemiyoloji, Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, Ankara.
7.Schlesselman, J.J. (1982): Case-Control Studies, Oxford University Press, New York.

ANKARA NUMUNE HASTANESİNE BAŞVURAN YANIK OLGULARININ TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ

* Yrd.Doç.Dr.Meltem Çöl ** Op.Dr.Cavit Çöl *** Uz.Dr.Oya Zeren Afşar
* Dr.Deniz Çalışkan * Prof.Dr.Recep Akdur

* Ankara Ün. Tıp Fak. Halk Sağlığı ABD
** Ankara Numune Hast. Acil Cerrahi Kliniği Uzmanı
*** Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Uzmanı

ÖZET

Çalışma, yanıklı olguların bazı tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesi amacıyla Aralık 1992-Aralık 1993 tarihleri arasında Ankara Numune Hastanesi'ne başvuran 703 yanık olgusu üzerinde anket yöntemi ile yürütülmüştür. Yanıklı olguların çoğunun çocukluk çağında olduğu, yanık olgularının dörtte üçünün evde meydana geldiği, yanıkların daha çok sonbahar ve kış aylarında ve sabah saatlerinde meydana geldiği saptanmıştır. Olguların oldukça büyük bir kısmını sıcak sıvı yanıklarının oluşturduğu, kuru alev yanıklarının ise gecekonduda oturan ve soba ile ısınan gruplarda daha fazla oranda görüldüğü bulunmuştur. Sıcak sıvı yanıkları özellikle çocukluk döneminde yüksek oranda görülmekte ileri yaşlara gidildikçe kuru alev yanıkları artmaktadır. Sonuçlar değerlendirilerek yanıkların toplumda görülme sıklığını azaltmaya yönelik önerilerde bulunulmuştur.

GİRİŞ VE AMAÇ

Ülkemizde meydana gelen kazalar içinde yanıkların önemli bir yer tuttuğunu toplum içinde yapılan çalışmalar göstermektedir (1,2,3). Yanıklar en çok çocukluk döneminde görülmekte ve genellikle ev kazaları sonucu ortaya çıkmaktadır. Yanıklar, yaygın olarak görülmeleri yanı sıra neden oldukları ciddi sonuçlar bakımından da ayrı bir öneme sahiptir.

Bu çalışmada, toplum sağlığı açısından önem taşıyan yanık olgularının kontrolüne yönelik önlemler geliştirilmesinde bir adım olmak üzere, Ankara Numune Hastanesi Yanık Ünitesine başvuran hastaların bazı tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma, Aralık 1992 - Aralık 1993 tarihleri arasında Ankara Numune Hastanesi Acil Servisine yanık nedeniyle başvuran hastalar üzerinde yapılmış tanımlayıcı bir araştırmadır. Ankara'daki yanıklı olguların büyük kısmının tedavi gördüğü Ankara Numune Hastanesi'ne (4) bu süre içinde başvuran toplam 703 hastaya tarafımızdan bir anket formu uygulanmış; yanıklı kişinin yaş, cins ve sosyodemografik özellikleri yanı sıra yanığın meydana geldiği yer, zaman, yanığın tipi belirlenmiş, yanık tipinin yaş, konut türü, ısınma şekli gibi faktörlerle ilişkisi değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizler için x^2 testi uygulanmıştır.

BULGULAR

Yanık nedeniyle hastaneye başvuran toplam 703 hastanın yaşa göre dağılımı incelendiğinde 0-4 yaş grubunda 207 kişi (%29.4), 5-9 yaş grubunda 79 kişi (%11.2), 10-14 yaş grubunda 69 kişi (%9.8), 15-24 yaş grubunda 112 kişi (%15.9), 25-44 yaş grubunda 177 kişi (%25.2) ve 45 yaş ve üzeri grupta ise 9 kişi (%8.4) olduğu görülmüştür.

703 yanıklı hastanın 424'ü (%60.3) erkek, 279'u (%39.7) kadındır.

Yanma olayının meydana geldiği yer incelendiğinde 528'inin (%75.1) evde, 33'ünün (%4.7) bahçede, 97'sinin (%13.8) işyerinde, 24'ünün (%3.4) sokakta ve 21'inin ise (%3.0) diğer yerlerde meydana geldiği görülmüştür.

Yanığın meydana geldiği yer ile yaş arasındaki ilişkiye bakıldığında, Tablo 1'de de görüldüğü gibi, çocuk yanıklarının çoğu evde ve bahçede oluşurken daha ileri yaş gruplarında doğal olarak işyeri ve sokakta meydana gelen yanıkların oranı artmakta, ancak ev yanıkları her yaş grubunda çoğunluğu oluşturmaktadır.

Tablo 2'de yanığın meydana geldiği yer bakımından iki cins arasındaki fark incelenmiştir. Beklenildiği gibi ev ve bahçe dışında meydana gelen yanıklar erkeklerde kadınlara göre belirgin olarak daha yüksek oranda bulunmuştur.

Yanığın meydana geldiği mevsimler arasında herhangi bir fark olup olmadığına bakıldığında 703 yanık vakasından 126'sının (%17.9) ilkbaharda, 139'unun (%19.8) yazın, 224'ünün (%31.9) sonbaharda ve 214'ünün (%30.4) kışın meydana geldiği görülmüştür. Buna göre yanıkların daha çok sonbahar ve kış mevsimlerinde meydana geldiği görülmektedir (x^2=43.32, p<0.001).

Yanığın meydana geldiği günler incelendiğinde 703 yanık vakasından 112'sinin Pazartesi, 116'sının Salı, 99'unun Çarşamba, 98'inin Perşembe, 100'ünün Cuma, 90'ının Cumartesi ve 83'ünün de Pazar günü meydana geldiği tesbit edilmiştir. Haftanın günleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir (x^2=4.24, p>0.05).

Günün saatleri içinde yanıkların meydana geliş oranlarına bakıldığında sat 01-06 arasında 17 (%1.4), saat 07-12 arasında 349 (49.8), saat 13-18 arasında 231 (%32.8) ve saat 19-24 arasında ise 106 (%15.0) yanık vakasının olduğu tesbit edilmiştir. Buna göre yanıklar en yüksek oranda gündüz 07-12 saatleri arasında, en düşük oranda ise gece 01-06 saatleri arasında meydana gelmiş olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (x^2=406.36, p<0.001).

Yanıkların ne ile meydana geldiğine bakıldığında 402'sinin (%57.2) sıcak sıvı, 214'ünün (%30.4) kuru alev, 56'sının (%8.0) elektrik, 31'inin ise (%4.4) diğer etkenlerle oluştuğu bulunmuştur. Buna göre en büyük grubu sıcak sıvı yanıkları oluşturmaktadır. (x2=500.38, p<0.001)

Yaş gruplarına göre yanık tiplerinin dağılımı Tablo 3'te görüldüğü gibidir. 10-14 yaş, 15-24 yaş ve 25-44 yaş grupları arasında yanık tipi yönünden anlamlı fark yok iken 0-4 yaş ve 5-9 yaş grubunda sıcak sıvı yanıkları diğer gruplara göre anlamlı ölçüde daha fazla görülmektedir. 45 yaş ve üzeri grupta ise kuru alev yanıkları, diğer yaş gruplarına göre anlamlı ölçüde daha fazladır (x^2=143.48, p<0.001).

Oturulan konut tipi ile yanık tipleri arasındaki ilişkiye bakıldığında ise kuru alev yanıklarının gecekonduda oturanlarda apartmanda oturanlara göre daha yüksek oranda görüldüğü tesbit edilmiştir (Tablo 4).

Ayrıca evde meydana gelen yanıklarda (toplam 528 olgu) yanık tipinin ısınma şekli ile ilişkisi de incelenmiştir. Buna göre soba ile ısınanların %29.3'ünde kuru alev yanığı, %63.6'sında sıcak sıvı yanığı görülürken kaloriferle ısınanların %7.6'sında kuru alev yanığı, %83.1'inde sıcak sıvı yanığı olduğu saptanmıştır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. (x2=23.28, p<0.01)

TABLO 1: Yanığın meydana geldiği yerin yaş gruplarına göre dağılımı.

Yaş grubu		Yanığın meydana geldiği yer			
		Ev-bahçe	İşyeri-sokak ve diğer	Toplam n	%
0 - 4	n	203	4	207	29.6
	%	98.1	1.9		
5 - 9	n	76	3	79	11.2
	%	96.2	3.8		
10 - 14	n	58	11	69	9.8
	%	84.1	15.9		
15 - 24	n	73	39	112	15.9
	%	65.2	34.8		
25 - 44	n	104	73	177	25.2
	%	58.8	41.2		
45 +	n	47	12	59	8.4
	%	79.7	20.3		
Toplam	n	561	142	703	100.0
	%	79.8	20.2	100.0	

x^2=120.3 p<0.001

TABLO 2: Yanığın meydana geldiği yerin cinsiyete göre dağılımı.

Cins		Yanığın meydana geldiği yer			
		Ev-bahçe	İşyeri-sokak ve diğer	Toplam n	%
Erkek	n	298	126	424	60.3
	%	70.3	29.7		
Kadın	n	263	16	279	39.7
	%	94.3	5.7		
Toplam	n	561	142	703	100.0
	%	79.8	20.2	100.0	

x^2=58.56 p<0.001

TABLO 3: Yanık tiplerinin yaşa göre dağılımı.

Yaş grubu		Yanık tipi			
		Sıcak sıvı yanığı	Kuru alev yanığı	Elektrik ve diğer	Toplam n	%
0 - 4	n	176	24	7	207	29.6
	%	85.0	11.6	3.4		
5 - 9	n	59	16	4	79	11.2
	%	74.7	20.2	5.1		
10 - 14	n	34	21	14	69	9.8
	%	49.3	30.4	20.3		
15 - 24	n	37	51	24	112	15.9
	%	33.0	45.5	21.5		
25 - 44	n	70	72	35	177	25.2
	%	39.6	40.7	19.7		
45 +	n	26	30	3	59	8.4
	%	44.1	50.8	5.1		
Toplam	n	402	214	87	703	100.0
	%	57.2	30.4	12.4	100.0	

x^2=143.48 p<0.001

TABLO 4: Yanık tipinin oturulan konut tipine göre dağılımı.

Konut tipi		Yanık tipi: Sıcak sıvı yanığı	Kuru alev yanığı	Elektrik ve diğer	Toplam n	Toplam %
Apartman	n	202	58	41	301	42.8
	%	67.1	19.3	13.6		
Gecekondu ve diğer	n	197	155	46	398	56.6
	%	49.5	38.9	11.6		
Bilinmeyen*	n	3	1	0	4	0.57
	%	75.0	25.0	0.0		
Toplam	n	402	214	87	703	100.0
	%	57.2	30.4	12.4	100.0	

x^2=31.67 p<0.001

* Oturduğu konut tipi bilinmeyen vakalar istatistiksel değerlendirmeye alınmamıştır.

TARTIŞMA

Yanıklı hastaların yaş gruplarına dağılımına bakıldığında %29.4 ile 0-4 yaş grubunun ilk sırada yer aldığı görülmektedir. Buna karşın ülke nüfusunda 0-4 yaş grubunun oranı %12 civarındadır (5). Bu durum, 0-4 yaş grubunda yanıkların gerçekten de yüksek oranda olduğunu göstermektedir. Yapılan çalışmalarda da 0-4 yaş arası çocuklarda yanık oranının diğer yaş gruplarına göre yüksek olduğu bulunmuştur (8,9,10).

Yanığın meydana geldiği yer incelendiğinde %75.1'inin evde, %4.7'sinin bahçede, kalan kısmının ise sokak, işyeri vb. yerlerde meydana geldiği görülmektedir. Bu durum tüm çalışmalarda benzer şekilde saptanmıştır. Hindistan'da iki ayrı hastanede yapılan çalışmalarda yanıkların evde olma oranı %86.2 ve %82.6 olarak bulunmuştur (9,10). İspanya'da yapılan bir hastane çalışmasında da yanıkların genellikle evde meydana geldiği saptanmıştır (11).

Yanığın meydana geldiği yer yaşa göre incelendiğinde her yaş grubunda ev ve bahçede meydana gelen yanıkların daha sık görüldüğü, ancak yaş ilerledikçe işyeri, sokak vb. yerlerde meydana gelen yanıkların oranının gittikçe arttığı gözlenmektedir. 0-4 yaş grubunda yanıkların %98.1'i evde olurken 25-44 yaş grubunda %58.8'i evde meydana gelmektedir. 45 yaş ve üzeri nüfusta ise evde meydana gelen yanıkların oranında yine hafif bir yükseliş gözlenmekte ve bu oran %79.7'ye çıkmaktadır (x^2=120.3, p<0.001).

Yapılan diğer benzer çalışmalarda da evdeki yanıkların özellikle çocuklarda çok yüksek oranda olduğu belirtilmektedir. Norveç, Hindistan ve Kuveyt'te yapılan çalışmalarda çocuklardaki yanıkların hemen hemen tamamının evde oluştuğu bildirilmiştir (12,13,14). İspanya'daki bir çalışmada da 60 yaş üzerinde evde meydana gelen yanıkların yüksek oranda (%85) olduğu gösterilmiştir (15).

Yanığın meydana geldiği yer cinse göre de farklılık göstermiş, ev ve bahçe dışında yanma oranı erkeklerde kadınlardan daha yüksek bulunmuştur ki bu durum erkeklerin çalışma yaşamında daha fazla oranda yer almasından kaynaklanan doğal bir sonuçtur.

Yanığın meydana geldiği gün açısından herhangi bir fark olmamasına karşın mevsimsel dağılım yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Yanıklar sonbahar ve kış aylarında, ilkbahar ve yaz aylarından daha çok görülmüştür. Bu durumun nedeni sonbahar ve kış aylarında daha çok kapalı ortamlarda bulunulması ve yangına neden olabilecek ısınma araçlarının kullanılmasıyla açıklanabilir. Başka çalışmalarda da benzer sonuçlar bildirilmiş ve yanıkların daha çok kış aylarında meydana geldiği vurgulanmıştır (13,15).

Günün hangi saatlerinde daha çok yanık meydana geldiğine bakıldığında ise beklenildiği gibi daha çok gündüz saatlerinde yanık olduğu görülmektedir. Özellikle saat 07-12 arasında yanıklar en sık görülmekte olup istatistiksel olarak anlamlı ölçüde farklılık vardır.

Yanıkların ne ile meydana geldiği incelendiğinde en çok sıcak sıvı yanığı (%57.2) daha sonra da kuru alev yanığının (%30.4) olduğu görülmüştür. Diğer yanık tipleri ise daha düşük oranlarda olup her birinin arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (x^2=500.38 , p<0.001). Bazı ülkelerde ise tüm yaş gruplarını içeren çalışmalarda kuru alev yanıklarının birinci sırada yer aldığı gözlenmektedir (7,10). Bu durum toplumların yaşam koşullarının farklılığından kaynaklanabilir. Kuru alev yanıklarının birinci sırada olduğu bazı çalışmalar da (11), hastanede yatanlar üzerinde gerçekleştirilmiştir ki, bilindiği gibi kuru alev yanıkları genellikle daha ağır vakalardır ve hospitalizasyona daha çok gerek duyulmaktadır.

Yanık tipleri yaşa göre incelendiğinde sıcak sıvı yanıkları 0-4 yaş grubunda %85, 5-9 yaş grubunda da %74.7 oranında görülmüş olup bu iki gruptaki oran diğer yaş gruplarındaki sıcak sıvı yanığı oranlarından istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha yüksek bulunmuştur. Yaş ilerledikçe kuru alev yanıklarının oranı artmakta ve 45 yaş üzeri grupta bu oran %50.8 ile tüm gruplardan daha yüksek bulunmaktadır. Diğer araştırmalarda da özellikle küçük çocuklarda sıcak sıvı yanıklarının çok yüksek oranda görüldüğü belirtilmektedir (8,12,13,14,16). Yine bizim bulgularımıza paralel olarak erişkin yaşlarda kuru alev yanıklarının biraz arttığı belirtilmektedir (8,11,15).

Yanık tipinin konut tipi ile ilişkisi incelenmiş ve hem apartmanda hem de gecekonduda oturanlarda sıcak sıvı yanığının fazla olmasına karşın kuru alev yanıklarının gecekonduda oturanlarda apartmanda oturanlara göre belirgin olarak daha yüksek oranlda görüldüğü tesbit edilmiştir. Ayrıca yanık tipinin , oturulan konut ısıtılma özelliği ile de ilişkisi incelenmiş ve soba ile ısınanlarda kuru alev yanığı oranının kalorifer ile ısınanlardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Sonuç olarak kuru alev yanıkları daha çok gecekondu kesiminde, yani soba ile ısınan konutlarda sobadan kaynaklanan yangınlar sonucu ortaya çıkmaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Toplumda 0-4 yaş grubu çocuklar ev yanıkları için risk grubunu oluşturmaktadır. Yanığın meydana geldiği yer yaşa ve cinse göre farklılık göstermektedir. Yanıklar mevsim olarak daha çok kış ve sonbaharda, saat olarak ise daha çok gündüz saatlerinde, özellikle de 07-12 saatleri arasında meydana gelmektedir. Genelde yanık tipi olarak en çok sıcak sıvı yanıkları görülmektedir. Özellikle 0-10 yaş arası çocuklarda sıcak sıvı yanıkları, 45 yaş üstü erişkinlerde ise kuru alev yanıkları ön plana çıkmaktadır.

Gecekonduda ve soba ile ısınan konutlarda oturanlarda kuru alev yanıkları apartmanda ve kaloriferli konutlarda oturanlara göre belirgin şekilde fazla görülmektedir.

Eğitimsizlik ve dikkatsizlik sonucu küçük bir ihmal nedeniyle ortaya çıkan ve çok ciddi sorunlara yol açabilen yanıkların toplumda görülmesinin en aza indirilebilmesi için önerilebilecek çözümler şunlardır:

- Yanıkların önlenmesi için evlerdeki ve iş yerlerindeki güvenlik önlemleri arttırılmalı, daha tehlikesiz yaşam koşulları sağlanmalıdır.
- Sağlık kurumları ve basın-yayın kuruluşları ile işbirliği içinde tüm topluma yanıkların önemi ve önlenmesi konusunda eğitim verilmelidir. Özellikle küçük yaştaki çocuklarda meydana gelen yanıkların önlenmesinde anne babanın eğitimine özel bir dikkat gösterilmelidir.

KAYNAKLAR

1) Bumin Ç, Aycan S, Arıtürk O, Özaltın S. Gölbaşı Eğitim ve Araştırma Bölgesinde Ev Kazası Olarak Görülen Yanık Vakaları ile İlgili bir Araştırma. II. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özet Kitabı. 22-25 Mayıs 1990, İstanbul.
2) Güçiz B. Yaşlılıkta Kaza Sorunu. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi-88 Bildiri Özetleri. Antalya, 1988.
3) Süzer E. Tuzluçayır Sağlık Ocağı Bölgesinde Halk Sağlığı Sorunu Olarak Tüm Kazalar. Uzmanlık Tezi. AÜTF Toplum Hekimliği Kürsüsü. Ankara, 1981.
4) Emiroğlu C. Ankara Numune Hastanesi Hızır Acil Merkezine 1991 Yılında Başvuran Kaza Olgularının Değerlendirilmesi. Doktora Tezi. GÜTF Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Ankara, 1993.
5) Türkiye İstatistik Yıllığı. T.C. Başbaanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, 1991.
6) Snelling CF, Germann ET. Trends in Hospital Care of Burns in Canada. J Trauma. 1992;33(2):258-64.
7) Jie X, Ren CB. Burn Injuries in the Dong Bei Area of China: a Study of 12606 Cases. Burns. 1992;18(3):228-32.
8) Milo Y, Robinpour M, Glicksman A, Tamir G, Burvin R, Hauben DJ. Epidemiology of Burns in the Tel Aviv Area. Burns. 1993;19(4):352-7.
9) Jayaraman V, Ramakrishnan KM, Davies MR. Burns in Madras, India: an Analysis of 1368 Patients in 1 Year. Burns. 1993;19(4):339-44.
10) Gupta M, Gupta OK, Yaduvanshi RK, Upadhyaya J. Burn Epidemiology: the Pink City Scene. Burns. 1993;19(1):47-51.
11) Tejerina C, Reig A, Codina J, Safont J, Baena P, Mirabet V. An Epidemiological Study of Burn Patients Hospitalized in Valencia, Spain During 1989. Burns. 1992;18(1):15-8.
12) Sorensen TH, Vindenes H.[Scalding Injuries in Children]. Tidsskr Nor Laegeforen. 1993;113(14):1716-8.
13) Gupta M, Gupta OK, Goil P. Pediatric Burns in Jaipur, India: an Epidemiological Study. Burns. 1992;18(1):63-7.
14) Lari AR, Bang RL, Ebrahim MK, Dashti H. An Analysis of Childhood Burns in Kuwait. Burns. 1992;18(3):224-7.
15) Tejerina C, Reig A, Codina J, Safont J, Mirabet V. Burns in Patients Over 60 Years Old: Epidemiology and Mortality. Burns. 1992;18(2):149-52.
16) Ngim RC. Epidemiology of Burns in Singapore Children- an 11 Year Study of 2288 Patients. Ann Acad Med Singapore. 1992;21(5):667-71.

ANKARA NUMUNE HASTANESİNE BAŞVURAN YANIK OLGULARININ BULGULARI VE İZLEM SONUÇLARI

* Yrd.Doç.Dr.Meltem Çöl ** Op.Dr.Cavit Çöl *** Uz.Dr.Oya Zeren Afşar
* Dr.Deniz Çalışkan * Prof.Dr.Recep Akdur

* Ankara Ün. Tıp Fak. Halk Sağlığı ABD
** Ankara Numune Hast. Acil Cerrahi Kliniği Uzmanı
*** Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Uzmanı

ÖZET

Çalışma, toplumda meydana gelen kazalar içinde önemli bir yer tutan yanık olgularının nasıl sonuçlandığını ve bu sonuca etki eden faktörleri belirlemek amacıyla Aralık 1992-Aralık 1993 tarihleri arasında Ankara Numune Hastanesi'ne yanık nedeniyle başvuran 703 hasta üzerinde takipleri yapılarak yürütülmüştür. Olguların çoğu (%81.9) yanığın meydana geldiği gün hastaneye başvurmuştur. En sık yanık görülen vücut bölgesi üst ekstremite olarak bulunmuştur. Yanıkların çoğunluğu 2. derece ve vücut yüzeyinin %20'sinden azını kaplayan yanık olmasına karşın hastaların yaklaşık 3/4'ünün hastaneye yatırılarak tedavi edilmesi gerekmiştir. Olguların %7.7'si ölümle sonuçlanmıştır ve elektrik yanıklarında mortalite en yüksektir. Mortalitenin ayrıca yanığın genişliği ve derecesi ile yakından ilişkili olduğu görülmüştür. Sonuçlar değerlendirilerek yanıkların toplumda yol açtığı zararların azaltılmasına yönelik önerilerde bulunmuştur.

GİRİŞ VE AMAÇ

Yanıklar toplumda yaygınlığının yanısıra (1,2,3), neden olduğu sonuçlar açısından da büyük önem göstermektedir. Bu sonuçlar hafiften ağıra doğru skartiksler, kontraktürler, organ zaafı ve kayıpları ve hatta ölümler şeklinde karşımıza çıkmaktadır.

Yanıkların toplumdaki bu önemine karşın ülkemizde yanıklı olguların tedavisi ve sekellerinin rehabilitasyonu için özel olarak kurulmuş tedavi merkezleri mevcut değildir. Bu görevi, genellikle hastanelerin plastik cerrahi ve genel cerrahi bölümleri bir ölçüde yerine getirmeye çalışmaktadır. Oysa yanık tedavisi ve bakımı çok zor ve karmaşık bir olaydır ve kendine özgü özellikler taşır. Yanık tedavisi için bu konuda yetişmiş genel cerrahi uzmanı, plastik ve rekonstrüktif cerrahi uzmanı, dahiliye uzmanı, fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanı, dermatolog, pediatrist ve yardımcı sağlık personelinden oluşan özel bir ekibe ve teknik donanıma gerek vardır.

Ankara Numune Hastanesi bünyesinde ayrı bir yanık tedavi ünitesi bulunmaktadır ve Ankara'daki yanık olgularının önemli bir kısmı bu merkezde tedavi görmektedir. 1991 yılında yapılan bir araştırmada Ankara'da tüm hastanelerde bir yıl içinde yatarak tedavi gören yanık olgularının %60'ının Ankara Numune Hastanesinde yatırıldığı saptanmıştır (4).

Bu nedenle çalışmamızda, Ankara Numune Hastanesi'ne 1 yıl boyunca başvuran yanık olgularının incelenerek bazı özelliklerinin değerlendirilmesi ve takiplerinin yapılarak sonuçlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma, Aralık 1992 - Aralık 1993 tarihleri arasında Ankara Numune Hastanesi Acil Servisine yanık nedeniyle başvuran hastalar üzerinde yürütülmüştür. Bu süre içinde başvuran toplam 703 hastanın yaş, cins, yanığın oluş biçimi, hastaneye başvurması için geçen süre, başvurmadan önce uygulanan tedaviler gibi konularda bilgi alınmış, hastaların muayeneleri yapılarak yanığın vücuttaki lokalizasyonu, derecesi ve yaygınlığı tesbit edilmiş, ayrıca takipleri yapılarak tedavi, komplikasyonlar ve sonuçlar değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizler için x^2 testi uygulanmıştır.

BULGULAR

Yanık nedeniyle hastaneye başvuran 703 hastanın yaş ortalaması 18.6 ± 0.7'dir. Bu hastaların 207'si (%29.4) 0-4 yaş, 79'u (%11.2) 5-9 yaş, 69'u (%9.8) 10-14 yaş, 112'si (%15.9) 15-24 yaş, 177'si (%25.2) 25-44 yaş, 9'u (%8.4) ise 45 yaş ve üzeri gruptadır. Hastaların 424'ü (%60.3) erkek, 279'u (%39.7) kadındır.

Yanıkların ne ile meydana geldiğine bakıldığında 402'sinin (%57.2) sıcak sıvı, 214'ünün (%30.4) kuru alev, 56'sının (%8.0) elektrik, 31'inin ise (%4.4) diğer etkenlerle oluştuğu bulunmuştur. Buna göre en büyük grubu sıcak sıvı yanıkları oluşturmaktadır. ($x2=500.38$, $p<0.001$)

Yanık meydana geldikten sonra kişilerin hastaneye başvurmasına kadar geçen süre incelendiğinde 576 kişinin (%81.9) aynı gün, geri kalan 127 kişinin (%18.1) ise sonraki günlerde hastaneye geldiği ya da getirildiği tesbit edilmiştir. İlk gün başvuran 576 kişiden 385'inin (%66.8) ilk 1 saat içinde, 109'unun (%18.9) 1 ve 2. saatler arasında, geri kalanların ise 2. ile 24. saatler arasında hastaneye başvurdukları görülmüştür.

Yanıklı 703 hastanın 214'üne (%30.4) hastaneye gelmeden önce herhangi bir tedavi uygulanmamıştır. Buna karşılık 342 yanık olgusuna (48.6) soğuk su uygulaması, 119'una (%16.9) yanık kremi uygulaması yapılmış ve 22 olgu ise (%3.1) başka bir hastanede medikal tedavi gördükten sonra Ankara Numune Hastanesine sevkedilmiştir.

Yanığın vücuttaki lokalizasyonuna bakıldığında genelde birden çok vücut bölgesinin etkilendiği görülmektedir. Yanıklı hastaların 393'ünde (%55.9) tek başına ya da bir başka vücut bölgesiyle birlikte üst ekstremitenin yandığı belirlenmiştir. Bunu 302 kişi (%43.4) ile alt ekstremite izlerken 246 kişide (%35.0) baş-boyun, 235 kişide (%33.4) toraks, 169 kişide (%24.0) abdomen ve 54 kişide (%7.7) ise genital bölgenin yandığı görülmüştür.

Yanıkların derecelerine bakıldığında 14 kişinin (%2.0) birinci derece, 629 kişinin (%89.5) ikinci derece ve 55 kişinin (%7.8) üçüncü derece yanıklı olduğu tesbit edilmiştir. 5 kişinin yanık derecesi kaydedilmediği için değerlendirmeye alınmamıştır. Yanıkların vücut yüzeyine oranı ise şu şekildedir: 575 kişinin (%81.8) %20'den az, 98

kişinin (%13.9) %21-40 oranında, 23 kişinin (%3.3) ise %40'tan fazla yanıklı olduğu saptanmıştır. 7 hastanın yanık yüzeyi anket formuna kaydedilmediği için değerlendirmeye alınmamıştır.

Hastaların 518'i (%73.7) hastaneye yatırılarak, 183'ü (%26.0) ayaktan tedavi edilmiştir. Bu konuda bilgi kaydedilmeyen iki hasta mevcuttur. Yatırılarak tedavi edilen 518 kişinin 430'u (%83.0) 10 günden az süreyle hastanede kalmıştır. Diğer hastaların yatış süresi ise 10 günden fazladır.

Yanıklı olguların klinik bulgularından bazılarına bakıldığında 60 olguda (%8.5) yanığın enfekte olduğu, 54 olguda (%7.7) anüri ya da oligüri şeklinde renal yetmezlik bulgusu olduğu, 52 olgunun (%7.4) ise hastaneye geldiğinde bilincinin kapalı ya da bulanık olduğu tesbit edilmiştir.

Yanıklı hastaların tedavisinin nasıl sonuçlandığına bakıldığında Tablo 1'de görüldüğü gibi genel mortalite %7.7 olarak tesbit edilmiştir.

TABLO 1: Yanıklı hastaların tedavi sonuçları.

Hastalığın sonucu	n	%
Nedbesiz tam şifa	31	4.4
Hafif nedbe ile tam şifa	249	35.4
Ağır nedbe ile tam şifa	178	25.3
Sekelli iyileşme	25	3.6
Eksitus	54	7.7
Bilinmiyor	166	23.6
Toplam	703	100.0

Tablo 1'de hastalığın sonuçlanışı bilinmeyenler grubunda bulunan 166 kişinin hemen hemen tamamı yatırılmadan poliklinikte tedavisi düzenlenen ya da tedavisi tamamlanmadan hastaneden taburcu olan hastalardır. Bu nedenle söz konusu olgular genellikle hafif yanıklılar olup verdiğimiz mortalite oranını etkilememektedir.

Yanık tiplerine göre tedavi sonuçları değerlendirildiğinde sıcak sıvı yanığı olan 402 hastanın 13'ü (%3.2), kuru alev yanığı olan 214 hastanın 25'i (%11.7) ve elektrik yanığı olan 56 hastanın 13'ü (%23.2) eksitus'la sonlandığı görülmektedir (Tablo 2). Buna göre en yüksek mortalitenin elektrik yanıklarında, en düşük mortalitenin ise sıcak sıvı yanıklarında olduğu söylenebilir. Aradaki farklar istatistiksel olarak anlamlıdır.

TABLO 2: Yanık tipleri ile yanığın sonucu arasındaki ilişki.

	Yanık tipi									
	Sıcak sıvı		Kuru alev		Elektrik		Diğer		Toplam	
Sonuç	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nedbesiz tam şifa	17	4.2	7	3.3	2	3.6	5	16.1	31	4.4
Hafif nedbe ile tam şifa	172	42.8	50	23.4	20	35.7	7	22.6	249	35.4
Ağır nedbe ile tam şifa	90	22.4	72	33.6	10	17.9	6	19.4	178	25.3
Sekelli iyileşme	10	2.5	10	4.7	5	8.9	0	0.0	25	3.6
Eksitus	13	3.2	25	11.7	13	23.2	3	9.7	54	7.7
Bilinmeyen	100	24.9	50	23.3	6	10.7	10	32.2	166	23.6
Toplam n	402	100.0	214	100.0	56	100.0	31	100.0	703	100.0
%	57.2		30.4		8.0		4.4		100.0	

$x^2=86.45$ $p<0.0001$

Yanığın prognozunu belirleyen en önemli faktör olan yanığın genişliği ve derecesinin sonuç üzerindeki etkilerine bakıldığında şu bulgular elde edilmiştir: Birinci derece yanıklarda hiç eksitus tesbit edilememiştir. İkinci derece yanıklı ve yanık genişliği %20'den az olan 393 olguda 6 eksitus olup bu grubun mortalite oranı %1.5'tir. Yanık yüzeyi %20'den geniş olan ikinci derece yanıklı 88 olguda ise 26 eksitus vardır. Bu gruptaki mortalite ise %29.5'tir. Bu iki grup arasındaki fark oldukça anlamlıdır ($x^2=86.45$, $p<0.001$). Üçüncü derece yanıklarda ise yanık genişliği %20'nin altında olan toplam 34 kişinin 9'u (%26.5) eksitus olurken %20'den geniş üçüncü derece yanıklı 16 hastadan 13'ü (%81.3) eksitus olmuş, ancak 3 hasta yaşatılabilmiştir ($x^2=11.12$, $p<0.001$).

Sonucu bilinen 534 yanık olgusundan bilinci bulanık ya da kapalı olarak hastaneye getirilen 48 hastanın 35'i (%72.9) eksitus olmuştur. Bilinç bozukluğu olmayan 486 hastada ise mortalite yalnız 19 kişide gözlenmiştir (%3.9). Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($x^2=221.33$, $p<0.001$).

Klinik olarak yanığın ciddiyetini gösteren bir başka bulgu da hastada anüri ve oligüri gibi renal belirtilerin olmasıdır. Bu tür bulguların tesbit edildiği 48 hastadan 36'sı (%75.0) eksitus olmuştur. İdrar çıkışı normal sınırlarda olan 489 hastada ise mortalite oranı %3.7'dir (18 olgu). Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($x^2=237.99$, $p<0.001$).

Yanık olgularının sonuçları yaşa göre değerlendirildiğinde 0-4 yaş grubunda mortalite %8.7, 5-9 yaş grubunda %5.1, 10-14 yaş grubunda %5.8, 15-24 yaş grubunda 8.0, 25-44 yaş grubunda %7.3 ve 45 + yaş grubunda %10.1 bulunmuştur. Aradaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir (x^2=2.49, p>0.05).

TARTIŞMA

Hastaların yanık olayı meydana geldikten sonra hastaneye ne kadar süre içinde başvurduklarına bakıldığında önemli bir kısmının ilk gün içinde başvurdukları görülmüştür. Sonraki günlerde başvuranlar ya başka bir hastaneden sevkle gönderilen ya da ilk günler yanığın önemsiz olduğunu düşünüp zamanla enfeksiyon v.b. gibi durumların eklenmesiyle tablonun ciddileştiğini anlayan hastalardır. Yanığın olduğu ilk günde başvuranların %85.7'si ilk iki saat içinde gelen hastalardır ve erken başvuru tedavi sonuçlarını etkileyen önemli bir faktördür.

Hastaneye gelmeden önce yanıklıların %69.6'sına soğuk su uygulaması, yanık pomatları, ya da tıbbi tedavi girişimleri uygulanmış, ancak %30.4'üne ya hiç bir ilk yardım girişimi uygulanmamış ya da yanlış bir takım uygulamalarda bulunulmuştur. Hastaların sağlık kuruluşlarına ulaştırılmasına kadar geçen süre içinde yanıkla ilgili ilk yardım uygulamaları konusunda toplumun eğitilmesi yanıkların tedavisini kolaylaştıracak ve prognozun daha iyi olmasına yardım edecektir.

Yanığın vücuttaki lokalizasyonuna bakıldığında en çok üst ekstremitenin buna yakın bir oranda da alt ekstremitenin yandığı görülmüştür. Bu durum diğer çalışmalarla da benzerlik göstermekte olup (5), üst ekstremite yanıkları özellikle kontraktürler yönünden önem taşımaktadır. Yapılan çalışmalar, yanığa bağlı kontraktürlerin en çok üst ekstremitede olduğunu göstermektedir (6).

Klinik prognozu belirleyen en önemli faktörlerden biri olan yanığın derecesi ve genişliğine baktığımızda en büyük grubu %89.5 ile 2.derece yanıkların oluşturduğunu görüyoruz. Yanık yüzdeleri açısından da en büyük grubu %81.8 ile genişliği %20'nin altında olan yanıklar oluşturmaktadır. Çin'de yapılmış geniş kapsamlı bir çalışmada yanık ünitelerine başvuran hastaların %93'ünde yanık genişliği vücut yüzeyinin %50'sinin altında bulunmuştur (7).

Polikliniğe başvuran yanıklı hastaların %73.7'sine yatış endikasyonu konmuştur. Yatırılan hastaların %83'ü hastanede 10 günden az yatmıştır. Hindistan'da yapılan bir çalışmada hastaneye yatırılma oranı %70.5 olarak tesbit edilmiştir (8). Diğer benzer yanık araştırmalarındaki yatış sürelerine bakıldığında ise Singapur'daki bir araştırmada ortalama 8-12 gün (9), Norveç'teki bir araştırmada yanıklı çocuklarda yatış süresinin 1-61 gün arasında değiştiği saptanmıştır(10). İspanya'da yanıklı hastaların %50'sinin hastaneden 15 gün içinde taburcu oldukları saptanmıştır (11). Bu oranlar genelde birbiriyle ve çalışmamızdaki bulgular ile uyumludur.

Yanıkların sonuçlarını değerlendirdiğimize mortalitenin % 7.7 olduğunu görüyoruz. Diğer ülkelerde yapılmış hastane çalışmalarında mortalite şu şekildedir: Nijerya'da yanık genişliği %10'un üzerinde olan hastalar üzerinde yapılan bir araştırmada mortalite %9.9 bulunmuştur (12). Hindistan'da 0-14 yaş grubundaki yanıklı hastalarda mortalite %19.7 bulunmuştur (13). Kuveyt'te yapılan ve 12 yaş altındaki çocukları kapsayan bir yanık çalışmasında mortalite %3 olarak tebit edilmiştir (14).

Görüldüğü gibi değişik araştırmalarda mortalite yönünden değişik sonuçlar alınmıştır. Bu oranlar yanık ünitelerinin gelişkin olup olmamasının dışında araştırmanın hastaneye başvuran ya da yatan hastalar üzerinde yapılmış olması, kapsadığı yaş grupları, yanığın genişliği ya da hastaneye seçilmiş vakaların (örneğin ağır vakalar) gelmesi gibi pek çok faktöre bağlı olabilmektedir. Ancak literatür gözden geçirildiğinde aynı derecedeki yanıklı hastaları kapsayan çalışmalarda özel yanık ünitesi mevcut olan gelişmiş ülkelerde mortalitanin diğerlerine göre daha düşük olduğu görülmektedir.

Yanık tiplerine göre sonuçlar değerlendirildiğinde ise en yüksek mortalite elektrik yanıklarında, daha sonra da kuru alev yanıklarında tesbit edilmiştir. Bir çok hastane çalışmasında elektrik yanıkları için fazla bilgi olmamakla birlikte kuru alev yanıklarındaki mortalitenin diğer yanık tiplerinden yüksek olduğuna işaret edilmektedir (8,9). Bu durum büyük ölçüde, kuru alev yanıklarının sıcak sıvı yanıklarına göre daha geniş bir vücut yüzeyini etkilemesi ve daha ağır yanıklar şeklinde karşımıza çıkmasına bağlıdır.

Çalışmamızda yanığın derecesinin ve genişliğinin sonucu büyük ölçüde etkilediği görülmüştür. Genişliği %20'den az 2. derece yanıklarda eksitus oranı %1.5, 3. derece yanıklarda %26.5 iken genişliği %20'den fazla olan 2.derece yanıklarda %29.5 ve 3.derece yanıklarda %81.3 olarak tesbit edilmiştir. Singapur'da çocuklar üzerinde yürütülen bir çalışmada yanık genişliği %40-60 olanlarda mortalite %20 iken (9), Hindistan'da yanık genişliği %40'ın üzerinde olanlarda mortalite %80 bulunmuştur (15).

Yanıklı hastaların hastaneye geldiklerindeki klinik bulguları da sonuçla ilgili bulunmuştur. Bilinci bulanık ya da kapalı olanlar ile oligüri ya da anürisi bulunanlarda mortalite bir hayli yüksek oranda gerçekleşmiştir. Yaş grupları arasındaki mortalite farkı ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Yanığın en çok lokalize olduğu vücut bölümü üst ve alt ekstremiteler olarak tesbit edilmiştir. Hastaneye başvuran hastaların %73.7'si yatarak tedavi edilmiş olup bunların büyük çoğunluğunda (%83) yatış süresi 10 günden azdır.

Yanıkta mortalitenin yaşla ilgili olmadığı, ancak yanığın derecesi ve kapsadığı vücut yüzeyi ile doğru orantılı olarak arttığı gözlenmiştir. Mortalite elektrik yanıklarında ve kuru alev yanıklarında daha yüksek bulunmuştur.

Bütün bunlar göz önüne alınarak, yanıkların toplumda yol açtığı olumsuz sonuçların azaltılabilmesi açısından;

- Yanıklarda ilkyardım uygulamalarının toplum bireyleri ve sağlık personeli tarafından bilinçli bir şekilde yapılabilmesi için gerekli eğitim yapılmalıdır.
- Birinci basamak sağlık hizmetleri düzeyinde yanıklı olgular dikkatle değerlendirilmeli; önemli, ağır ya da kontraktür oluşturabilecek yanıklar erken dönemde hastaneye sevk edilmelidir.
- Yanık tedavisi konusunda uzmanlaşmış özel ekip, araç ve gereç bulunan yanık tedavi merkezleri kurulmalı ve yaygınlaştırılmalıdır.

KAYNAKLAR

1) Bumin Ç, Aycan S, Arıtürk O, Özaltın S. Gölbaşı Eğitim ve Araştırma Bölgesinde Ev Kazası Olarak Görülen Yanık Vakaları ile İlgili bir Araştırma. II. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özet Kitabı. 22-25 Mayıs 1990, İstanbul.
2) Güçiz B. Yaşlılıkta Kaza Sorunu. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi-88 Bildiri Özetleri. Antalya, 1988.
3) Süzer E. Tuzluçayır Sağlık Ocağı Bölgesinde Halk Sağlığı Sorunu Olarak Tüm Kazalar. Uzmanlık Tezi. AÜTF Toplum Hekimliği Kürsüsü. Ankara, 1981.
4) Emiroğlu C. Ankara Numune Hastanesi Hızır Acil Merkezine 1991 Yılında Başvuran Kaza Olgularının Değerlendirilmesi. Doktora Tezi. GÜTF Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Ankara, 1993.
5) Tejerina C, Reig A, Codina J, Safont J, Mirabet V. Burns in Patients Over 60 Years Old: Epidemiology and Mortality. Burns. 1992;18(2):149-52.
6) Muguti GI, Fleming AN. Contractures After Burns: Some Observations from a 3-Year Review in Zimbabwe. J R Coll Surg Edinb. 1992;37(3):187-90.
7) Jie X, Ren CB. Burn Injuries in the Dong Bei Area of China: a Study of 12606 Cases. Burns. 1992;18(3):228-32.
8) Jayaraman V, Ramakrishnan KM, Davies MR. Burns in Madras, India: an Analysis of 1368 Patients in 1 Year. Burns. 1993;19(4):339-44.
9) Ngim RC. Epidemiology of Burns in Singapore Children- an 11 Year Study of 2288 Patients. Ann Acad Med Singapore. 1992;21(5):667-71.
10) Sorensen TH, Vindenes H.[Scalding Injuries in Children]. Tidsskr Nor Laegeforen. 1993;113(14):1716-8.
11) Tejerina C, Reig A, Codina J, Safont J, Baena P, Mirabet V. An Epidemiological Study of Burn Patients Hospitalized in Valencia, Spain During 1989. Burns. 1992;18(1):15-8.
12) Iregbulem LM, Nnabuko BE. Epidemiology of Childhood Thermal Injuries in Enugu, Nigeria. Burns. 1993;19(3):223-6.
13) Gupta M, Gupta OK, Goil P. Pediatric Burns in Jaipur, India: an Epidemiological Study. Burns. 1992;18(1):63-7.
14) Lari AR, Bang RL, Ebrahim MK, Dashti H. An Analysis of Childhood Burns in Kuwait. Burns. 1992;18(3):224-7.
15) Gupta M, Gupta OK, Yaduvanshi RK, Upadhyaya J. Burn Epidemiology: the Pink City Scene. Burns. 1993;19(1):47-51.

205 YETİŞKİN TÜRK KADININDA BAZI AYAK ÖLÇÜLERİ

Dr.Faruk YORULMAZ*, Fzt. Nursel AKTAŞ**

*T.Ü.T.F.Halk Sağ.A.D.
**T.Ü.T.F. Özürlü Çocuklar Mrk.

ÖZET

Ayak insan ağırlığını ömürboyu taşıyan, onun hareketini, dengesini sağlayan önemli bir organdır. Ayağın patolojileri vücut biyomekaniğini, dolayısıyla diğer organları da etkiler. Ayağın optimum fonksiyon görebilmesi için ona uygun ayakkabı şarttır. Çalışmamız bu amaçla ayağa ait patolojisi olmayan 205 erişkin kadında direkt ayak ölçümleri ile yapılmıştır.

Ortalama 33.88±10.01 yaş, 156±6.13cm boy ve 61.80±12.07kg ağırlıklaki kadın larda ayak uzunluğu 23.63± 1.25cm, metatarsofalengeal genişlik 9.57±0.69cm, to puk genişliği 5.84±0.57cm, malleolusmedialis taban mesafesi 7.21± 0.52cm, malle oluslateralis taban mesafesi 6.16±0.47cm, tarsal yükseklik 6.10±0.52cm ve talo kalkaneal yükseklik 10.66 ±0.72cm bulundu.

Ülkemizdeki diğer çalışmalarla benzerlik gösteren bu bulgular Avrupa ve ABD kadınların ölçülerine göre daha düşüktür. Ülkemizde kullanılan Fransız ayakkabı standartları kadınlarımızın ayak ölçülerine uymadığı için daha geniş ayağa sahip kadınlarımız olması gerekenden daha büyük numara ayakkabı giymektedir. Daha geniş serilerde ve diğer bölgelerde yapılacak bu tür çalışmalar bizim insanımıza özgü ayak profilini çıkarmaya yardımcı olacaktır.

GİRİŞ VE AMAÇ

DSÖ sağlığı; bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam br iyilik hali olarak tanım lamaktadır. Bedensel sağlık içinde çok önemli bir çift organ olan ayak sağlığı ayrı bir önem taşımaktadır. Bilindiği gibi ayak; ölene kadar insanın ağırlığını taşıyan bir organdır. Ayak sağlığı, diğer organların sağlığı ile çok yakından ilişkilidir. Ayak sağlığı o toplumun ayak ölçüleri bilinerek ona uygun yapılmış sağlıklı ayakkabı giyilmeden korunamaz. Ayak ölçüleri de diğer antropometrik ölçümler gibi ırklara ve cinslere göre farklılıklar göstermektedir (1 3). Ülkemiz insanının ayak ölçülerinin bilinmesi bu bakımdan büyük önem taşımaktadır. Çalışmamız bu amaçla yapılmıştır.

Antropometri insanın vücut özellikleri ile uğraşan bilim dalıdır. İnsan vücut ölçüleri kişiden kişiye ve toplumdan topluma büyük farklılılar gösterir (1,4). Vücut ağırlığı ayağın ön arka ve buna dik olarak metatarslardan geçen iki köprü üzerin den, metatars başları ile tuberositas calcanei üzerine binmektedir (5 8). Üzerindeki çeşitli yük durumlarında, kemik ve yumuşak dokuların farklı pozisyonlar ve şekiller almaları ile ayak her zaman karalı olmayabilen yeni bir denge oluşturur. Bu durumda gerek ayakta gerekse vücudun diğer kısımlarında kalıcı şekil ve fonksiyon bozuklukları, yaralanmalar ortaya çıkabilecektir (2,9,10).

Gelişim sürecinde insan ayağı destek ve hareket organı olarak özelleşmiş ve bir çok özelliği üzerinde toplamıştır. Birçok çalışma ayağın anatomik ve antropolojik özelliklerinin çeşitli toplumlarda farklılıklar gösterdiğini ortaya koymuştur. Bu nedenle her toplumun kullanacağı ayakkabı farklı olmak zorundadır.Gelişmiş ülkelerde bu ölçüler yıllarca önce belirlenmiş olmasına rağmen ülkemizde hala ayak ölçüleri, dolayısıyla ayakkabı standartları belirlenmemiştir. Türk Standartları Enstitüsü 1976' da yayınladığı broşürde, bu konuda Avrupa Standartlarını kabul etmektedir. Ülkemizde ayakkabı üretiminde daha çok Fransız standartları bilimsel olmayan yöntemlerle değiştirilerek kullanılmaktadır (11).

MATERYAL VE METOD

Edirne Tıp Fakültesine başvuran ortopedik bir rahatsızlığı ve ayak anomalisi olmayan 205 erişkin kadın araştırmaya alınmıştır. Araştırıcılar tarafından önce kişilerin tanıtıcı bilgilerinin ve alınacak ölçülerinin yazılacağı bir form geliştiril miş, daha sonra deneklerden bilgiler toplanmıştır. Ayağa ait ölçüler ayakta, her iki ayak arasında 25cm mesafe bulundurularak ve ölçüm aleti ve ölçümü yapan kişilerden kaynaklanan hataları ortadan kaldırmak amacıyla, aynı kişi tarafından, aynı milimetrik bölünmeli kumpas ile sol ayaktan alınmıştır. Daha sonra elde edilen veriler bilgisayara yüklenmiş ve NCSS paket programı yardımıyla analiz edilmişlerdir.

Ölçüler aşağıdaki gibi tanımlanmıştır;

Ayak uzunluğu : Calcaneare (tuber calcanei'nin en arka noktası) ile acropodion (en uzun ayak parmağının uç noktası) arası mesafe

Ayak genişliği :

a) Metatarsofalengeal genişlik : 1 5. metatarsofalengeal eklemlerin dış kenarları arası mesafe

b) Topuk genişliği : Topuk kavsinin içte ve dışta başladıkları noktalar arasındaki mesafedir.

Ayak yüksekliği :

a) Tarsal yükseklik : Ayak ortasının (ayak uzunluğunun yarısı) 1cm gerisinden, planta pedis ile dorsum pedis arası mesafedir.

b) Malleolus medialis taban : Malleolus medialisin ortasından (Sphyrion) ayak tabanına kadar olan mesafedir.

c) Malleolus lateralis taban : Malleolus lateralis (Malleolare) ortasından ayak tabanına olan mesafedir.

Talokalkaneal mesafe : Calcaneare ile collum tali'nin dorsal yüzü arasındaki mesafe (11,12).

BULGULAR

Grubumuzdaki 205 kadının ortalama; yaşları 33.88±10.01 yıl, (min.20, med.34, max.55), boy uzunlukları 156± 6.13 cm. (Min.138, med.155, max.176cm) ve ağırlıkları 61.80±12.07kg (min.38, med.60, max.108) bulunmuştur.

Mesleklere bakıldığında; 110 kadın ev kadını (%54.5), 18'i öğrenci (%8.9), 26'sı memur (%12.9), 36'sı çiftçi (%17.8) ve 12'si işçidir (%5.9).

Ortalama ayak uzunluğu 23.63±1.25cm (min.20.9, med.23.6, max.28.5) ve meta tarsofalengeal genişlik 9.57± 0.69cm (min.6, med.9.5, max.11), topuk genişliği 5.84±0.57cm (min 5, med.6, max.10) olarak ölçülmüştür. Malleolusmedialis taban me safesi 7.21±0.52cm (min.5.8,med.7.2,max.9), malleoluslateralis taban mesafesi 6.16±0.47cm (min.4.9,med.6,max.7.5), tarsal yükseklik 6.1±0.52cm (min.4.6, med.6,max.8), talokalkaneal mesafe 10.66±0.72cm (min.6.5, med.11,max.12) dir.

Ayakkabı numaraları ortalama 36.95±1.33'tür (min.31, med.37,max.40). Her ayakkabı numarasına karşılık gelen ayak uzunlukları aşağıdadır;

TABLO I : Kadınlarda Ayakkabı Numaralarına Karşılık Gelen Ortalama, En Büyük ve En Küçük Ayak Uzunlukları (cm)

Ayakkabı Numarası	Sayı	%	Ayak uzunluğu Ort.±SD	En küçük ayak uz.	En büyük ayak uz.
31	1	0.48	-	19.90	19.90
32	1	0.48	-	20.50	20.50
33	2	0.97	21.40±0.14	21.30	21.50
34	3	1.46	21.93±0.40	21.50	22.30
35	26	12.68	22.49±0.85	20.90	24.00
36	48	23.41	22.99±1.14	21.00	28.50
37	60	29.27	23.71±0.82	20.90	25.20
38	44	21.46	24.42±0.95	22.00	26.00
39	14	6.83	25.21±0.62	24.00	26.50
40	6	2.93	24.53±1.45	22.50	26.70

Boy/ayak uzunluğu oranı 6.68±0.43' (min.5.56,med.6.62,max.9.73) tür.

TARTIŞMA

Afet İnan erişkin Türk kadınları için ortalama ağırlığı 53.71kg ve boyu 152.2cm olarak bildirmiştir (14).

Yıldırım 100 kadının ortalama boy uzunluğunu 158.04 cm, ve boyu ortalama ayak uzunluğunun 6.84 katı bulmuştur (11). Biz 156 ±6.13 ve boy/ayak uzunluğunu 6.68±0.43 bulduk.

Fransız ayakkabı standartlarına göre ayakkabı numaralarına karşılık gelen ayak uzunlukları Tablo II'de görülmektedir.

Tablodan da görülebileceği gibi; bizim deneklerimizin ayak uzunluğu her ayakkabı numarası için öngörülen uzunluktan daha fazla bulunmuştur. Bu bizim insanımıza özgü geniş ayak yapısından kaynaklanmaktadır. Çünki ayakkabı numarası arttıkça ayakkabının hem uzunluğu hem de genişliği artmaktadır. Yıldırım çalışmasında bizim bu tezimizi destekler biçimde, yetişkin Türk kadın-larının ayaklarının Avrupalılara göre kalın ve kısa olduğunu bildirmektedir (11).

TABLO II : Fransız Ayakkabı Standartlarına Göre Ayakkabı Numaralarına Karşılık Öngörülen ve Bizim Bulduğumuz Ayak Uzunlukları

Ayakkkabı Numarası	Öngörülen Ayak Uz.	Denek Ort. Ayak Uz.
31	19.10	19.90
32	19.80	20.50
33	20.30	21.40
34	21.10	21.93
35	21.80	22.40
36	22.50	22.99
37	23.10	23.70
38	23.80	24.42
39	24.50	25.21
40	25.10	25.53

Yıldırım erişkin 100 kadında ortalama ayak uzunluğunu 22.97±0.84, metatarsofa lengeal ayak genişliğini 8.86± 0.52, topuk genişliğini 6.02±0.51, tarsal yüksekliği 6.89±0.53, malleolus medialis taban mesafesini 7.73±0.53, malleolus lateralis taban mesafesini 6.83±0.52, talokalkaneal mesafeyi 11.00±0.55, olarak bildirmektedir. Ayakabı numaralarına karşılık gelen en küçük ve en büyük ayak uzunluklarını ise sırasıyla; 34 için 20.8-21.44, 35 için 21.45 22.08, 36 için 22.09-22.72, 37 için 22.73-23.36, 38 için 23.37-24.00, 39 için 24.01-24.64, 40 için 24.65-25.30 cm ve boy/ayak oranını 38.10 bulmuştur (11). Şahmay ayak uzunluğunu 22.02cm, Avrupalı kadınlarda 24.10cm, Amerikalı kadınlarda 24.00cm, yetişkin ABD ve Kuzey Meksika yerlilerinde 22.80-24.4cm bulunmuştur (P). Amerikan kadınları için boy uzunluğu; 5. persentilde 151.1, 50.de 161.5 ve 95.de 172.5cm; ayak uzunlukları 5. persentilde 23.0, 50. de 24.5, 95.de 26.2cm, ayak genişlikleri sırasıyla 8.50, 9.40 ve 9.60cm bulunmuştur (4).

Yıldız 100 erişkin kadında boy uzunluğunu 161.79±5.97cm, ayak uzunluğunu 23.80±0.87cm, metatarsofalengeal genişliği 9.37±0.45cm olarak bildirmiştir (12).

Bizim bulduğumuz ayak uzunluğu Yıldırım ve Şahmay'ın Türk kadınları için verdiği değerlerden daha yüksektir. Bu bölgesel farklılıktan kaynaklanıyor olabilir.

Avrupalı ve Amerikalı kadınlar için ise bizden daha yüksek değerler bulunmuştur.

Yıldırım; topuk genişliği, tarsal yükseklik, malleolusmedialis taban mesafesi, malleoluslateralis taban mesafesi, talokalkaneal mesafeyi bizden daha yüksek bulmuştur.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Ayak ömür boyu vücut ağırlığını taşıyan çok önemli bir organdır. Vücuttaki birçok patoloji ayağı etkilediği gibi, ayağa ait patolojiler de bütün vücudu etkiler. Bu ba kımdan ayak sağlığının korunması, diğer organların sağlığını da korumak anla mına gelmektedir. Bunun yollarından biri de ayak ölçülerini doğru olarak belir lemek ve ona uygun giysiler üretmektir. Bu amaçla yaptığımız çalışmamızda 205 yetişkin Türk kadınına ait bazı ayak ölçülerini elde ettik. Şüphesiz tüm antropo metrik özellikler olduğu gibi ayak ölçüleri de geniş bir normallik sınırı taşımak tadır. Bu sınırlar da daha geniş gruplarda ve farklı bölgelerde yapılacak çalışma larla ortaya konulmalıdır. Ayak yapısı bilinmeden bir başka ülke standartlarına göre imal edilen ayakkabıların giyilmesi hem ayak sağlığı hem de diğer sistemlerin sağlığını bozacaktır.

KAYNAKLAR

1. Erkan N. Ergonomi, MPM yayınları 373, Ankara 1988
2. Giannestras NJ. Foot Disorders, Lea and Febiger, Phidelphia 1967, p.13-17
3. Uyanlar B. Ayakkabı Sanayiinde Istanpa ve Modelcilik, Dericilik Bülteni, yıl 6, sayı:11-12, Şubat 1978, s.9-11
4. Kayserling WM, Armstrong TJ. Maxcy-Rosenau-Last 13.ed. Public Health and Preventive Medicine, Prentice-Hall International Inc.1992, Connecticut, USA.
5. Arıncı K, Elhan A. Anatomi İnsan Vücudunun Yapısı (Morfolojik Bilgiler) Türk Tarih Kurumu Basımevi, Ankara, 1987, s.39
6. Kuran O. Sistematik Anatomi, Filiz Kitabevi, İstanbul 1983, s.82-86
7. Dere F. Anatomi, 2.baskı, Okullar Pazarı Kitabevi, Adana 1990, s.238-283
8. Aktaş N. Yetişkin Türk Kadın ve Erkeklerinde Ayak Yapısının Plantogramla İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, T.Ü.T.F. Anatomi Bilim Dalı, Edirne 1991
9. Salathe EP Jr., Arangio GA, Salathe EP. J. Biomechanics, vol.19, No.12, pp.989-1001, Great Britain 1986
10. DuVries LH. Surgery of the foot, 2nd ed., The C.V. Mosby Company, Sint Louis, 1965
11. Yıldırım M. Yetişkin Türk Kadın ve Erkeklerinde Ayak (pes) Ölçüleri, TÜTF Dergisi, 3(2):45-58, 1986
12. Yıldız YZ. Yetişkin Türk Kadın ve Erkeklerinde Alt Ekstremite Ölçümleri ve Oranları, Uzmanlık Tezi, İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fak.Anatomi Bilim Dalı, İstanbul 1989
13. Şahmay S. Yetişkin Türk Kadınlarında Bazı Vücut Ölçüleri ve Aralarındaki Orantılar, Uzmanlık Tezi, s.1-6, İstanbul 1979
14. İnan A. Türkiye Halkının Antropolojik Karakterleri ve Türkiye Tarihi, Türk Tarih Kurumu Yayınlarından VII.seri No.15, Türk Tarih Kurumu Basımevi, 1947, Ankara

202 YETİŞKİN TÜRK ERKEĞİNDE BAZI AYAK ÖLÇÜLERİ

Dr.Faruk YORULMAZ*, Fzt.Nursel AKTAŞ**
*T.Ü.T.F.Halk Sağ.A.D.
**T.Ü.T.F. Özürlü Çocuklar Mrk.

ÖZET

İnsan vücut ölçülerine uygun giysilerin yapılması sağlığı korumada önem taşır. Bunlardan biri de ayakkabıdır. Türk insanına özgü ölçüler bilinmediğinden, ayakkabı imalinde Fransız ayak ölçüleri kullanılmaktadır. Çalışmamızda Türk erkeklerinin ayak ölçülerini belirleyebilmek amacıyla ayağa ait herhangi bir patolojisi olmayan, 202 erişkin erkekte direkt ayak ölçümleri incelendi.

Grubumuz ortalama; 31.61±9.66 yaşta olup,ayak uzunluğu 23.64±1.24cm, metatarsofalengeal genişlik 10.64± 0.59cm, topuk genişliği 6.45±0.59cm, talokalkaneal yükseklik 11.91±0.84cm, tarsal yükseklik 6.82±0.55cm, malleolusmedialistaban mesafesi 8.18±0.60cm ve malleoluslateralistaban mesafesi 6.84±0.56cm. dir.

Erişkin Türk erkeklerinde yapılan diğer çalışmalarda benzerlik gösteren bizim bulgularımız, Avrupa ve ABD'li erkeklerde elde edilen değerlerden daha düşüktür. Ülkemizde ayakkabı yapımında kullanılan Fransız standartları, bize uymamakta bu yüzden daha geniş ayağa sahip olan insanlarımız daha büyük ayakkabı giymektedir. Diğer bölgelerde ve daha geniş serilerde yapılacak bu tür çalışmalar bizim insanımıza özgü ayak yapısının ortaya konulmasını sağlayacaktır.

GİRİŞ VE AMAÇ

Antropoloji insan vücut ölçüleri ile uğraşan bilim dalıdır. Bu ölçüler bölgeler, ırklar ve kişiler arası farklılıklar gösterir (1). Bu ölçüler bilinerek onlara uygun giysi ve eşyaların yapılması sağlığın korunması açısından önem taşır. Ayakkabı da ayağı dış travmalardan koruyarak daha rahat fonksiyon görmesini sağlayan bir giysidir. Yukarıda sayılan amacı gerçekleştirebilmek için kendi toplumumuza uygun ayakkabılar üretmemiz gerekir bu da ancak bizim insanımızın ayak ölçülerini doğru belirlememizle gerçekleşebilir. Çalışmamız bu amaçla yapılmıştır.

Vücuda ölçülerine uygun giysi, araçgereç, yapılması hem iş verimini artırır, hem de sağlığın korunmasına, en azından oluşabilecek zararların minimumda tutulmasına yardımcı olur. Bu konu ile Ergonomi bilimi uğraşmaktadır (2).

Ayak ölçüleri de antropolojik ölçülerin en önemlilerinden biridir. Ayak, 7 tanesi tarsus, 5'i metatarsus ve 14'ü de falankslarda olmak üzere 26 kemikten meydana gelmiştir . Ayak ligamanları kalın, kuvvetli ve bağlanma yerleri arasında geniş yüzeyler bulunan yapılardır (38). Ayak kemikleri ayakta, biri topuğun ortasından öne baş parmağa, diğeri IV. metatarslar arasında uzanan iki kavisköprü yaparlar. Bu kavisler çarpma ve sarsıntıları azaltır, ağırlığı yayar ve yürümede kolaylık sağlar. Plantar küçük kaslarla kavislerin şekilleri korunur. Ayak, topuk ve parmaklarla öne doğru ve dış kenarı ile yere basar. Vücut ağırlığı, uzunluğuna kavis boyunca yayılır (35,9). Yüksek ökçeli ayakkabı giyenlerde ayağın enine kavsi düşer, ağırlık ayağın ön kısmına biner, bu kişilerde aşil tendonu kısalması ile ayağın yere uyum kabiliyeti bozulur. Böylece vücut ağırlığının dağılımı ve pelvis açısı değişir, belde lomber kavis artar, bacaklarda ağrılar ortaya çıkar. Dar ayakkabılar da ayak kaslarını zayıflatarak parmakların yeri kavrama fonksiyonunu ortadan kaldırır. Kemiklere fazla basınç binmesi nedeniyle tabanda nasırlar veya hallux valgus gibi kemik fırlamaları, tırnak batmaları meydana gelebilir (1011).

Ayağın şekil ve fonksiyonu vücut biyomekaniğine çok önemli katkıda bulunduğundan vücudun tümü ile birlikte değerlendirilmelidir . Ayak; dik durma, denge, hareket ve itme gibi birçok kompleks fonksiyonda önemli rol sahibidir. Bu yüzden ayağın malpozisyonu veya uygun olmayan giysiler içinde uzun süre ayakta kalması fibroelastik elemanların şekil ve fonksiyon bozukluklarına yol açar . Bu kişilerde ayak sorunlarına çok sık rastlanır (1213). Ayakkabı ayağı; soğuk, sıcak, fizik travmalar gibi dış zararlı etkenlere karşı korur böylece ayak ve dolayısıyla vücut sağlığı korunur, aynı zamanda estetik te sağlanır. Ayakkabı modeli ile uğraşan kişiler bütün bunları başarabilmek için ayak biçimi, yapısı ve fonksiyonlarını çok iyi bilmek zorundadırlar. Ayak anatomisi, fizyolojisi, ölçüleri ve ayağın duruş, yürüyüş, koşma anlarındaki değişikliklerini bilmeden model geliştirmek imkansızdır. Ayakkabı kalıpları o toplumun en az %80'inin ayaklarına uygun olmalıdır. Bizim toplumumuzun ayak ölçüleri bilinmediği için uygun kalıp geliştirilmemiştir. Bu yüzden ülkemizde üretilen ayakkabılar Batı ülkelerinden alınmış kalıplara göre yapılmaktadır (8,10,13).

MATERYAL VE METOD

Çalışmamız Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesine başvuran erkek hastalardan rastgele seçilen, ayağında herhangibir fiziksel kusur ve başka patoloji bulunmayan 202 erişkin erkeğin sol ayakları üzerinde direkt ölçümler alınarak yapıldı. Ölçümler milimetrik bölmeli bir kumpas ile denekler ayakta anatomik pozisyonda ve ayakları arasında 30cm.lik mesafe bulundurularak, ölçüm aleti ve ölçümü yapan kişiden kaynaklanan hataları ortadan kaldırmak amacıyla aynı alet ve aynı kişi tarafından yapıldı. Elde edilen bilgiler bilgisayara yüklenerek NCSS paket programı yardımıyla analiz edildi. Ölçümler aşağıda belirtilen noktalar arasından alınmıştır;

1. Ayak uzunluğu; calcaneare (tuber calcanei'nin en arka noktası) ile acropodion (en uzun ayak parmağının uç noktası) arası mesafedir.
2. Ayak genişliği;
   a. Metatarsofalengeal genişlik; 1-5.metatrsofalengeal eklemlerin dış kenarları arası mesafedir.
   b. Topuk genişliği; Topuk kavsinin iç ve dışta başladıkları noktalar arasındaki mesafedir.
3. Ayak yüksekliği;
   a. Tarsal yükseklik;ayak ortasının 1cm gerisinden, planta pedis ile dorsum pedis arası mesafedir.
   b. Malleolusmedialis-taban mesafesi; malleolusmedialisin ortasından (sphyrion) ayak tabanına kadar olan mesafedir.
   c. Malleoluslateralis-taban arası mesafe; malleoluslateralis (malleolare) ortasından ayak tabanına kadar olan mesafedir.

4. Talokalkaneal mesafe; calcaneare ile collum tali'nin dorsal yüzü arasındaki mesafedir (7,9).

BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan 202 erkek ortalama; 31.61±9.66 yaşta (min.20, med.30, max.55), 170.01±7.36cm boyda (min150, med.169,max.191) ve 68.69±10.59kg. ağırlıktadır (min.48,med.67,max.110). Eğitim durumu incelenirse; 19 kişi okuryazar değil (%9.80), 8'i okuryazar (%4.10), 113'ü ilkokul (%58.50), 5'i ortaokul (%2.60), 31'i lise (%16.1) ve 17'si yüksek okul mezunudur (%8.80). Mesleklerine bakıldığında; 109 kişi öğrenci (55.6), 18 kişi memur (%9.20), 35 kişi çiftçi (%12.8), 32 kişi işçi (%16.30) ve 12 kişi esnaf (%6.1)' tır.

Ayak uzunluğu 23.64±1.24cm (min.20.9, med.23.6, max.28.5), ortalama ayakkabı numarası 41.66±1.26 (min.39,med.42,max.45) olup, 15 kişi 39 (%7.43), 17 kişi 40 (%8.42), 56 kişi 41 (%27.72), 65 kişi 42 (%32.18), 33 kişi 43(%16.34), 11 kişi 44 (%5.44) ve 1 kişi (%04.95) 45 nomara ayakkabı giymektedir.

Ayakkabı numaralarına karşılık gelen; ortalama, en büyük ve en küçük ayak uzunlukları şöyle bulunmuştur;

TABLO I : Deneklerimizin Ayakkabı Numaralarına Karşılık Gelen Ortalama, En Küçük ve En Büyük Ayak Uzunlukları

Ayakkabı Numarası	Ayak uz. Ort.±SD	En küçük ayak uz.	En büyük Ayak uz.
39	24.48±0.58	23.50	25.50
40	25.29±0.91	23.80	27.00
41	25.91±0.64	24.50	27.60
42	26.47±0.79	24.60	27.80
43	26.98±1.08	24.70	29.00
44	27.47±0.81	26.50	28.50
45	28.55±0.00	28.55	28.55

Ayakkabı yapımında önem taşıyan bir başka ölçü de ayak genişliğidir. Ayak geniş liği; metatarsofalengeal genişlik ve topuk genişliği olmak üzere 2 ayrı yerden alın mıştır. Metatarsofalengeal genişlik ortalama 10.64±0.59cm (min.7, med.10.5, max. 12.5) ve topuk genişliği 6.45±0.59cm (min.5.5, med.6.5, max.11) bulunmuştur. A yakkabının yüksekliği için de birkaç farklı ölçüm kullanılmaktadır. Bunlar da şöy le bulınmuştur; talokalkaneal yükseklik 11.91± 0.84cm (min.7.1, med.12, max.14), tarsal yükseklik 6.82±0.55cm (min.5.2,med.6.9,max.8.5), malleolusmedialis taban yüksekliği 8.18±0.60cm (min.6.8, med.8.2,max.9.5) ve malleoluslateralis taban yüksekliği 6.84±0.56cm (min.5.5,med.6.8,max.8.5). Boy/ayak oranını 6.49±0.25 olarak hesapladık.

TARTIŞMA

İnan 1947 yılında yaptığı araştırmada erişkin Türk erkeklerinin boyunu 165.2cm, ortalama ağırlığını 62.17 kg olarak bildirmiştir (14). Yıldırım, bizden daha yüksek (172.10cm) boy uzunluğu bildirmektedir (8). Biz İnan'ın boy ve ağırlık için bildir diği değerlerden daha yüksek rakamlar bulduk (169.96±7.31cm ve 68.68±10.63kg), bu farklılık 46 yıl içerisindeki sosyoekonomik gelişmeye bağlanabilir.

Yurdumuzda bu konuda yapılmış çalışma çok azdır. Yıldırım'ın 100 erkekte yaptığı çalışmada; boy/ayak oranı 6.79, ortalama ayak uzunluğu 25.76 ±1.36, metatarso falengeal ayak genişliği 9.97±0.68, topuk genişliği 6.83±0.62, tarsal ayak yük sekliği 7.32±0.59, malleolus medialis taban arası yükseklik 8.59+0.58, malleolus lateralis taban arası yükseklik 7.49+0.54, talokalkaneal mesafe 12.31+0.71cm bil dirilmiştir . Ayakkabı numaralarına karşılık gelen en küçük ve en büyük ayak uzunlukları ise sırasıyla; 37 numara için 22.20-22.93, 38 için 22.94-23.66, 39 için 23.67-24.39, 40 için 24.40-25.12, 41 için 25.13-25.85, 42 için 25.86-26.58, 43 için 26.59-27.31, 44 için 27.32-28.04, 45 için 28.05-28.80 cm ölçülmüştür (8).

Yıldız, 218 erişkin erkekte boyu 175.90±5.67cm, ayak uzunluğunu 26.08±1.03cm, metatarsofalengeal genişliği 10.33±0.47cm olarak bildirmektedir (7). Müftüoğlu erişkin Türk erkeklerinde ayak uzunluğunu 25.60cm bulmuştur. Fransız erkekleri için bu değer 26.2, İtalyanlar için 27.00, ABD ve Kuzey Meksika yerlilerinde 24.30-27.00cm bulun muştur (8). Amerikan erkekleri için boy uzunluğu; 5.persentilde 163.6, 50.de 175.3 ve 95. de 186.9 cm bildirilmiştir (1).

Taylor ve ark. İngiliz erkeklerde ayak uzunluğunu sağ ayakta 25.70+1.42cm, sol a yakta 25.78+1.48cm, Kanadalı 565 erişkin erkekte 26.46cm, 2000 İngiliz'de 26.49 cm, bir başka çalışmada 137 Kanadalı erkekte 23.77cm olarak bildirmişlerdir (13).

ABD'li erkeklerde ayak uzunluğu 5. persentil için 24.9, 50.persentil için 26.6 ve 95. persentil için 28.4cm; ayak genişliği sırasıyla 9.2, 9.8 ve 10.5cm bulunmuştur (1).

Biz ortalama; ayak uzunluğunu 26.20±1.08cm, metatarsofalengeal genişliği 10.64±0.59cm, topuk genişliğini 6.45±0.59cm, tarsal ayak yüksekliğini 6.82±0.55cm, malleolusmedialis taban mesafesini 8.18±0.60cm, malleoluslateralis taban mesafe sini 6.84±0.56cm, talokalkaneal mesafeyi 11.91±0.84cm, boy/ayak uz. oranını 6.49±0.25 bulduk. Bu rakamlar Ülkemizdeki çalışmalarla uyumludur. Ancak ABD ve Avrupalıların ayak ölçüleri bizden daha yüksektir.

Fransız standartlarına göre ayakkabı numaraları ve karşılık gelen ortalama ayak uzunlukları ile bizim aynı konudaki rakamlarımız Tablo II'de sunulmaktadır.

TABLO II : Fransız Standartlarına Göre Ayakkabı Numaraları ve Ortalama Ayak Uzunlukları ile Bizim Ölçümlerimizin Karşılaştırılması

Ayakkabı Numarası	Ortalama Ayak Uz.	Bizim Bulgularımız En kısa ayak	En uzun ayak
39	24.50	23.20	25.70
40	25.10	24.50	26.50
41	25.80	24.50	27.00
42	26.50	24.60	27.80
43	27.10	24.70	29.00
44	27.80	26.50	29.50
45	28.50	27.40	27.40

Diğer rakamlarımız için tartışacak başka çalışmaya rastlamadık.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Ayak, ömür boyu vücut ağırlığımızı taşıyan son derece önemli fonksiyonlara sahip bir çift organdır. Ayakkabı ise ayağı dış zararlı etkenlere karşı ayağı korur ve zor lanma durumunda destek olarak zarar görmesini engeller ve fonksiyonlarını daha rahat görmesini sağlar. Ayakta oluşabilecek sorunlar ayakkabının ayağa uygun yapılmış olması ayakla beraber, vücudun diğer organlarını da olumlu etkiler. Bu bakımdan ayak sağlığının korunması son derece önemlidir. Ülkemiz insanının ayak ölçüleri bilinmediği için imal edilen ayakkabılar yukarıda sayılan amaçları tam anlamıyla yerine getirememektedir. Bu yüzden daha geniş serilerde ve farklı bölgelerde yapılacak antropometrik çalışmalarla Türk insanının ayak ölçüleri ortaya konulmalı böylece uygun ayakkabı üretimi sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Kayserling WM, Armstrong TJ. Public Health and Preventive Medicine, Maxcy-Rosenau-Last 13.ed. Prentice-Hall International Inc.1992, Connecticut,USA
2. Erkan N. Ergonomi, MPM Yayınları 373, Ankara 1988
3. Arıncı K, Elhan A. Anatomi İnsan Vücudunun Yapısı (Morfolojik Bilgiler), Türk Tarih Kurumu Basımevi, Ankara 1987, s.39
4. Kuran O. Sistematik Anatomi, Filiz Kitabevi, İstanbul 1983, s.82-86
5. Dere F. Anatomi, 2.baskı, Okullar Pazarı Kitabevi, Adana 1990, s.238-283
6. DuVries I.H. Surgery of the Foot 2.ed. The C.V.Mosby Company, Saint Louis, 1965
7. Yıldız YZ. Yetişkin Türk Kadın ve Erkeklerinde Alt Ekstremite Ölçümleri ve Oranları, Uzmanlık Tezi, İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fak. Anatomi Bilim Dalı, İstanbul 1989
8. Yıldırım M. Yetişkin Türk Kadın ve Erkeklerinde Ayak (Pes) Ölçüleri , Uzmanlık Tezi, İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Anatomi Bilim Dalı, İstanbul 1984
9. Aktaş N. Yetişkin Türk Kadın ve Erkeklerinde Ayak Yapısının Plantogramla İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, TÜTF, Anatomi Bilim Dalı, Edirne 1991
10. Ural ZF. Koruyucu Hekimlik I Hijyen ve Sanitasyon, 3.baskı, AÜTF Yayını, sayı 141, Ankara 1964, s.105-107
11. Yumuturuğ S, Sungur T. Hijyen Koruyucu Hekimlik Ders Kitabı, 1.baskı, AÜTF yayını sayı 393, Ankara 1980, s.82-88
12. Giannestras NJ. Foot Disorders, Lea and Febiger, Philedelphia 1967, p.13-17
13. Uyanlar B. Ayakkabı Sanayiinde Istanpa ve Modelcilik, Dericilik Bülteni, yıl 6, sayı 11-12, Şubat 1978, s.9-11
14. İnan A. Türkiye Halkının Antropolojik Karakterleri ve Türkiye Tarihi, Türk Tarih Kurumu Yayınlarından VII.seri No 15, Türk Tarih Kurumu Basımevi, Ankara 1947

DEĞİŞKENLER	ERKEKLER	KADINLAR
Yaş	31.70 ± 9.66 (20.00/30.00/55.00)	33.88 ± 10.01 (20.00/34.00/55.00)
Boy	169.96±7.31 (150.00/169.00/191.00)	156.05 ± 6.13 (138/155/176)
Ağırlık	68.68 ± 10.63 (48.00/67.00/110.00)	61.80 ±12.07 (38/60/108)
Sağ ayak uzunluğu	24.77 ± 1.07 (22.00/24.80//27.40)	22.58 ± 1.00 (19.65/22.50/25.05)
Sol ayak uzunluğu	24.83 ± 1.09 (22.40/24.80/27.40)	22.62 ± 1.10 (19.80/22.60/25.20)
Sağ ayak genişliği	9.37 ± 0.47 (8.25/9.40/11.50)	8.56 ± 0.49 (7.15/8.58/9.95)
Sol ayak genişliği	9.35 ± 0.46 (8.30/9.35/10.85)	8.58 ± 0.47 (7.05/8.55/10.00)
Sağ AC mesafesi	9.71 ± 0.49 (8.45/9.70/11.25)	8.85 ± 0.52 (7.30/8.88/10.25)
Sol AC mesafesi	9.72 ± 0.48 (8.55/9.70/11.20)	8.89 ± 0.50 (7.25/8.90/10.30)
Sağ topuk genişliği	5.61 ± 0.37 (4.35/5.60/6.70)	5.21 ± 0.37 (4.15/5.20/6.20)
Sol topuk genişliği	5.67 ± 0.39 (4.50/5.70/6.70)	5.77 ± 0.46 (3.00/5.20/6.05)
Sağ DE mesafesi	4.24 ± 0.93 (2.25/4.18/7.30)	3.63 ± 0.83 (2.00/3.50/6.85)
Sol DE mesafesi	4.23 ± 0.95 (2.20/4.20/7.20)	3.66 ± 0.76 (2.05/3.58/6.70)
Sağ tarak açısı	75.02 ± 2.97 (66.00/75.00/83.00)	75.50 ± 3.22 (64.00/75.50/83.50)
Sol tarak açısı	74.19 ± 3.08 (65.00/74.50/80.50)	75.05 ± 3.02 (66.00/75.00/83.50)
Sağ hallux açısı	-6.57 ± 5.50 (-21.00/-7.50/13.00)	-4.95 ± 6.25 (-21.50/-5.25/14.50)
Sol hallux açısı	-5.60 ± 5.56 (-20.00/-5.50/15.00)	-5.06 ± 5.94 (-24.00/-5.50/14.50)
Bacak uzunluğu	35.79 ± 2.39 (31/35.5/43.7)	33.01 ± 2.12 (27.50/33.00/39.50)
İnfrapatellar uzunluk	35.58 ± 3.74 (20.8/36/42)	34.44 ± 3.44 (23.70/34.50/46.00)
Bimalleoler mesafe	24.51 ± 2.06 (20/24.5/33.6)	25.55 ± 2.60 (20.50/25.20/36.20)
Ayak uzunluğu (ayak izinden)	26.20 ± 1.08 (23.2/26.2/29)	23.643 ± 1.25 (20.90/23.60/28.50)
Metatarsofalengeal mesafe	10.64 ± 0.59 (7/10.5/12.5)	9.57 ± 0.69 (6.00/9.50/11.00)
Topuk genişliği	6.45 ± 0.59 (5.5/6.5/11)	5.83 ± 0.57 (5.00/6.00/10.00)
Bimalleoler ayak çevresi	26.67 ± 1.28 (23.2/26.7/32)	24.36 ± 1.48 (16.50/24.50/28.60)
Talokalkaneal ayak çevresi	34.52 ± 1.81 (26.8/34.5/39)	31.55 ± 1.73 (27.40/31.50/37.00)
Metatarsofalengeal ayak çevresi	25.71 ± 1.12 (23/25.6/29)	23.39± 1.15 (19.50/23.20/26.50)
Tarsal ayak çevresi	25.91 ± 1.29 (21.4/26/28.7)	23.33 ± 1.18 (20.00/23.45/26.30)
Malleolus medialis-taban mesafesi	8.18 ± 0.60 (6.8/8.2/9.5)	7.20 ± 0.51 (5.80/7.20/8.50)
Malleolus lateralis-taban mesafesi	6.84 ± 0.56 (5.5/6.8/8.5)	6.15 ± 0.47 (4.90/6.00/7.50)
Tarsal ayak yüksekliği	6.82 ± 0.55 (5.2/6.9/8.5)	6.09 ± 0.52 (4.60/6.00/8.00)
Talokalkaneal (yükseklik)	11.91 ± 0.84 (7.1/12/14)	10.66 ± 0.72 (6.50/11.00/12.00)
Bimalleler (Yükseklik)	7.64 ± 0.49 (6.5/7.5/11)	6.65 ± 0.52 (5.00/6.50/9.50)
Hallux uzunluğu (ayak izinden)	6.77 ± 0.47 (5.4/6.8/8)	6.11 ± 0.52 (4.50/6.00/7.50)
Ayakkabı no	41.66 ± 1.26 (39/42/45	36.94 ± 1.32 (31/37/40)
Bacak çevresi	34.35 2.62-	- -

Ayak parmak formülü :
1: 1-2-3-4-5
2: 2-1-3-4-5
3: 3-1=2-4-5
4: 2-3-14-5
5: 1=2-3-4-5
6: 2-1=3-4-5
7: 1=2=3-4-5
8: 1-2=3-4-5
9: 2=3-1-4-5

Meslek :
1: Ev kadını, işsiz
2: Öğrenci
3: Memur
4: Çiftçi
5: İşçi
6: Esnaf
7: Emekli
8: Sporcu

Yaşadığı Yer
1: İl
2: İlçe
3: Kasaba
4: Köy
5: Yurtdışı

Sakatlık :
1. Sağ ayak 5.parmakta şekil boz.
2.Sol ayak 4. parmak distal falanx rotasyon boz.
3.Her 2 ayakta 2 ve 3. parmak plikası daha aşağıda
4. Femur üst ucunda düşme ile kırık
5. Ayaklar abduksiyona gidiyor
6. Her 2 ayakta 1-2. falanxlar fleksiyonda
7. Her 2 ayak 2. parmağı yere basmıyor+sol ayak 5. parmak 4. parmak üzerine binmiş

Eğitim :
1. OYD
2.OY
3. İlkokul

4. Ortaokul
5. Lise
6. Yüksekokul

	Kadınlarda ayak parmak formülü				Erkeklerde ayak parmak formülü			
	Sağ		Sol		Sağ		Sol	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1.....	127	64.1	140	70.7	139	70.6	137	69.5
2.....	24	12.1	24	12.1	19	9.6	20	10.2
3	3	1.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5
4	35	17.7	23	11.6	34	17.3	35	17.8
5	2	1.0	5	2.5	2	1.0	1	0.5
6	2	1.0	1	0.5	1	0.5	2	1.0
7	1	0.5	2	1.0	0	0.0	0	0.0
8	3	1.5	2	1.0	0	0.0	0	0.0
9	1	0.5	0	0.0	1	0.5	1	0.5

4 kadının ayakla ilgili sakatlığı mevcut %1.98, 1. sakatlık 2, 2 ve 3. sakatlık 1'er kişide mevcut.
6 erkekte ayakla ilgili sakatlık mevcut %3; 1., 2. ve 3. sakatlık 1er, 4. sakatlık 3 kişi.

Eğitim				
OYD	19 kadın	%9.8	4 erkek	%2.1
OY	8	4.1	3	1.5
İlkokul	113	58.5	91	46.9
Ortaokul	5	2.6	17	8.8
Lise	31	16.1	62	32
Yüksekokul	17	8.8	17	8.8

Meslek				
Ev kadını-işsiz	109 kadın	%55.6	1 erkek	%0.5
Öğrenci	18	9.2	40	20.6
Memur	25	12.8	36	18.6
Çiftçi	32	16.3	44	22.7
İşçi	12	6.1	37	19.1
Esnaf	0	0.0	33	17.0
Emekli	0	0.0	2	1.0
Sporcu	0	0.0	1	0.5

SED (n=120)				
1	19 kadın	%15.8	36 erkek	29.8
2	54	45	61	50.4
3	46	38.3	24	19.8
4	1	0.8		

Yaşadığı Yer				
	n	%	n	%
İl	40 kadın	20.6	58 erkek	29.3
İlçe	51	26.3	35	17.7
Kasaba	101	52.1	104	52.5
Köy	2	1.0	1	0.5

Dominant el				
sağ	167 kadın	%85.2	165 erkek	85.1
sol	11	5.6	11	5.7
her ikisi	18	9.2	18	9.3

Erkeklerde ayak indexini (ayak genişliği/ayak uzunluğu x100) ise erkeklerde 38.70 bulmuştur Ayak parmak formülünde erkeklerin %59'unda 1. parmak en uzun bulmuştur (M.Yıldırım, TÜTF Dergisi).

Yıldırım 100 erkekte; bimalleoler mesafe yi 7.12+0.41, metatarsofalengeal çevreyi 25.51+1.37, tarsal çevreyi 26.16+1.48, talokalkaneal çevreyi 33.81+ 1.62, bimalleoler çevreyi 26.50+1.59cm bulmuştur. Ayakkabı numaralarına karşılık

Sağlak erkeklerde sağ ayak uzunluğunu 26.51cm ve sol ayak uzunluğunu 26.47cm. sağlak olmayanlarda ise sırasıyla 26.36 ve 26.39 cm olarak bildirmişlerdir. Bu bulgularla erkeklerde sağ ayağın sola göre daha uzun olduğunu bildirdiler, her iki ayağın eşit olmasını ise sağlaklarda %13.16, sağlak olmayanlarda %56.25 ve toplam 130 erkekte %12.31 olarak bulmuşlardır. Bir başka deyişle erkek populasyonun Yaklaşık %90'ında her iki ayağı asimetrik bulmuşlardır.

Ayak indeksi (ayak genişliği/ ayak uzunluğu x100) ayağın şekli hakkında (dar veya geniş) fikir veren bir değer dir. Geniş ayaklarda indeks büyük, dar ayaklarda küçüktür (M.Yıldırım TÜTF).

Bimalleoler mesafe : Sphyrion ile malleolare arası mesafe.

Metatarsofalengeal çevre : Metatarsofalengeal eklem 1 ve 5 hizalarından ölçülen çevredir. Bu çevre Kunduracı kalınlığı olarak kullanılır.

Tarsal çevre : Tarsal yükseklik ölçüm noktasından ölçülen çevredir. Bu çevre kunduracı kontrpiyet çevresi olarak adlandırılır.

Talokalkaneal çevre : Talokalkaneal mesafe ölçüm noktalarından geçecek şekilde ölçülen çevredir.

Bimalleoler çevre : Bimalleoler mesafe noktalarından geçecek şekilde ölçülen çevre.

Mascicie-Taylor ve ark. 208 erişkin sağlak İngiliz kadında sağ ayak uzunluğunu 24.06, sola ayak uzunluğunu 24.08cm, sağlak olmayan 27 kadında ise aynı ölçümleri sırasıyla 23.89 ve 23.82 cm buldular. Bu ölçümlerde ayaklar arası asimetri 235 kadında %91.06 idi Taylor-Mascie, foot-length asymmetry,sex and handedness).

Kadınlarda ayağın en geniş yerinin ölçümü olan AC mesafesi sağ ayakta ortalama 8.85±0.52 ve sol ayakta ortalama 8.89±0.50 cm.; en dar yerinin ölçümü olan DE mesafesi de aynı sırayla 3.63±0.83 ve 3.66±0.76 cm bulunmuştur.

Kadınlarda ayak parmaklarının boy sırası anlamına gelen, ayak parmak formülüne bakıldığında;

	Sağ	Sol
1-2-3-4-5 şeklinde olan	129 (%63.2)	143 (%70.1)
2-1-3-4-5 " "	24 (%11.8)	24 (%11.8)
3-1=2-4-5 " "	3 (%1.5)	1 (%0.5)
2-3-2-4-5 " "	39 (%19.1)	26 (%12.7)
1=2-3-4-5 " "	2 (%1)	5 (%2.5)
2-1=3-4-5 " "	2 (%1)	1 (%0.5)
1=2=3-4-5 " "	1 (%0.5)	2 (%1)
1-2=3-4-5 " "	3 (%1.5)	2 (%1)
2=3-1-4-5 " "	1 (%0.5)	0 (%0)

Kadınlarda sağ topuk genişliği 5.21±0.37 ve sol topuk genişliği 5.77±0.46 cm.dir.

Kadınlarda ayak parmak formülünde %58'inde 1. parmak en uzundur.

Yıldırım kadınlarda bimalleoler mesafeyi 6.35±0.32, metatarsofalengeal çevreyi 23.00±1.04, tarsal çevreyi 23.83±1.12, talo-kalkaneal çevreyi 30.35±1.40, bimalleoler çevreyi 24.37±1.15cm bildirmiştir (Yıldırım TÜTF).

BASIN VE SAĞLIK HABERLERİ

Dr.R. ERDAL, Dr.Ş.DABAK, Dr.Y.PEKŞEN, Dr.Y.ÖNDER, Dr.A.T.SÜNTER.

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ

Dünyanın her yerinde ülkelerin yönetimlerinde, gündem belirlemede, hükümetlerin, parlementoların ve ülke halkının yaşamlarında yeralan öncelikleri saptamada akıl almaz bir güce sahip basın sektörünün sağlık alanındaki cehaletini anlayışla karşılamak biz sağlık çalışanları için mümkün değildir.Basında yeralan sağlık haberlerinin halkın sağlık düzeylerinin yükseltilmesinde çok büyük katkıları olabilecek iken, sağlık konularını sansasyona neden olacak magazin haberleri şeklinde kullanmaları biz sağlık çalışanlarını sürekli bir biçimde üzmekte ve çaresizlik ile başbaşa bırakmaktadır.

Bu çalışma basında yer alan sağlık haberlerinin ülkemiz halkının yaşam kalitesine olan katkılarının boyutlarının saptamak ve de basın çalışanlarına öneri götürmek üzere planlanan bir araştırmanın ön çalışması olup; bu aşamada yalnızca tirajı yüksek olan günlük gazetelerde yer alan sağlık haberlerinin tanımlanması amaçlanmıştır.

MATERYAL VE METOD

Tanımlayıcı bir ön çalışma olarak planlanan bu araştırma Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı çalışanları tarafından yürütülmüştür.Çalışmanın süresi 61 gün olup 1 Mayıs 1994 tarihinde başlamış 31 Haziran 1994 tarihine kadar sürmüştür. Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Kütüphanesine gelen günlük gazetelerden tirajı yüksek olan 7 gazetedeki sağlık haberleri değerlendirmeye alınmıştır. Daha önce 10 günlük gazete haberlerine göre hazırlanmış bir anket formuna aktarılan 110 sağlık haberine ilişkin: Haberin yer aldığı gazetenin adı, tarihi, sayfa sayısı, haberi geçen ajansın adı, haberin sütun sayısı, uzunluğu, tipi, başlığı, kaynağı, niteliği ve de özet ile ilgili bilgiler elde edilerek bilgisayara yüklenilmiştir. Elde edilen ilk tablolar bulgular bölümünde sunulmuştur.

BULGULAR

Tablo I' de basında yer alan sağlık haberlerinin konularına göre dağılımı görülmektedir.
Tablo II' de basında çıkan sağlık haberlerinin sayfa numaraları görülmektedir.
Tablo III' te basında yer alan sağlık haberlerinin gazetelere göre dağılımı gösterilmektedir.
Tablo IV' te basında yer alan sağlık haberlerinin işgal ettikleri sütun sayılarına göre dağılımı görülmektedir.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Ön çalışmada elde edilen verilere göre basında sağlık haberlerine gereken önemin verilmediği görülmüştür. Verilen sağlık haberlerinin ancak % 6'sının ön sayfalarda yer aldığı; % 21.3' ünün onikinci sayfada, % 16.7' sinin üçüncü sayfada yer aldığı saptanmıştır. Basında yer alan sağlık haberlerinin işgal ettikleri alanın az olduğu; % 43.6' sının bir sütunluk haberler olduğu gözlenmiştir. Haberlerin niteliği de genelde magazin ağırlıklı olup (% 52) ancak % 10 kadarının bilimsel nitelikte haber olduğu saptanmıştır. Bu araştırma bir ön çalışma niteliğinde olup, iki ayı değerlendirilen çalışmanın bir yıla tamamlanması ve ileride ayrıntılı bir şekilde sunulması düşünülmektedir.

Tablo I. Basında Yeralan sağlık Haberlerinin Konularına Göre Dağılımı.

Konu	Sayı	%
Bulaşıcı Hst.	23	20.9
Metabolizma Hst.	19	17.3
Psikiyatrik Hst.	15	13.6
Ana ve Çocuk Sağ.	12	10.9
Göz Hst.	11	10.0
Üriner Sistem Hst.	5	4.5
Kanser	4	3.7
Kardiyovasküler H.	4	3.7
Serebrovasküler H.	4	3.7
Çevre Sağlığı	4	3.7
Tıpta Teknoloji	4	3.7
Kas-iskelet Sis.H.	2	1.8
Kan Hst.	1	0.9
Solunum Sis. H.	1	0.9
Diğer*	1	0.9
TOPLAM	110	100.0

* Parasızlık Nedeniyle Bakılmayan Hastalar.

Tablo II. Basında Çıkan Sağlık İle İlgili Haberlerin Yeraldığı Sayfa No.

Sayfa No	Sayı	%
Onikinci Sayfa	23	21.3
Üçüncü Sayfa	18	16.7
Beşinci Sayfa	13	12.0
Onsekizinci Sayfa	12	11.1
Altıncı Sayfa	8	7.4
Yirminci Sayfa	7	6.5
Birinci Sayfa	7	6.5
İkinci Sayfa	6	5.6
Onyedinci Sayfa	4	3.7
Dördüncü Sayfa	3	2.8
Onbeşinci Sayfa	2	1.9
Yirmiikinci Sayfa	2	1.9
Ondokuzuncu Sayfa	1	0.9
Yedinci Sayfa	1	0.9
Onüçüncü Sayfa	1	0.9
TOPLAM	108	100.0

Tablo III.Basında Yeralan Sağlık Haberlerinin Gazetelere Göre Dağılımı.

Gazete Adı	Sayı	%
SABAH	30	27.3
CUMHURİYET	27	24.5
ZAMAN	25	22.7
HÜRRİYET	15	13.6
MİLLİYET	8	7.1
TERCÜMAN	3	2.7
TÜRKİYE	2	1.8
TOPLAM	110	100.0

Tablo IV. Basında Yeralan Sağlık Haberlerinin İşgal Ettikleri Sütun Sayılarına Göre Dağılımı.

İşgal Edilen Sütun Sayısı	Sayı	%
1 Sütun	48	43.6
2 Sütun	20	18.2
3 Sütun	12	10.9
4 Sütun	14	12.7
5 Sütun	9	8.2
6 Sütun	6	5.5
7 Sütun	1	0.9
TOPLAM	110	100.0

Tablo V. Basında Çıkan Sağlık Haberlerinin Haber Tipine Göre Dağılımı.

Haber Tipi	Sayı	%
Magazin Haber	57	52
Sağlık Köşesi	28	26
Röportaj	6	5
Makale	6	5
Diğer	13	12
TOPLAM	110	100.0

GÜNLÜK GAZETELERDEKİ SAĞLIKLA İLGİLİ HABERLERİN İNCELENMESİ

Dr. Erkan PEHLİVAN: İnönü Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı A.D., Y. Doç.
Dr. Metin GENÇ: İnönü Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı A.D., Ar. Gör.
Dr. Leyla KARAOĞLU: İnönü Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı A.D., Ar. Gör.

ÖZET

1993 yılı Mayıs ayı içinde, Türkiye' nin günlük net satışı en yüksek olan üç günlük gazetesinde çıkan sağlıkla ilgili 410 haberin incelendiği bu araştırmada ; haberlerin yalnızca % 25.6 ' sında haber kaynağı hekim ve diğer sağlık personeli olup, haberlerin % 52.9 'unda kaynak belirsizdir. Haber konuları içinde ilk sırada sistemik hastalıklar ile ilgili olanlar (% 26.2) yer almakta, bunu % 20.9 ile beden sağlığına ilişkin haberler izlemektedir. Haberlerin % 53.9' unun içeriğinin bilime uygun, % 22.7 'sinin içeriğinin ise bilime uygun ama yetersiz olduğu görülmüştür.Haberlerin % 17.8 ' i sansasyonel ve % 3.9'u ise gerçek dışı haber niteliğindedir. Haber başlıklarının büyük bölümü (% 70) sansasyonel değildir. Haberlerin % 57.1'inin resimli olduğu görülmüştür.

GİRİŞ

'Haber' ; bir şey, genellikle de bir olay hakkında alınan ya da verilen ilk bilgidir. 'Haberleşme' ise kısaca haber iletimi olarak tanımlanmaktadır (1). Günümüzde yeryüzünde yaklaşık 180 haber ajansı günde ortalama 13.5 milyon sözcüğü dünya haber pazarına sunmaktadır. Dünya ölçeğinde yaklaşık 100 bin bilim ve magazin dergisi, sekiz bin günlük gazete günde ortalama 520 milyon okura bilgi, haber ve resim ulaştırmaktadır (2).

Kitle iletişim araçlarının, sağlığı da ilgilendiren , 'kültürleme' süreci ile yakından ilişkisi vardır. Bu sürece katkısı olan araçlar içerisinde gazeteler, diğer kitle iletişim araçlarına oranla okuruna seslenmekte daha avantajlı özellik gösterebilmektedir. Özel baskı ve bölümlerle her türlü okura hitap edebilecekleri için tercih nedeni olabilirler.Gazetelerde verilen 'alan haberlerinin' örneğin sağlıkla ilgili haberlerin, verildiği şekilde -birey tarafından yorumlanmaksızın- geçerli bilgi olarak algılanması olasılığı vardır (3). Ancak bir konu hakkında tutum geliştirmede haberin birinci kaynağı yanında, aktaran kişinin de (uzmanlık etkisi) önemli yer tutacağı sanılmaktadır (4).

Gazete haberleri ile haber başlıkları, diğer kitle iletişim araçlarında görüldüğü gibi, toplumun günlük ve dönemsel olaylarından etkilenirler. İspanya'da yapılan bir araştırmada (5), kitle iletişim araçlarındaki (radyo, TV, gazete) haberler incelenmiş; en çok yer alan başat (dominant) haberlerin sırası ile, reklam-tanıtım, politika ve spor haberleri olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada, sağlıkla ilgili bilgilendirme amaçlı haberlerin, bu üç geniş içerikli haber grubunun yalnızca 1/17' si kadar olduğu hesaplanmıştır.Sağlıkla ilgili bilgilendirme amaçlı haberler, gazetelerde yeterli oranlarda yer almamakla birlikte, gazete-dergi-televizyon (Media) önemli ölçüde sağlıkla ilgili bilgi edinme kaynakları olarak gösterilmektedir (6,7,8,9,10,11).

AMAÇLAR

Gazetelerde yer alan sağlıkla ilgili haberler konusunda bir ön-bilgi elde etmek için planlanan bu araştırmanın amaçları şunlardır:

1. Sağlıkla ilgili haber kaynaklarını ve haber konularını saptayıp, haberleri biçim yönünden incelemek ve haber içeriklerinin bilimsel yönden doğru olup olmadıklarını değerlendirmek.
2. Sağlıkla ilgili haberlerin gazetelerin daha çok hangi sayfalarında ve haftanın hangi günlerinde yayımlandıklarını saptamak.

YÖNTEM

Araştırma Modeli, Evren ve Örneklem

Tanımlayıcı (descriptive) bir çalışma olan bu araştırmanın evrenini, 1993 yılı Mayıs ayı içinde tirajı en yüksek olan üç gazetenin Güney Anadolu baskıları oluşturmuştur.Araştırma 1993 yılı Ocak ayı başında planlanmış, hangi ay boyunca haberlerin izleneceği 'tesadüfi sayılar tablosu' ndan saptanmış, anılan ay boyunca bu gazetelerde çıkan sağlıkla ilgili haberler kesilerek, her bir haber için önceden hazırlanmış 'bilgi formu' na aktarılmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Gazetelerin sağlıkla ilgili haberleri haber konularına göre tasnif edilmiş; sağlığı koruma ile ilgili haberler araştırmacılar tarafından, hastalıklarla ilgili haberler ise ilgili dal uzmanlarınca incelenmiş, haber içerikleri; 'bilime uygun', 'doğru ama yetersiz', 'abartılı (sansasyonel)' ve 'gerçek dışı' biçiminde dört kategoride değerlendirilmiştir. Haber başlıklarının abartılı olup olmadıkları ise yalnızca araştırmacılar tarafından değerlendirilmiştir. Özellikle gazete eklerinde sıklıkla yer alan sağlıkla ilgili reklamlar incelemeye alınmamıştır. Mayıs 1993'de Ümraniye'de yaşanan 'çöp deponi' alanındaki patlamaya ilişkin çıkan çok sayıda haberin, araştırmanın sonuçlarını etkilememesi için, bu haberler değerlendirmeye alınmamıştır.

Araştırmanın sınırlılıkları

Araştırma, üç yüksek tirajlı gazetenin Güney Anadolu baskılarını ve bir aylık dönemi kapsadığı için, elde edilen bilgilerin tüm yazılı günlük basına genellenmesi sınırlıdır. Elde edilen bilgiler bu konuda bir ön-bilgi olarak değerlendirilebilir.

BULGULAR

Üç gazetenin 1993 Mayıs ayı toplam satışları günlük ortalama 2 milyon 841 bin olarak gerçekleşmiştir. Bu sayı, tüm günlük gazetelerin toplam tirajının % 77'sidir (12) .

Milliyet gazetesi (1 no.lu gazete) sağlıkla ilgili haberlerin büyük bir bölümünü (% 73) hafta sonunda verirken, Sabah gazetesi (2 no.lu gazete) haberlerini haftanın günlerine yaklaşık olarak benzer oranlarda dağıtmış görünmektedir.

Hürriyet (3 no.lu gazete) ise haberlerinin önemli bir bölümünü (% 42) hafta sonunda vermekte, diğer günlerde ise sağlıkla ilgili haberler yaklaşık olarak eşit oranlarda yer almaktadır. Üç gazete arasında, sağlıkla ilgili haberlerin haftanın günlerine göre dağılımı yönünden fark vardır (P<0.05).

Milliyet gazetesi verdiği haberlerin yarısını ara sayfalarda (% 49.2), diğer yarısını ise hafta sonu ekinde vermektedir. Buna karşılık Sabah gazetesi haberlerin önemli bir bölümünü (% 64.4) ara sayfalarda verirken, % 31.6 'sını hafta sonu veya günlük ekinde vermektedir. Hürriyet ise haberlerin yarıdan çoğunu (% 55.6) hafta sonu veya günlük ekinde vermekte, % 41 'ini ise ara sayfalara dağıtmaktadır. Her üç gazetede de, ön-arka sayfalarda (gazetelerin, okuyucu tarafından öncelikle bakıldığı varsayılan sayfaları) yer alan sağlıkla ilgili haberler oransal olarak düşük olup, gazeteler arasında, haberlerin sayfalara dağılımı yönünden de fark vardır (P<0.05).

Gazetelerde yer alan sağlıkla ilgili haberlerin % 53.2' si kısa, % 43.8 ' i orta uzunlukta olup,tam sayfa ve daha uzun haber oranı % 3' tür.Bu son grup analiz dışı bırakıldığında, kısa ve orta uzunluktaki haberlerin gazetelere göre dağılımı arasında da fark vardır (p< 0.05).

Tablo 1: Sağlıkla İlgili Haberlerin Haberin Kaynağına Göre Dağılımı

Haber Kaynağı	1 no.lu Gazete		2 no.lu Gazete		3 no.lu Gazete		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%**
Uzm.Dr. veya Yönetici Sağlık Pers.	16	25.4	43	28.9	36	18.2	95	23.2
Diğer Sağlık Pers.	--	--	5	3.4	5	2.5	10	2.4
Ajanslar, Muhabir	10	15.8	5	3.4	39	19.7	54	13.2
Belirsiz Yabancı Kaynak	34	54.0	90	60.3	93	47.0	217	52.9
Diğer(Kamu veBelediye Kaynaklı)	3	4.8	6	4.0	25	12.6	34	8.3
Toplam	63	100.0	149	100.0	198	100.0	410	100.0

*: Satır Yüzdesi ** : Kolon Yüzdesi

P<0.05	X^2= 33.66	SD= 6 (ilk iki satır birleştirildi)
P<0.05	X^2= 13.93	SD= 4 ('Diğer' satırı atıldı)
P>0.05	X^2= 0.55	SD= 2 ('Ajanslar,Muhabir' satırı atıldı)

Gazetelerde yer alan sağlıkla ilgili haberlerin yalnızca % 25.6 'sında (105 haber) haber kaynağı hekim ve diğer sağlık personelidir. Haberlerin % 52.9 'unda (217 haber) haber kaynağı belirsiz olup, bunlar muhtemelen çoğunlukla ansiklopedik kaynaklardan elde edilmiştir. Haber kaynakları yönünden gazeteler birbirinden farklılık göstermekte (P<0.05) olup; bu farklılıkları, kamu kaynaklı haberler ile ajans ve muhabir kaynaklı haberlerin, gazetelerde farklı oranlarda yer alması yaratmaktadır.

Tablo 2: Sağlıkla İlgili Haberlerin Haber Konularına Göre Dağılımı

Haber Konusu	1 no.lu Gazete		2 no.lu Gazete		3 no.lu Gazete		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%**
Sist. Hastalıklar (1)	19	30.3	42	28.2	46	23.2	107	26.2
Güncel (2)	8	12.3	22	14.8	27	13.6	57	13.8
Beden Sağlığı (3)	14	22.3	30	20.1	42	21.2	86	20.9
Su, Çevre, Temizlik	3	4.8	16	10.7	15	7.6	34	8.3
Cinsellik	4	6.3	2	1.3	16	8.1	22	5.4
Ruh Sağlığı	6	9.6	8	5.4	16	8.1	30	7.3
Sigara, Alkol	2	3.2	7	4.7	15	7.6	24	5.9
Çocuk Sağlığı	2	3.2	9	6.0	9	4.6	20	4.9
Halk Hekimliği	3	4.8	8	5.4	5	2.5	16	3.9
Tıpta Yeni Gelişmeler	2	3.2	5	3.4	7	3.5	14	3.4
Toplam	63	100.0	149	100.0	198	100.0	410	100.0

* : Satır Yüzdesi **: Kolon Yüzdesi

(1) :Kronik hastalıklar, ca., göz, deri vb. sistem hastalıkları ile ilgili haberler
(2) : Sağlık Kuruluşları, törenler, organ bağışı ile ilgili haberler
(3) : Cilt sağlığı, beslenme, diyet, vitaminler, uyku gibi konular ile ilgili haberler

Sağlıkla ilgili haberlerin konularına göre dağılımı çeşitlilik göstermektedir. Haberlerin % 40'ı (164 haber) doğrudan sağlığın korunması için alınması gereken önlemlerle ilgili idi. Sistemik hastalıklarla ilgili olan haberler % 26.2 oranında olup bu haberlerin önemli bir bölümü, kronik kalp hastalıkları, kanserler, göz, deri hastalıkları ve AİDS ile ilgili idi. Beden sağlığı başlığı altında toplanabilecek; cilt temizliği-bakımı, vitaminler, beslenme, zayıflama diyetleri ve uykuya ilişkin haberler % 20.9 oranında yer almaktaydı ve bu haberlerin % 73' ü gazete eklerinde çıkmıştı. Cinsellikle ilgili haberlerin çoğu Hürriyet gazetesinde yer almaktaydı.

Gazetelerde çıkan sağlıkla ilgili haber başlıklarının büyük bir bölümü (% 70'i) abartılı değildir. Haber başlıklarının % 30'u abartılı olarak değerlendirilmiş; üç gazete arasında başlıkların abartılı olup olmayışı yönünden fark

bulunmamıştır (P>0.05). Ayrıca haber başlığı ile haber içeriğinin birbirleriyle uyumlu olup olmadığına bakıldığında, 410 haberin 403' ünün (% 98.3) başlıkla uyumlu olduğu görülmüştür.

Tablo 3: Sağlıkla İlgili Haberlerin İçeriklerine Göre Dağılımı

Haber İçeriği	1 no. lu Gazete		2 no.lu Gazete		3 no.lu Gazete		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%**
Bilime Uygun	37	58.8	78	52.4	106	53.6	221	53.9
Doğru Ama Yetersiz	12	19.0	37	24.8	44	22.2	93	22.7
Abartılı (Sansasyonel)	12	19.0	21	14.1	40	20.2	73	17.8
Gerçek Dışı	1	1.6	10	6.7	5	2.5	16	3.9
Değerlendirilemeyen	1	1.6	3	2.0	3	1.5	7	1.7
Toplam	63	100.0	149	100.0	198	100.0	410	100.0

* : Satır Yüzdesi ** : Kolon Yüzdesi P>0.05 X^2= 7.73 SD= 6 (son satır analize sokulmadı)

Gazetelerde çıkan sağlıkla ilgili haberlerin yarıdan çoğu (% 53.9) bilime uygun, % 22.7'si doğru ama yetersiz olarak değerlendirilmiştir. Yayımlanan haberlerin yalnızca % 17.8'i abartılmış haberlerden oluşmaktadır. Gerçek dışı olarak değerlendirilen haber oranı ise % 3.9' tür. Haberlerin % 1.7'si (7 haber) uzmanlar tarafından bilime uygun olup olmaması yönünden değerlendirilememiştir. Bu haberlerin tümü de yeni teknolojik gelişmelerle ilgili olan haberlerdi. Gazeteler arasında haberlerin bilime uygunluğu yönünden fark yoktur (P>0.05).

Gazetelerde yer alan sağlıkla ilgili haberlerin yarıdan çoğu (% 57.1) resimli idi. Geriye kalan % 42.9' unda ise resim yoktu. Haberlerin % 30.5' i puntolu ve özetli olarak verilmişti. % 68.9' u ise puntolu olduğu halde özetsiz bir haber olarak verilmekteydi.

TARTIŞMA

1993 yılı Mayıs ayı içerisinde,araştırmaya konu olan üç gazetenin toplam tirajı, tüm gazetelerin toplam tirajının % 77' sini oluşturmuştur.

Gazetelerde çıkan sağlıkla ilgili haberlerin önemli bir bölümü (% 40.2) hafta sonunda yer almaktadır. Haber sayısı yönünden gazeteler arasındaki farklılığın nedeni, günlük ortalama sayfa sayısının Milliyet gazetesinde 28, Hürriyet ve Sabah gazetelerinde ise 36 olması olabilir.

Sağlıkla ilgili haberlerin % 45.9' u hafta sonu ekinde veya günlük eklerde, % 50.7' si ise ara sayfalarda yer almaktadır. Gazetelerin ilk bakılan sayfaları olduğu varsayılan ön- arka sayfalarda ise 410 haberden yalnızca 14'ü (% 3.4) yer almıştır ve bu haberlerin 12' si de sansasyonel başlıklıdır.

Gazetede yer alan sağlıkla ilgili haberlerin yarıdan çoğunun (% 53.2) kısa haber (yarım gazete sayfasından az) olduğu görülmüştür. Gazetelerde yer alan sağlıkla ilgili haberlerin yalnızca % 23.2' si konunun uzmanı sayılacak kaynaklardan alınmış, haberlerin önemli bir bölümü (% 53) "belirsiz" ve yabancı kaynaklardan alınmıştır (Tablo 1). Ajans ve muhabir kaynaklı haberlerin hemen hepsi ansiklopedi kaynaklarından alınmış haber izlenimi vermiştir. Gazetelerde yer alan sağlıkla ilgili haber kaynakları farklılık göstermekte olup; bu durum, resmi kuruluş kaynaklı ve ajans, muhabir kaynaklı haberlerin, gazetelerde farklı oranlarda yer almasından kaynaklanmaktadır.

Gazetelerde yer alan sağlıkla ilgili haberlerin konuları çeşitlilik göstermektedir. Beden sağlığı, cilt sağlığı, beslenme, vitaminler, diyet, uyku haberleri % 20.9 oranında ve sistemik hastalıklara ilişkin haberler ise % 26,2 oranında yer almıştır (Tablo 2). Beden sağlığı başlığı altında toplanan haberlerin çoğunluğu, uzun haber olarak, hafta sonunda eklerde verilmektedir

İngiltere'de televizyon kanallarındaki sağlıkla ilgili programların analizinin yapıldığı bir araştırmada (13),Nöroloji ve Psikiyatri ile ilgili konuların en çok yer aldığı saptanmış, toplumun sağlık sorunları ve koruyucu hekimlik konularına daha az değinildiği bulunmuştur.

Gazetelerde yer alan sağlıkla ilgili haber başlıklarının hemen tamamı (% 98) puntolu olarak verilmekte olup % 70'i abartılı olmayan bir başlıkla verilmektedir. Başlıkların % 30'u sansasyonel (abartılı) olarak değerlendirilmiştir. Haber başlıkların % 98.3' ünün haberin içeriği ile uyumlu olduğu anlaşılmıştır. Puntolu, içeriği başlıkla uyumlu, resimli haberler daha çok ilgi uyandırabilirler.

Sağlıkla ilgili haberlerin haber içeriği, araştırmacılar ve ilgili uzmanlarca değerlendirilmiş (Tablo 3); haberlerin % 54' ünün günümüzün bilimsel bilgilerine uygun olduğu, % 22.7' sinin doğru olduğu ancak yetersiz bilgi içerdiği, yalnızca % 7.8' inin abartılmış haberlerden oluştuğu anlaşılmıştır. Değerlendirmelerde gerçek dışı haber (bilime uygun olmayan) sayısı 16 (% 3.9) ve uzmanlarca değerlendirilmeyen haber sayısı da 7 (1.7) olarak bulunmuştur. Bu sonuçlara göre gazetelerde yer alan sağlıkla ilgili haberlerin çoğunun bilime uygun olarak yayımlandığı ve sağlık konusunda toplumun kültürlenmesine katkıda bulunacak oranda doğru bilgileri içerdiği söylenebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Toplumların sağlık konusunda kültürlenme kaynaklarından biri de yazılı basındır. Yazılı kitle iletişim araçlarından olan günlük gazeteler, bu alanda önemli bir yer tutar. Gazetelerde yer alan sağlıkla ilgili haberlerin önemli bir bölümü, eklerde verilmekte; hafta içinde ise sağlıkla ilgili haberler yeterli oranda yer almamaktadır. Ön-arka sayfalara çıkan haberler çok az olmakta, bu haberler de genellikle sansasyonel başlıkla yer almaktadır. Kısa haberler çoğunlukta olup, yarıdan çoğu belirsiz veya muhabir kaynaklı haberlerden oluşmaktadır. Hekim ve diğer sağlık personeli kaynaklı haberler daha az oranda yer almaktadır. Haber konuları çok çeşitlilik göstermektedir. Haber başlıkları, haber içeriklerine oranla "okumak için ilgi uyandırsın diye" daha çok abartılı bir şekilde verilmektedir. Haberlerin önemli bir bölümü bilimsel olarak doğru haberlerden oluşmaktadır.

Araştırmadan elde edilen bilgiler ışığında aşağıdakiler önerilebilir:

1. Bu çalışmada genel olarak sağlıkla ilgili haberlerin sayfa bazında az yer aldığı saptanmış olup, özellikle koruyucu sağlık ile ilgili haberlerin daha çok olması ve bunların dikkat çekmeleri yönünden ön-arka sayfalarda yer alması , okurların sağlık eğitimine katkı yönünden yararlı olacaktır.

2. Gazetelerin sağlıkla ilgili haber kaynağı olarak konunun uzmanlarına daha çok yer vermesi önerilebilir; çünkü bilindiği üzere mesaj konunun uzmanı tarafından verildiğinde bireyi etkileme düzeyi de yükselebilmektedir.

3. Bu konuda daha ayrıntılı bilgi elde etmek için, tüm gazeteleri kapsayacak ve daha uzun süreli izlemin olduğu kapsamlı bir araştırma yapılması yararlı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Korkmaz A.Türkiye'de Çağdaş Haberleşmenin Tarihsel Kökenleri. Ankara, G.Ü.Gazetecilik ve Halkla İlişkiler Y.O., 1981.
2. Kitle İletişim Tekniklerindeki Gelişme ve Yazılı Basının Geleceği. İstanbul, Hürriyet Vakfı, 1987.
3. Güvenç B. İnsan ve Kültür. 5. Bası, İstanbul, Remzi Kitapevi, 1991.
4. İnceoğlu M. Güdüleme Yöntemleri.Ankara, Ankara Üniversitesi Yayınları, No:4, 1985.
5. Noquerol B, Follana M, Sicilia A, Sanz M. Analysis of Oral Health Information in the Spanish Mass Media. Community Dental Oral Epidemiology Spain 1992 Feb 20 (1): 15-9
6. Tezcan S, Oral SN ve Ark. Ana Sağlığı Aile Planlaması, Doğurganlık Konularına İlişkin Araştırma Özetleri.1970-1986. Ankara, H.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D. Yayın No:86/37, 1987.
7. Popovic D, Komaromi M, Popovic M. The Importance of Women's Knowledge About Cervical Carcinoma and It's Early Detection. Vojvodina and Novisad: Medical Preglation 1991 44 (11-12): 493-8.
8. Wechler H, Dejong W, Shapiro GR, Lavin AT. New England College Newspaper Editor on the Role of the Campus Press in Adressing Substance Use Issues. Journal of Drug Education 1992 22 (4): 329-336
9. Walter WH, Roger D, Knox G. Oxford Textbook of Public Health. 2 nd edition, volume 3, Oxford University press, 1991 PP. 3-17.
10. Ndlovu RJ, Sihlangu RH. Preferred Sources of Information on AIDS Among High School Students From Selected Schools in Zimbabwe. Journal of/Nursing Zimbabwe 1992 17 (4): 507-13
11. Roberts PJ. The Menopause and Hormone Replacement Therapy: Views of Woman in General Asthon. British Journal of General Practice Oct. 41 (35)
12. Milliyet Gazetesi, 11.1.1994.
13. Johnson CA, Johnson BE. Medicine on British Television: A Content Analysis. Journal of Community Health USA 1993 Feb 18 (1):25-35

İSTANBUL'DA GELENEKSEL SAĞLIK UYGULAMALARI

Mustafa TAŞDEMİR, Osman HAYRAN, Semra AKGÖZ, Şanda ÇALI

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ÖZET

İstanbul'un anadolu yakasında sosyo-ekonomik ve kültürel yönden farklı yapıda olan iki bölgeden seçilen hanelerde, çeşitli sağlık sorunlarına ilişkin geleneksel uygulamaların soruşturulduğu bu araştırmada, bölgeler arasında oldukça yüksek oranlarda ve farklı geleneksel uygulamaların var olduğu görülmüştür. Başka bir deyişle insanlar modern tıbbın tedavi ve önerilerinin yanısıra yaygın bir biçimde kendi sağlık kültürlerinin sonucu olan uygulamaları kullanmaktadır. Görevi insan sağlığına hizmet etmek olan profesyonellerin bu uygulamalara eğilmesi ve sağlık kültürünü tanıması gerekmektedir.

GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık ve hastalık kavramları çağlar boyunca ve kültürler arasında farklılık gösteren kavramlardır. Özellikle hastalık kavramı bir açıdan insanın kendisini iyi hissetmemesi (illness), bir başka açıdan vücutta ölçülebilen, objektif bir patolojinin olması (disease), hatta çevresinin kişiden beklediği rol (sickness) olarak ele alınabilmektedir. Kendisini iyi hissetmeyen kişinin, hasta olduğuna karar verdikten sonra ne yapması gerektiği konusu bir karar verme ve çare arama süreci gerektirmektedir. Kişi, içinde yaşadığı kültüre, eğitim düzeyine, sağlık konusundaki inançlarına uygun olarak yakın çevresindeki güvenilir kişilerden (populer sektör), geleneksel iyileştiricilerden (folk sektör) ya da sağlık konusunda uzmanlığı onaylanmış profesyonellerden (profesyonel sektör) yardım aramaktadır. Bu arayışlar sonucunda birbirinden farklı olabilen sağlık kültürleri gelişmiştir.Bitkisel tıp, Ayurvedik tıp, akupunktür, Çin tıbbı gibi özünde geleneksel olan sağlık uygulamalarının giderek batı tıbbına dayanan profesyonel sektörle bütünleştiği dikkati çekmektedir. Aslında binlerce yıllık deneme-yanılma sonucunda ayakta kalabilmiş bazı geleneksel sağlık uygulamalarının, kitaplarda yer almaması nedeniyle 'şarlatanlık' ya da 'koca-karı uygulamaları' şeklinde nitelendirilerek reddi yerine tanımlanması, incelenmesi ve yararı olanların kullanılmasına gerek vardır. Bu anlamda sağlıkla ilgili uygulamalardan nelerin 'bilimsel' nelerin 'bilim dışı' olduğunun sınırı iyi çizilmeli, çağdaş batı tıbbının her şey olmadığı akılda tutulmalıdır.

Bu anlamda bir girişim olarak planlanan bu çalışmada İstanbul'un sosyokültürel yönden farklılık gösteren iki bölgesinde halk arasında yaşayan geleneksel sağlık uygulamalarını tanımlanmaya çalışılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı türdeki bu araştırma Aralık-1993 ve Ocak-1994 tarihlerinde İstanbul ilinin Kadıköy Caferağa Mahallesi ile Ümraniye Kazım Karabekir Mahallesinde yapılmıştır. Yaklaşık 40 bin kişinin yaşadığı Caferağa Mahallesinde alt yapı sorunu yoktur. Nüfusu yerleşik ve durağan olup sosyoekonomik. kültürel açıdan iyi bir bölge izlenimi bırakmaktadır. Bölgede çok sayıda özel sağlık kuruluşu hizmet vermektedir. Nüfusu yaklaşık 70 bin olan Kazım Karabekir Mahallesi, kanalizasyon, su, yol ve elektrik yetersizliğinin söz konusu olduğu, göçlerle büyümekte olan bir gecekondu bölgesidir. Bölgeye olan göçlerin çoğunluğu Doğu ve Orta Anadolu ile özellikle Gümüşhane ve Ordu yöresindendir. Mahallede resmi ya da özel bir sağlık kuruluşu bulunmamaktadır.

Araştırmada her iki bölgeden 200'er hane ile görüşülmesi planlanmış, küme örnekleme

ile seçilen sokaklardan sistematik örnekleme ile haneler saptanmıştır. Veriler, anket formu kullanılarak görüşme yoluyla toplanmış, anketler tıp fakültesi son sınıf öğrencileri tarafından hane reisine, yok ise hane reisinin eşine ya da evdeki en yaşlı kişiye uygulanmıştır. Anket formunda kişilerin sosyodemografik özellikleri ile hipertansiyon, sarılık, hemoroid, ishal, yanıklar, çarpmalar, soğuk algınlığı, baş ağrısında yapılan geleneksel uygulamalara ilişkin sorulara yer verilmiştir. Kadıköy Caferağa Mahallesinden 184, Ümraniye Kazım Karabekir Mahallesinden 202 olmak üzere toplam 386 haneden toplanan veriler kodlanarak bilgisayarda değerlendirilmiştir.

BULGULAR:

Kadıköy ve Ümraniye bölgelerinde görüşülen hane halkının yaş, cinsiyet ve öğrenim durumu Tablo:1'de verilmiştir.

Her iki bölgenin yaş dağılımı birbirine benzemekte ancak, cinsiyet ve öğrenim durumu yönünden farklılık olduğu dikkati çekmektedir. Ümraniye bölgesinde erkekler ve öğrenim düzeyi düşük olanlar örneğe daha fazla çıkmıştır.

Çeşitli yakınma ve hastalıklara karşı, ilaç ya da tıbbi uygulamalar dışında geleneksel sağlık uygulamaları yaptıklarını ve bundan yarar gördüklerini belirtenlerin bölgelere göre dağılımı Tablo:2'de, uygulamalar ise Tablo:3'te verilmiştir.

Tabloda görüldüğü gibi, hipertansiyon, hemoroid, yanık, çarpma ve başağrısında geleneksel yöntem kullanma yönünden bölgeler arası önemli fark bulunmuştur. Ümraniye'de hipertansiyon ve hemoroid için geleneksel uygulama oranı yüksek iken, Kadıköy'de yanık, çarpma ve başağrısı için kullanılan uygulamalar daha fazladır. Sağlık açısından daha ciddi sorunlar olan hipertansiyon ve hemoroid'de geleneksel uygulama oranının Kadıköyde düşük olmasının nedeni bu bölgedeki öğrenim düzeyinin, dolayısıyla sağlık bilincinin yüksek oluşu ile açıklanabilir. Öte yandan öğrenim düzeyi düşüklüğü nedeniyle Ümraniye'de yanık, çarpma ve başağrısı gibi sorunlar tedavi gerektiren sağlık sorunları olarak değerlendirilmiyor olabilir.

Tablo:1 Araştırma Grubunun Yaş, Cinsiyet ve Öğrenim Durumuna Göre Dağılımı

	KADIKÖY (n=184) %	ÜMRANİYE (n=202) %	TOPLAM (N=386) %
YAŞ GRUBU			
50	34.78	42.00	38.60
50	65.21	58.00	61.40
	X^2=1.866	p=0.1719	
CİNSİYET			
Erkek	12.50	23.30	18.20
Kadın	87.50	76.70	81.80
	X^2=6.812	p=0.0091	
ÖĞRENİM DURUMU			
Okur-yazar değil	10.32	17.80	14.20
Okur-yazar	7.60	9.9	8.80
İlkokul	25.00	50.00	38.00
Orta-lise	42.30	18.30	29.70
Yüksekokul	14.60	3.90	9.06
	X^2=51.095	p 0.01	
Toplam	100.00	100.00	100.00

Tablo:2 Geleneksel Uygulamalardan Yarar Görme Durumu

SAĞLIK SORUNLARI	KADIKÖY (n=184) %*	ÜMRANİYE (n=202) %*	X^2	p
Hipertans.	59.7	85.6	28.835	0.001
Sarılık	29.4	34.1		=0.6234
Hemoroid	50.0	72.0	22.132	0.001
İshal	84.0	86.0		=0.9153
Yanık	94.5	74.7	29.007	0.001
Çarpma,şişlik, çürük	73.4	61.8	6.213	=0.0127
Soğuk alg.	97.0	100.0		=0.3743
Başağrısı	39.0	36.6	3.252	=0.0324

* : Yüzdeler her grubun toplamı (n) üzerinden alınmıştır.

Tablo:3 Çeşitli Sağlık Sorunları İçin Geleneksel Uygulamalar

SORUNLAR VE UYGULAMALAR	KADIKÖY (n=184) %	ÜMRANİYE (n=202) %	TOPLAM (N=386) %
HİPERTANSİYON			
Sarımsak yemek	53.9	78.0	66.3
Başa buz uygul.	5.4	1.4	3.4
Isırgan otu yemek	0	4.9	2.6
Maydanoz,çörek ot	0.5	1.4	1.0
Yanıtsız	40.2	14.3	26.7
	X^2=47.282	p 0.001	
SARILIK			
Siyah turp yemek	2.1	3.5	2.8
Kayısı hoşafı içme	8.7	15.8	12.4
Bal	18.5	0.9	9.32
Kestirme	0	5.9	3.1
Diğer	0	7.9	4.1
Yanıtsız	70.7	65.0	68.0
	X^2=61.95	p 0.001	
HEMOROİD			
Sıcağa oturma	33.0	39.0	36.2
Kırmızı şarap	5.0	0.4	2.5
Kuşburnu	3.0	17.8	10.6
Maydanoz lapası	5.0	0.4	2.5
Yahudi baklası	4.0	0	1.8
Ebegümeci	0	9.4	4.9
Papatya iksiri	0.5	1.5	1.0
Diğer	0	3.9	2.1
Yanıtsız	50.0	27.0	38.1
	X^2=47.827	p 0.001	

(Tablo:3'ün devamı)

SORUNLAR VE UYGULAMALAR	KADIKÖY (n=184) %	ÜMRANİYE (n=202) %	TOPLAM (n=386) %
İSHAL			
Yoğurt	16.8	1.9	9.1
Patates	34.2	40.0	37.3
Demli çay	3.2	0	1.6
Kahve-limon	18.4	23.7	21.2
Kuruçay-peynir	1.6	0.5	1.0
Gazoz-aspirin	0	18.3	9.6
Bol su	4.3	1.4	2.8
Turşu suyu	5.9	0	2.8
Yanıtsız	15.2	13.8	14.5
	X^2=27.742	p 0.001	
YANIK			
Buz	77.0	38.1	56.7
Yumurta sarısı	1.6	11.3	6.7
Zeytin yağı	1.6	2.4	2.1
Yoğurt	14.2	17.8	16.1
Motor yağı	0	3.0	1.6
Elma rendesi	0	0.9	0.5
Mısırunu ve zeytinyağı	0	0.9	0.5
Yanıtsız	5.4	25.6	15.8
	X^2=69.551	p 0.001	
ÇARPMA SONUCU ŞİŞLİK, ÇÜRÜK			
Buz	50.5	1.9	25.1
Ekmek	13.5	36.1	25.4
Soğan	8.7	3.9	6.2
Çiğ et	0.5	9.9	5.4
Sabunlu su	0	0.9	0.5
Bıçak basma	0	2.9	1.6
Zeytin ezmesi	0	5.9	3.1
Yanıtsız	26.6	38.1	32.6
	X^2=125.604	p 0.001	
SOĞUK ALGINLIĞI			
Ihlamur	26.0	16.8	22.5
Kekik çayı	3.2	8.4	5.9
Limon-portakal	11.9	0.5	5.9
Nane-limon	40.2	28.7	45.3
Zencefil otu	7.6	4.4	5.9
Üzerlik otu	0.5	0.9	0.8
Terletme	7.6	18.8	13.5
Yanıtsız	2.7	0	1.3
	X^2=41.446	p 0.001	
BAŞAĞRISI			
Kahve-çay	22.3	5.9	13.7
Sigara içmek	9.2	1.9	5.4
Sirkeli havlu sarma	21.1	9.9	8.5
Pırasa lapası sarm	0	1.9	1.0
Karabiber	0.5	2.4	1.6
Patates sarmak	0	4.4	2.3
Başı sarmak	0	9.9	5.2
Yanıtsız	60.2	63.3	62.2
	X^2=25.503	p 0.001	

SONUÇLAR VE TARTIŞMA

Araştırmada soruşturulan tüm sağlık sorunlarında geleneksel uygulamalar yönünden Kadıköy bölgesi ile Ümraniye bölgesi arasında istatistiksel olarak önemli farklılıklar olduğu görülmüştür. Yer darlığı nedeniyle ayrıntılı tartışmaya girmeden belli başlı farklılıkları şu şekilde özetlemek mümkündür:

1.HİPERTANSİYON : Geleneksel uygulamalar Ümraniyede önemli şekilde fazla olup özellikle ısırgan otu, maydanoz, çörekotu kullanımı farklılık yaratmaktadır. Her iki bölgede de sarımsak kullanım oranı yüksek bulunmuştur

2.SARILIK: İki bölge arasında geleneksel uygulama oranları benzer olmakla birlikte, Kadıköy bölgesinde bal kullanımı, Ümraniye'de ise, kestirme ile diğer grubunda yer alan idrar içirme, sarı örtü örtme gibi uygulamalar önemli farklılık yaratmaktadır.

3.HEMOROİD: İki bölge arasında uygulamalar açısından önemli farklar vardır. Ümraniyede geleneksel uygulamalar daha fazla olup özellikle kuşburnundan elde edilen sıvıların içilmesi, ebegümeci, papatya iksiri bu bölgede tercih edilmektedir. Kadıköyde ise kırmızı şarap, maydanoz lapası ve Yahudi baklası dikkati çeken uygulamalardır. Tıbbi açıdan değeri olan sıcağa oturma her iki bölgede de yaygın bir uygulamadır.

4. İSHAL: İshal için her iki bölgede de benzer ve yüksek oranlarda geleneksel uygulamalar söz konusudur. Aslında bu uygulamaların pek çoğu modern tıbbın önerdiği uygulamalardır. Bölgeler arası farklılık yönünden, Kadıköyde yoğurt, Ümraniyede ise aspirinli gazoz uygulamasının fazlalığı dikkati çekmektedir.

5. YANIK: Kadıköy bölgesinde buz uygulaması, Ümraniyede ise yumurta sarısı ve yoğurt uygulamaları ile hiçbir şey uygulamama önemli farklılık yaratmaktadır.

6. ÇARPMALAR: Çarpmalar sonucu oluşan şişlik ve morluklara karşı Kadıköyde buz, ekmek içi, soğan; Ümraniyede ise ekmek içi çiğ et ve zeytin ezmesi sık yapılan uygulamalardır.

7. SOĞUK ALGINLIĞI: Her iki bölgede de hemen herkesin bu konuda bir uygulaması bulunmaktadır. Bitkisel sıvı ağırlıklı bu uygulamalar modern tıp önerileri ile büyük oranda uyumludur.

8. BAŞAĞRISI: Başağrısı için geleneksel uygulama oranı her iki bölgede de düşük bulunmuştur. En sık yapılan uygulamalar, Kadıköyde kahve-çay içmek ve başa sirkeli havlu sarmaktır. Ümraniyede ise bu amaçla başa sirkeli havlunun yanısıra patates, karabiber, pırasa lapası da sarılmakta hatta sadece başın sarılması denenmektedir.

Sonuç olarak aynı ülkenin aynı kentinin farklı iki bölgesinde yaşayan insanların sık karşılaşılan sağlık sorunları karşısında, tıp kitaplarında bulamayacağımız farklı geleneksel sağlık uygulamaları olduğu görülmektedir. Bu uygulamaların ne ölçüde bilimsel doğrulara uyduğu bu araştırmanın tartışma konusunun ötesinde bir konudur. Ancak, bu sonuçlar, profesyonel sektörü oluşturan sağlık personelince verilen ve bilinen bir sağlık hizmetinin ötesinde yaşayan bir sağlık kültürünün var olduğunu göstermektedir. Bu kültürün daha ayrıntılı ve antropolojik yöntemlerle incelenmesi, insanlara sağlık açısından daha tutarlı yaklaşılmasını sağlayabileceği gibi, belki modern batı tıbbına bir takım katkılarda da bulunabilecektir. Sağlık kültürünü ve gelenekleri yok saymak ve küçümsemek yerine incelemek gerekmektedir.

TEŞEKKÜR

Değerli katkıları için İnt.Dr.'lar Başak ŞENYUVA, Özkan KARAKOYUNLAR, Muazzez SEZER, Hasan F. KÜÇÜK ve Bekir GENİŞER ile Anabilim Dalı sekreteri sayın Aysun ATAK'a teşekkür ederiz.

ZAKKUM OLAYI: BİR VAKA NEDENİYLE MEDYA-SAĞLIK İLİŞKİSİ

Osman HAYRAN, Hasan F. BATIREL

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi

ÖZET

İletişim araçlarının hayatın her alanındaki etki ve yönlendiriciliğinin halk sağlığı açısından bir değerlendirmesini yapmak amacıyla, 1988'de TRT-1'de yayınlanan ve kamuoyunu uzun süre meşgul eden "zakkumla kanser tedavisi" haberinin etkileri ile habere gösterilen tepkilerin incelendiği bu çalışmada, denetimsiz ve danışmansız sağlık haberciliğinin sakıncaları, meslek örgütlerinin, akademik çevrelerin ve sağlık bakanlığının tavrı üzerinde durulmuştur.

GİRİŞ VE AMAÇ

Kitle iletişim araçlarının gelişmesi ve yaygınlaşması ile birlikte, özellikle görüntülü ve yazılı yayınların günlük hayatın hemen her alanında etkili ve yönlendirici bir güç haline geldiği görülmektedir. Bu yayınlar, toplumun değerleri, çıkarları ve iyiliği açısından iyi bir denetim ve danışmanlıktan yoksun olduğunda, bilerek ya da bilmeden olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir. Sağlık konusunda, özellikle bazı hastalıkların tedavisine ilişkin yayınların gelişigüzel verilmesi başta bu hastalığa sahip olan kişi ve yakınları olmak üzere tüm kamuyu etkileyebilmekte, tedavilerin aksamasına, gereksiz beklentilere ve yeni sağlık sorunlarına neden olabilmektedir.

Özel radyo ve televizyon kanallarının hızla arttığı ülkemizde denetimsiz yapılan saülık yayınlarının ne tür sonuçlara yol açabileceğini belirlemek amacıyla, 6 yıl önce tüm Türkiye'yi meşgul eden "zakkumla kanser tedavisi" haberinin ulusal basına yansıyan sonuçlarının bir değerlendirmesi için bu çalışma yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

11 Şubat 1988 günü TRT-1 akşam haberlerinde verilen zakkumla kanser tedavisi haberini izleyen günlerde ulusal basında yer alan haberler ve köşe yazıları taranmış, toplam 45 günde yayınlanan 178 haber, 45 köşe yazısı, yedi gün süren bir yazı dizisi incelenmiştir. Çıkan yazıların içeriklerine göre, TRT, meslek örgütleri, üniversite çevreleri, Sağlık Bakanlığı, vatandaş, basın-yayın organları ve ilaç endüstrisi ile ilgili başlıca saptamalar ve değerlendirmelerin bir dökümü yapılmıştır.

BULGULAR

11.Şubat 1988 günü TRT-1'deki akşam haberlerinde 20 dakika süre ile verilen bir haberde bir Türk hekimin, Muğla ilinde çalıştığı uzunca bir süre boyunca yörede çok yetişen zakkum bitkisinden elde ettiği bir ekstre ile kanserli hastalari başarı ile tedavi ettiği anlatılarak, bu tedavi ile iyileştiğini belirten bazı hastalarının görüşlerine yer verilmiştir. İki günlük bir durgunluk döneminden sonra konu hemen her kesimde enine boyuna tartışılmaya başlanmıştır.

Televizyon yayınını izleyen günlerdeki gazete haberlerine göre bu olayın yol açtığı başlıca sonuçlar şu şekilde özetlenebilir:

TRT İLE İLGİLİ:

TRT'nin yayınlar konusundaki sorumluluğu ve tarafsızlığı tartışılmıştır. Bu yayını iyi bir habercilik örneği olarak değerlendirenler olmakla birlikte, çoğunluk TRT'nin sorumsuzluğu üzerinde durmuştur. Bilimsel çevrelerin görüşü ve onayı olmaksızın yapılan bu yayının kanserli hastaların tedavilerini etkileyeceği, gereksiz yere umuda kapılacakları vurgulanmış, Türk Tabipleri Birliği (TTB) , TRT'yi Radyo-Televizyon Yüksek Kuruluna şikayet etmiştir. TRT'nin yayını politikacılar tarafından da tartışılmış, iktidar partisinin bazı milletvekilleri ve ilgili bakanlar, yayının sorumluluğunu üstlenip haklılığını savunurken, muhalefetten özellikle sosyal demokrat milletvekilleri yayının amaçlı olduğunu ve asıl amacın o günlerde iktidar partisinin başını ağrıtmakta olan "Vuralhan olayı", "MİT Raporu" ile "ekonomik sorunlar"ı gündemden uzaklaştırmak olduğunu dile getirmişlerdir.

MESLEK ÖRGÜTLERİ İLE İLGİLİ:

TTB ile TEB (Türk Eczacıları Birliği), haberin hemen ardından yaptıkları açıklamalar ve girişimler ile yayının hatalı olduğunu, bilimselliği kanıtlanmamış bir tedavi yönteminin hastaları olumsuz yönde etkileyeceğini, zehirli olduğu bilinen ve ilaç haline dönüşmemiş bir bitki ekstresinin hastalar üzerinde denenmesinin hukuki ve ahlaki sakıncaları üzerinde durmuşlardır. TTB, söz konusu yayın nedeniyle TRT'yi Radyo-Televizyon Yüksek Kuruluna şikayet ederek suç duyurusunda bulunmuştur. Gene TTB'nin girişimi ile, televizyonda tarafların (TTB, Sağlık Bakanlığı ve zakkumu kullanan hekim) katıldığı bir açık oturumda konu tartışılmıştır.

İstanbul Tabip Odası, zakkumdan elde ettiği ekstre ile kanseri tedavi ettiğini savunan hekim hakkında soruşturma başlatarak 6 ay meslekten men cezası vermiştir. TTB'nin bu olay karşısındaki tavrı hasta yakınlarını olumsuz yönde etkilemiş, TTB'nin bombalanacağı, hatta bir ara genel sekreterin öldürüldüğü iddiaları yayılmıştır.

ÜNİVERSİTE ÇEVRELERİ İLE İLGİLİ:

Üniversite çevrelerinden ilk verilen haberler, olaya kuşku ile bakıldığını göstermektedir. Zakkum ekstrelerinin daha önce de kanser tedavisinde denendiği, başarılı olmadığı, farelerde etkili ancak insanlarda etkisiz bulunduğu, bu olayda hastaların iyileşmesinin tesadüfe bağlı olabileceği belirtilmiştir. İstanbul Üniversitesinin girişimi ile konunun uzmanı öğretim üyelerinden oluşan "Onkoloji Grubu" toplanarak durumu değerlendirmek için haber konusu yöntemle iyileştiğini iddia eden kişilere kendilerine başvurmaları için çağrıda bulunmuştur.Bu çağrıya yanıt veren hasta sayısı 12'de kalmış yapılan incelemelerde , hastaların 6'sının aslında kanser olmadığı, diğer 6'sının da daha önce başka yöntemlerle tedavi gördüğü belirlenmiştir.

İstanbul Üniversitesine bağlı Deneysel Tıp Araştırmalar Merkezi (DETAM) zakkumla ilgili olarak fareler üzerinde deney planlamış ve olaydan çok kısa süre sonra yaptığı açıklamada zakkum ekstresinin kanserli farelerde %50

oranında iyileşme sağladığını belirtmiştir. Ancak, gene Üniversite çevresinden bazı uzmanlar DETAM'ın bu tür araştırmaları yürütecek yeterlilikte olmadığını açıklamıştır.

SAĞLIK BAKANLIĞI İLE İLGİLİ:

Sağlık Bakanlığı olayın ilk günlerinde tarafsız görünmeye gayret etmiştir. Bakan, tartışmaların yoğunlaşıp, zakkuma bağlı ölümlerin görülmesinden sonra zakkumun ilaç olmadığını ve tehlikeli olduğunu açıklamıştır. Sağlık Bakanlığının girişimi ile Üniversite, TÜBİTAK ve Bakanlıktan uzmanların katıldığı bir "Etik Kurul" oluşturulmuştur. Bu kurul zakkumla kanser tedavisi konusunda dünya literatürünü ve olayı inceleyerek zakkumun sakıncalı olmadığı sonucuna varmıştır. Bu arada insanlar üzerinde deney yapılması, bitkisel ilaçlar konusundaki mevzuatın yetersizliği gündeme gelmiştir.

VATANDAŞ İLE İLGİLİ:

Halk büyük ölçüde zakkum ekstresini kullanan hekimi desteklemiş ve bilimsel çevrelerin bu hekime karşı çıkmasını doğru bulmamıştır. Zakkumun tedavide kullanılmasını sağlamak amacıyla hasta yakınları meclise (TBMM) doluşmuş, milletvekilleri, bakanlar hatta başbakanı etkilemeye çalışmıştır. Çevrelerinden topladıkları zakkum bitkisini kaynatıp suyunu içen üç hasta zehirlenme sonucu ölmüştür. Muğla yöresinde zakkum bitkilerine talep artmış, zakkum fiyatları %100 pahalanmıştır. Orman Bölge Müdürlüğü zakkum talanını önlemek için zakkumları korumaya aldığını açıklamıştır.

Hasta yakınları, zakkum tedavisine karşı çıkan TTB'ne tepki duyarak bombalamakla tehdit etmiştir. Bazı hastalar zakkumun kendi üzerlerinde denenebilmesi için gönüllü olarak kobay olmaya hazır olduklarını belirtmişlerdir.

BASIN VE YAYIN ORGANLARI İLE İLGİLİ:

TRT-1'in yayını üzerine bir İtalyan TV kanalı olayı incelemek üzere Türkiye'ye gelerek görüşmeler yapmış, Avrupa Yayın Birliği, bilimsel onay olmadığı gerekçesiyle söz konusu haberi yayınlamaya değer bulmamıştır.

Ulusal basının habere ilişkin tepkileri doğal olarak çok farklılık göstermektedir. Sağ basın, tedaviyi bulduğu iddia edilen hekimin ciddiye alınması ve konunun iyi

incelenmesi gerektiği, bilimsel konuların üniversitelerin tekelinde olamayacağı, eğer doğru ise söz konusu ilacın bir an önce üretilerek insanlığın hizmetine sunulması gerektiği üzerinde durmuştur. Sol basın ise daha çok işin hukuki ve bilimsel yönü üzerinde durarak tartışmalarda üniversite ve TTB tarafını desteklemiş, bu tür haberler açısından TRT'nin sorumluluğunu ve tarafsız olması gereğini işlemiştir. Liberal basının ağırlıklı olarak üzerinde durduğu başlıca konular ise, TRT yayınlarındaki taraflılık, hasta yakınlarının tepkileri, iyileştiğini iddia eden hastalarla yapılan röportajlar, üniversite öğretim üyelerinin, bakanlık yetkililerinin, hekimlerin, meslek örgütlerinin açıklamaları, olaya yol açan hekimin savunması şeklinde özetlenebilir.

İLAÇ ENDÜSTRİSİ İLE İLGİLİ:

Aslında söz konusu haberde önemli bir taraf olması beklenen ilaç endüstrisinden önemli bir tepki ya da yaklaşımların gelmediği ya da haberlere yansımadığı dikkati çekmektedir. Bir ilaç firması söz konusu zakkum ekstresini inceletmek için yurtdışındaki laboratuvarına göndereceğini açıklamıştır. Bir gazetede yer alan küçük bir haberde de ilaç üreticisi firmaların zakkum ekstresini kullanan hekime tepki gösterdiğine değinilmiştir.

SONUÇLAR

Bu olaya ilişkin yayınların taranmasından çıkan başlıca önemli sonuçları şu şekilde sıralayabiliriz:

1. Bu haber nedeniyle en az üç kişi ölmüştür.
2. Kanser hastaları ve yakınlarına, geçerliliği kanıtlanmamış bir tedavi konusunda gereksiz yere umut verilmiş, belki de bazılarının tedavilerinin kesilmesine neden olunmuştur.
3. Üniversitelerin araştırma olanaklarının bu olay karşısında yetersiz kaldığı görülmüştür.
4. Politikacıların gündemi değiştirmek amacıyla insanların sağlığını kullanabilecekleri ortaya çıkmıştır.
5. Sağlık konusunda bilimsel olan ve olmayanın ne olduğu konusu kamuoyu önünde tartışılmış ve bilimsel yöntem ağır basmıştır.
6. Geçerliliği kanıtlanmamış uygulamaların insanlar üzerinde denenmesine ilişkin mevzuat eksikliği olduğu belirlenmiştir.
7. Halk sağlığını ilgilendiren konularda en büyük duyarlılığın meslek örgütleri tarafından gösterildiği saptanmıştır.

ÖNERİLER

1.Televizyon başta olmak üzere tüm basın-yayın kuruluşları, halkın sağlığını etkileyebilecek önemli konularda bilimsel haberlere yer vermeden önce konuyla ilgili bilimsel kuruluş ya da uzmanlardan görüş hatta onay almalı, bu anlamda meslek ahlakı kurallarına sıkı sıkıya uymalıdır.

2.Politikacılar gündemi değiştirmek için sağlıkla ilgili sansasyonal konulara girmemeye özen göstermeli, bu amaçla kitle iletişim araçlarını kullanma konusunda titiz davranmalıdırlar.

3.Sağlık alanında geçerliliği tartışmalı olan uygulamaların yapılması karşısında meslek örgütlerinin ciddi yaptırımlara sahip olması sağlanmalıdır.

4.Tıp eğitimi sırasında bilimsel çalışma yöntemi ve araştırma konularında iyi eğitim verilmeli, her hekimin potansiyel bir araştırmacı olduğu dikkate alınmalıdır.

5.Modern batı tıbbının uygulamalarının yanısıra toplum içerisindeki geleneksel sağlık uygulamalarının neler olduğu konusu, sağlık kültürü incelenmeli, bilimsel olan ile olmayanın ayırımı bilimsel verilere dayanılarak yapılmalıdır.

ŞİDDET SUÇLARININ KLİMATİK ÇEVRE İLE BAĞINTISI

Meral ÖRKÜN (1) , Prof. Dr. Hilmi SABUNCU (2)

(1) İ.Ü. İst. Tıp Fak.Halk Sağlığı A.D.,Çevre Sağlığı Bilim Dalı
(2) İ.Ü. İst. Tıp Fak. Halk Sağlığı A.D.

ÖZET

Bu çalışmada, 3 yıllık bir dönemde İstanbul'da meydana gelen çeşitli suç olayları kullanılarak, insandaki saldırgan şiddetin klimatik unsurlarla ilişkisi incelenmiştir. Olaylar ile bunlara katılan suçlu sayısının zamansal dağılım karakteristikleri ay,mevsim ve yıl bazında ayrı ayrı değerlendirilmiş; klimatik değişimlerle olaylar arasındaki zamansal uyumluluk iki ve çok değişkenli istatistiksel teknikler kullanılarak belirlenmeye çalışılmıştır.

Analizler sonucunda,saldırgan şiddet olayları ile klimatik parametreler arasında eş-zamanlı, uyumlu ve anlamlı lineer bağımlılıklar saptanmıştır. Olaylar, daha sıcak ay,mevsim ve yıllara geçilirken genelde belirli bir artış eğilimi sergilemişler; ancak ayrıntıda, sıcaklıklardaki zamansal değişimin suçun tipi ve şiddet düzeyi üzerinde seçici bir etkiyle yönlendirici olduğu da görülmüştür.

GİRİŞ

Atmosfer, yeryüzündeki her canlı gibi insanı da kuşatan, çok çeşitli tipte uyaranın devamlı olarak organizmaya ulaştırıldığı, en önemli ve belki de, taşıdığı veya aracılık ettiği potansiyel güce karşı konulamayan, hükmedilemeyen en kaçınılmaz çevredir. Bu ortam içersindeki sürekli dinamizm ve değişkenliğin yada buna katılan pekçok unsur ve olayın, çoğu zaman farketmesek bile, gıda alımından giyim tarzına, biyolojik ritmlerden ruhsal durumumuza kadar yaşam boyu fizyolojik, psikolojik, hatta sosyal davranışlarımızı etkilediği bir gerçektir. Konuya değişik açılardan yaklaşan çok sayıda araştırma bulgusu, atmosferik ortamla canlı organizma arasındaki bu çok yönlü bağıntının varlığını destekler. Esasen, *canlı varlıklarla doğal ortamları arasında nedensel ve fonksiyonel bir bağ olduğu; canlı organizmanın ortamdan etkilendiği ve ona uyum sağladığı* görüşü de, herne kadar bugünkü çağdaş ekolojinin özünü oluştursa da, yeni değildir ve günümüzden 3-4 bin yıl öncesine, eski Çin Tıp Felsefesine kadar uzanır (8,9,10,13). Gerçekten de; biyosfer, kendini korumak ve yeryüzündeki yaşamın devamlılığını sağlamak için bir dengeleme fonksiyonuna (madde-enerji döngüsü,besin zinciri) sahiptir ve evrendeki bu yegane yaşam alanında barınan her canlının,normal biyolojik fonksiyonlarını yerine getirebilmesi ve yaşamını sürdürebilmesi, ortama uyum sağlayabildiği ölçüde ve sürede mümkün olur. Biyolojik ritmler, feedback prosesler, regülasyon mekanizmaları,aslında tümüyle, vücutta bir iç-dengenin oluşturulması, yaşamın korunması ve devam ettirilmesi amacına, kısacası adaptif bir sürece hizmet ederler. O nedenle,ortamla ilişkilerin belirlenmesi, analizi ve mekanizmalarının aydınlatılması önemlidir ; biyolojik sistemlerin anlaşılmasında akılcı ve materyalistik bir temel sağlar ; bilinmeyenlerle ilgili daha güvenilir sonuçlara ulaşılmasında yol göstericilik işlevi ile bilme katkıda bulunur. Bu kuşkusuz, sağlık için sarfedilecek çabaları da daha anlamlı ve değerli kılacaktır.

Bir canlı-ortam ilişkisinin bu tarz bir yaklaşım çerçevesinde, bazı ekolojik-fizyolojik temel ilkelere dayanılarak gözden geçirilmesi ; klimatik çevre ile saldırganlık ve şiddet arasında da - nedensel - bir bağ olabileceği varsayımını akla getirir. Böyle bir varsayımı incelemenin ön-aşaması niteliğindeki bu çalışmada, saldırganlık davranışının ne ölçüde klimatik bir bağıntı içerdiği, ampirik de olsa belirlenmeye çalışılmış; epidemiyolojik açıdan olası bir çevresel risk faktörü ile ilişkinin, davranış psikopatolojisinde yer ve zamanla ilgili bir ayrıntının ortaya çıkarılması amaçlanmıştır.

VERİ TABANI - YÖNTEM

Şiddet suçları ile ilgili data; İstanbul nüfusunun önemli bir bölümünün sorunlarının yansıdığı iki büyük adliyenin (Sultanahmet ve Bakırköy Adliyeleri) *Ağır Ceza Mahkemelerine* 1989-1991 döneminde intikal eden çok çeşitli suç olayı arasından, olayın gelişme ve sonuçlanma şekline göre belli düzeyde şiddet unsuru içeren vakalar seçilmek suretile oluşturulmuştur. *Bir şahsa yada eşyaya zarar verme, güç ve zor kullanımı, özellikle olay gününde - önceden tasarlamaksızın - impulsif nitelikte, dengesiz ve kontrolsüz fiili bir atılganlık yada saldırganlık* vaka seçimindeki esas kriterler olarak dikkate alınmış ; görev sırasında kendini savunma nedenile yada eski bir ihtilaf nedenile taammüden işlenen suçlarla, mağdurun istek ve rızası doğrultusunda olduğu anlaşılan ırza tecavüz ve kız kaçırma girişimleri, terörist eylemler kapsam dışı bırakılmıştır. Seçilen vakalar, olayın sonuçlandığı şiddet düzeyine göre, *Adam Öldürme, Yaralama, Seksüel Saldırı, Kişi Hürriyetini Kısıtlama, Güvenliği İhlal-Huzuru Bozma, Mülk ve Eşyaya Zarar Verme* başlıkları altında 6 suç kategorisinde toplanmış; aynı anda birden fazla sayıda suç içeren olaylar, tekrarlı gösterimlerden kaçınmak için, olaydaki en önemli sonuca dayanılarak ilgili, tek bir kategori içine alınmıştır.

Bu çalışmada kullanılan klimatik veriler ise; İstanbul Florya Meteoroloji İstasyonu'nun aynı döneme ait günlük rasat kayıtlarından derlenmiştir ve *Sıcaklık, Basınç, Nisbi Nem, Bulutluluk, Güneşlenme Süresi, Güneş Işın Şiddeti, Rüzgar Hızı, Açık-Kapalı ve Bulutlu Gün Sayıları* olmak üzere 10 ayrı meteorolojik parametreyi içermektedir.

Bu veri tabanı üzerinde klimatik ortalamalardaki salınım ve anomalilerin analizini de içeren bir veri-hazırlık aşamasından sonra, *1989-1991 dönemi içersinde meteorolojik parametrelerin aylık ve mevsimlik seyrinin, saldırgan şiddet olaylarını veya bu olaylara katılan suçlu sayısını etkileyerek değiştirebileceği, diğer bir deyişle unsurlar arasında lineer bir ilişkinin olduğu* varsayılmış; bunu doğrulamak ve *olayların zaman ortamındaki değişimini hangi meteorolojik değişken kombinasyonunun ne ölçüde açıklayabildiği ve bu kombinasyona katılan değişkenlerin - ortak etkilerle açıklanan bir varyans oranındaki relatif katkılarına göre -önem derecelerinin ne olduğu* gibi sorulara cevap aramak için, SPSS-*Pearson Correlation* ve *Multiple Regression* paketlerinden yararlanılarak,iki ve çok değişkenli korelasyon ve regresyon yöntemleri uygulanmıştır. Bu araştırmanın oldukça geniş yer tutan sonuçlarının burada ayrı ayrı aktarılması olanağı bulunmadığından, aşağıda sadece önemli bazı kesitlerin ve bulguların bir sentez içersindeki değerlendirme ve yorumlarının verilmesine çalışılacaktır.

BULGULAR

İstanbul'da iki adliyenin kayıtlarına dayanan bu çalışmada, 1989-1991 arasındaki 3 yıllık dönemde belli kriterlere uyan toplam 1233 saldırgan şiddet suçu vakası saptanmıştır.Olaylarda *fiilen, teşvik veya yardım* suretile suça katılan toplam kişi sayısı 2099'dur. Bunun % 96'sını erkekler, % 4'ünü kadınlar oluşturur. Vakaların önemli bölümünde (% 96.5) şiddet fiili doğrudan bir şahsı hedef almıştır. Bununla birlikte, doğrudan bir şahsa yönetilmeyen saldırgan eylemlerin sayısal azlığında, *eksik bildirimlerin fazlalığı* da gözönünde bulundurulmalıdır.

3 yıldaki total vaka / suçlu sayısı bakımından en yüksek değerler yazın (353 vaka,640 suçlu) ve temmuz ayında (123 vaka,223 suçlu) ; en düşük değerler ise kış mevsiminde (280 vaka,475 suçlu) , Kasım-Aralık'ta (77-79 vaka,123 suçlu) ortaya çıkmıştır. Farklı suç kategorilerinin dikkate alınması; adam öldürme, yaralama, seksüel saldırı ve kişi hürriyetini kısıtlama türündeki şiddet eylemlerinin genellikle sıcak yaz aylarında, sadece mülk ve eşyaya zarar verme yada güvenliği ihlal ve huzuru bozma düzeyinde kalan saldırgan davranışlarınsa, yılın soğuk ve serin aylarında artış gösterme eğiliminde olduklarını gösterir. Doğrudan doğruya aylık-mevsimlik dağılım tabloları ve grafikler üzerinden yapılan bu gözlemleri daha sonraki ilişki analizleri de desteklemiştir.

1989-1991 dönemi 45 yıllık bir zaman dilimi içersindeki genel klimatik özellikleri açısından gözden geçirilirse, oldukça sıcak bir devredir. Bu dönemde yüksek sıcaklıklara yüksek bir nemlilik düzeyi ve düşük rüzgar hızı eşlik etmiştir ve açık gün sayısı fazladır. 1991'den geriye doğru son 12 yıl (1980-1991) içersindeki bir durum değerlendirmesi de; meteorolojik parametrelerin yıllık ortalamalarındaki en büyük sapmaların genellikle 1989, 1990 ve 1991 yıllarında ortaya çıktığını gösterir. Bu 3 yılda, yıllık sıcaklıklar tümüyle normallerinin üzerinde seyretmekle birlikte, 1989' a kıyasla 1.2 C^{O} 'lik önemli bir artışla son 12 yılın en büyük pozitif anomalisi (2.2 C^{O}) 1990 yılında yaşanmış, 1990'dan 1991'e geçişte bu sıcaklık artışı yerini - normalinin altına inmese de - 1.0 C^{O} 'lik bir düşüşe bırakmıştır. Bu sırada, yıllık total suç olaylarının da, 1990 sıcaklık ekstreminde bir maksimuma (451 vaka,757 suçlu) ulaşmış ve daha sonraki 1991 sıcaklık düşüşünü de izleyerek azalmış olması ilginçtir.

İki ve çok değişkenli analizlerin sonuçları da; olayların gerek vaka, gerekse suçlu sayıları olarak, 3 yıl içersinde gösterdikleri aylık ve mevsimlik değişimlerin meteorolojik unsurlardaki değişimlere lineer bağımlılıkları olduğu varsayımını doğrulamıştır. Bu bağımlılık, özellikle total suçta, seksüel saldırılarda, güvenliği ihlal ve adam öldürme suçlarında diğer suç türlerine; mevsimsel dağılımlarda da aylık dağılımlara oranla daha kuvvetli bir şekilde kendini gösterir. Aylık-mevsimlik Pearson korelasyonları (r), güvenliği ihlal-huzuru bozma ile mülk ve eşyaya zarar verme suçlarında klimatik değişimlerle ters orantılı ve anlamlı ilişkilere işaret ederken, diğer suçlarda doğru orantılı ve anlamlı eş-zamanlı değişim ilişkileri vermiştir. Sadece total suç, adam öldürme, seksüel saldırı ve güvenliği ihlal suçlarında istatistiksel bakımdan anlamlı sonuçlar üretebilen çoklu (veya katlı) regresyon analizleri ise; sözkonusu şiddet olaylarının 1989-1991 dönemi içersindeki zamansal (aylık) dağılımının, analizlerde dikkate alınan meteorolojik parametrelerin hemen tümü tarafından etkilenebildiğini gösterir. Regresyon eşitliklerine -seçilerek - katılan meteorolojik değişkenlerin ortak etkisi, aylık dağılımdaki varyansın, suçlu ve vaka sayılarına göre değişen oranlarda, % 29-66' sını açıklayabilecek güçtedir (R^2). Bu ortak etkiye relatif katkısı en fazla olan değişkenler açık ve kapalı gün sayıları, güneşlenme süresi ve ortalama bulutluluk; en az olan değişkenlerse nisbi nem ve rüzgar hızı olarak bulunmuştur.Bütünsel F testi sonuçlarının 0.05 ve 0.005 düzeyindeki istatistiksel anlamlılığı, *populasyona ait bir yada daha fazla regresyon katsayısının da sıfırdan farklı olacağının* göstergesidirki; bu bir diğer anlamda, sonuçların rastlantısal olmadıklarının yada bir örneklem hatasından kaynaklanmadıklarının da ifadesidir.

SONUÇ - TARTIŞMA

Değişik düzeylerde şiddet içeren kriminal olayları yada kişisel testlere dayalı değerlendirmeleri bir agresyon ölçüsü olarak kullanan, farklı yer ve zamanlarda yapılmış çeşitli araştırmalarda; saldırganlık ve suç üzerindeki etkilerden hava kirliliği, kötü koku pollüsyonu, havadaki iyonlar, tatiller ve haftanın belirli günleri gibi çeşitli ara değişkenler de sorumlu bulunmakla birlikte; şiddete dayalı suçlarda yüksek sıcaklıkların primer rol oynadığı fikri genellikle kabul görür (1,2,3,4,7,11,14). Agresyonda bir meteorolojik değişken kombinasyonunun etkisinden sözetmek daha doğru sayılırsa da; meteorolojik olayların ve iklimin gerçekte yeryüzündeki inhomojen sıcaklık dağılımının bir fonksiyonu olduğu göz önüne alındığında, bir *sıcaklık / agresyon-şiddet* bağıntısının daha fazla incelenmiş, vurgulanmış olmasını da anlayışla karşılamak gerekir. O nedenle elde ettiğimiz sonuçların da, bir genel klimatik değerlendirme içersinde bu kabulü desteklediklerini ifade etmek yanlış olmayacaktır.

Araştırmamız sıcak ay, mevsim ve yıllarda, soğuk yada serin olanlara kıyasla daha fazla saldırgan şiddet suçu meydana geldiğini göstermiş; değişik suç kategorilerinin karşılaştırılması ve analizi ise, *başta seksüel saldırılar olmak üzere cinayet, yaralama ve kişi hürriyetini kısıtlama şeklindeki, doğrudan bir şahsı hedef alan ve bu nedenle daha ciddi olarak nitelenebilecek saldırgan şiddetin ortaya çıkış ve artışı için sıcak periyodların serin veya soğuk olanlardan daha fazla risk taşıdıkları* yorumunun yapılabilmesine izin verirken; doğrudan bir başka kişiye yöneltilmeyen saldırgan eylemlerin de, soğuk dönemlerde artma eğiliminde olduklarını ortaya çıkarmıştır. Bu yönüyle bulgularımız; 19.y.y. Avrupa'sında, sıcaklığın bölgesel ve mevsimsel dağılımındaki farklılıkların şiddet eylemleri ile suçun tipi ve frekansını yönlendirip değiştirdiğini ileri sürerek büyük çapta kabul gören, ancak klimatik koşullardaki mevsimsel veya bölgesel farklılıkların kişileri doğrudan mı, yoksa dolaylı olarak mı etkilediği konusunda ayrılığa düşülerek tartışmalara yolaçan bir *termik suç yasasının* formulasyonuna da uyar (11,13,16).

Agresyonda hava etkilerine, sıklıkla da sıcaklığa atfedilen mevsimsel farklılıklar; genellikle iş ve tatil programları, giyim tarzı gibi değişkenleri de içine alan *kişilerarası sosyal temas şekli ve frekansındaki değişikliklere* dayandırılmıştır (1,2,3,14). Tatil ve hafta sonları ile haftanın ilk gününde, ailevi huzursuzluk ve saldırıların diğer zamanlara oranla daha fazla olduğunu gösteren bazı araştırmalar, sosyal temas modeli saldırgan şiddetteki mevsimsel farklılıklara iyi bir açıklama getirebilirler.Ancak, soğuk günlere oranla sıcak günlerde neden daha fazla olay olduğunu açıklamaları zordur (13,14). Soğuk dönemlerde kişilerin diğer insanlarla sosyal temasının azaldığı, bu nedenle dışarıda daha az tehlikeye atıldıkları görüşü, aynı zamanda *sıcak dönemlerde yoğunluk kazanan şiddet olaylarının daha çok*

yabancılar arasında ortaya çıktığı beklentisine sahiptir; ki bu, şiddet olaylarının yabancılar arasında olduğundan çok daha yoğun şekilde tanıdıklar ve aile bireyleri arasında meydana geldiğini gösteren verilerle (5,6,13,15) çelişir.

Diğer taraftan, kışın ve soğuk günlerde kişilerin soğuk bir ortamda bulunmak ve daha uzun süre biraraya gelmek zorunda kalmaları gerçeği dikkate alınırsa; kişilerarası temas ve etkileşimlerin sıcak periyodlar yerine soğuk dönemlerde daha fazla olması gerektiğini varsaymak daha mantıklı görünür. Bu durumda, aile-içi ve tanıdıklar arasında meydana gelen şiddetin de, kışın ve soğuk günler esnasında daha frekant ve belki de, daha ciddi düzeyde olması beklenir. Oysa bulgular, böyle bir beklentiyi de doğrulamamaktadır.

Olaylarda sosyal ve psikolojik faktörlerin etkileri, kuşkusuz inkar edilemez; fakat saldırganlığın klimatik bir etki içerdiği de açıktır. Bütün bu yukarıda ifade edilenler, *düşük sıcaklığa karşın yüksek sıcaklığın provoke edici bir stimulus olarak saldırgan tepkileri şiddetlendirebileceği ve olaylarla klimatik koşullar arasında uzamsal ve zamansal boyutta gözlenen lineer bağıntıların direkt-nedensel bir ilişki olabileceği* kanısını kuvvetlendirirler. Bununla birlikte,bu tür (direkt) bağıntıların gerçek anlamda saptanmasının, açıklanabilmesinin güçlüğü de ortadadır. Atmosfer ve organizmanın yapı ve işlevleri bakımından son derece karmaşık ve dinamik birer sistem olmaları; herşeyden önce, bu iki uçtaki hangi etken ve süreçler serisinin biraraya gelerek ne şekilde bir etkileşim içinde bulunduğunun yada organizma üzerinde hangi yollarla ne tür bir kümülatif duyarlılık oluşturduğunun kavranabilmesini güçleştirir. Sonuç olarak, bu araştırmanın sağladığı veriler de, gerçekte sadece bir zaman uygunluğuna işaret eden korelatif verilerdir ve nedenselliği göstermezler. Ancak, davranış psikopatolojisinin agresyon ve şiddete basamak oluşturan çeşitli şekilleri (depresyon, şizofreni,epilepsi vb. gibi) ile hava ve iklim ilişkilerini irdeleyen değişik araştırmaların sonuçları ve mevcut bilgiler, bu korelatif verilerin değerlendirilmesinde birer test aracı gibi kullanılabilirler. Böyle bir yaklaşım; aynı zamanda bir halk sağlığı sorunu olan saldırgan şiddetin belli yer ve zamanlarda ortaya çıkış ve artışının açıklanabilmesi için daha iyi modellerin geliştirilmesine de katkıda bulunacaktır.

Daha geniş bir literatür bilgisine başvurularak, bu araştırmanın sonuçlarının benzer klimatik bağıntıların intiharlarda da gözlendiği daha önceki bir çalışmamızın sonuçları ile birleştirilmesi; *klimatik çevrenin, atmosferik değişimlere duyarlı, sezinleyici adaptif unsurlar içeren ve belki, her iki tip saldırganlıkta da aynı ara değişken yada değişkenleri (örneğin nörotransmitterler gibi) kullanarak saldırganlığı yönlendiren organizmadaki biyofonksiyonel bir mekanizma üzerinde etkisini kullanabildiği ve hatta, bu mekanizmanın bir şekilde vücuttaki termoregülasyonla da bağıntılı olabileceği* gibi bir olasılığı düşündürür (12,13). Böyle bir varsayımın sınanması, kuşkusuz daha fazla araştırma gerektirir. Herşeyden önce saldırganlığın vücuttaki, özellikle beyindeki biyokimyasal-fizyolojik mekanizmasının anlaşılmasına ihtiyaç vardır. Şimdiye kadar bu alanda sürdürülen yoğun çaba, henüz sadece bazı -fakat önemli sayılabilecek- ipuçlarını sağlayabilmiştir.

KAYNAKLAR

1) Anderson,C.A. et al. : Ambient Temperature and Violent Crime:Test Of The Linear and Curvilinear Hypotheses. Journ.Person.Soc.Psychology, Vol.46, No 1, 1984

2) Anderson,C.A. : Temperature and Agression: Effects on Quarterly, Yearly and City Rates of Violent and Nonviolent Crime. Journ.Person.Soc.Psychology,Vol.52, No 6, 1987

3) Baron,R.A. et al. : Negative Ions and Behavior: Impact on Mood, Memory and Agression Among Type A and Type B Persons. Journ.Person.Soc.Psychology, Vol.48, No 3, 1985.

4) Baron,R.A. : Agression. Comprehensive Textbook of Psychiatry, Vol.1, IV. Ed., 1985.

5) Check,W.A. : "Public Health Problem" of Violence Receives Epidemiologic Attention. JAMA Aug.16,Vol.254, No 7,1985.

6) Check,W.A. : Homicide, Suicide, Other Violence Gain Increasing Medical Attention. JAMA Aug.9, Vol 254, No 6, 1985.

7) Çölaşan, E.Ü. : Meteorolojik Faktörlerin Cinayet ve Yaralama Olaylarına Etkileri. T.C.Tarım Bak.Devl. Meteor. İşl. Gn. Md. Yay. (Teksir), Ankara,1967.

8) Erinç,S.: Ekoloji ve İklim. Tıbbi Biyometeoroloji Semineri,22-23 Eylül1983, Başb. Devl. Meteor. İşl. Gn. Md. Yay., 1983.

9) Erinç,S. : Ekolojide Değişik Yaklaşımlar. İ.Ü. Deniz Bil. ve Coğr. Ens. Bülteni, C.1, S.1, 1984.

10) Erinç, S. : Ortam Ekolojisi ve Degradasyonel Ekosistem Değişiklikleri, İ.Ü. Deniz Bil. ve Coğr. Ens. Yay., No 1, İstanbul,1984.

11) Michael, R.P. et al. Annual Rhythms in Human Violence and Sexual Agression In The United States and The Role of Temperature. Soc.Biol., 30 (3), 1983.

12) Örkün,M.-Güray,Ö. : İntihar Girişimlerini Tetikleyici Çevresel Bir Faktör : Hava Olayları. Hacettepe Üniv. 1992-II.Halk Sağlığı Kongresi Bildirisi (yayınlanmamış).

13) Örkün, M. : İnsanda Dışa Dönük Saldırganlık Davranışının Meteorolojik Parametrelerle İlişkisi Y.Lisans Tezi,İ.Ü.Sağlık Bil.Ens., İstanbul,1993.

14) Rotton,J.et al. : Air Pollution, Weather and Violent Crimes: Concomitant Time-Series Analysis of Archival Data. Journ.Person.Soc.Psychology, Vol.49, No 5, 1985.

15) Silver,B.J. et al. : The 1990 Objectives for the Nation for Control of Stress and Violent Behavior: Progress Report. Public Health Reports, Jul.-Aug.,99(4), 1984.

16) Yavuzer,H. : Psikososyal Açıdan Çocuk Suçluluğu. Doçentlik Tezi, İ.Ü. Edebiyat Fak.Yay., No 2798, İstanbul, 1981.

ULAŞ EĞİTİM ARAŞTIRMA BÖLGESİNDE AKRABA EVLİLİĞİ DURUMU VE AKRABA EVLİLİĞİNİ ÖNLEMEDE EĞİTİMİN ROLÜ *

Prof. Dr. Servet ÖZGÜR **, Prof. Dr. Ferit KOÇOĞLU **, Doç. Dr. Hüseyin POLAT **,
Doç. Dr. Gülay KOÇOĞLU **, Öğr. Gör. Dr. Haldun SÜMER **, Dr. Serkis KILIÇARSLAN **

* DPT tarafından desteklenmiştir
** C. Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Sivas

ÖZET

Bu araştırmada Ulaş Eğitim Araştırma Sağlık Bölgesi' ndeki 55 köy ve 1 ilçe merkezindeki 4570 ailenin akraba evliliği durumları ve akraba evliğinin çocuk sağlığı üzerindeki etkileri incelenmiştir. Bu arada 30 köy deney, 25 köy de kontrol grubu olarak ayrılarak, deney grubundaki köylerde evlenecek yaşta çocuğu olan ailelere "akraba evliliğinin sakıncaları" konusunda iki yıl süreyle eğitim yapılmıştır.

Sonuçta bölgede akraba evliliği yapma orantısının (% 24,5) ve akrabalık katsayısının yüksek olduğu, özellikle 1. derece akraba evliliğinden doğan çocuklarda ölü doğum, sakat doğum, erken neonatal ölüm ve bebek ölüm hızlarının yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan eğitim, 1. derece akraba evliliğinde düşme sağlamıştır. Bu bulgu deney grubunda akrabalık katsayısının önemli ölçüde düşük olmasıyla da desteklenmiştir. Ancak, toplam akraba evliliği yapma orantısı üzerinden eğitimin önemli etkisi olmadığı belirlenmiştir.

Eğitim süresinin uzatılmasının sonuçların daha belirgin ortaya çıkmasını sağlayacağı kanaatine varılmıştır.

GİRİŞ

Genetik Bilimi' nde son yıllarda gerçekleştirilen olağanüstü ilerlemelere rağmen, kalıtsal hastalıkların tedavileri konusunda etkin yollar yerine tıbbi ve sosyal rehabilitasyon hizmeti verilebilmektedir. Bu nedenle kongenital hastalıklardan korunmanın gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

Temelinde kültürel bir sorun olan akraba evliliğinin, çoğu gelişmiş ülkede çok az görülmesi nedeniyle kongenital malformasyonluların ve ölü doğanların yüzde kaçının akraba evliliği nedeniyle olduğu konusunda yeterli veriye rastlanmamıştır. Akraba evliliği sıklığı Kuzey ve Batı Avrupa' da %1, dünyanın geri kalan bölümlerinde ise %20-50 arasındadır (4-7).

Türkiye' de akraba evliliklerinden doğan çocuklarda doğuştan sakatlıkların görülme orantısı % 4-8 dir ve normal popülasyondaki sıklığın yaklaşık iki katıdır (8).

Akraba evliliği üzerinde etkili en önemli etkenlerden biri eğitim düzeyidir. Yapılan bazı araştırmalarda eğitim düzeyinin yükselmesiyle akraba evliliği yapanların orantısının oldukça düştüğü gösterilmiştir (4-5). Diğer yandan İzmir Bornova İlçesi Naldöken Sağlık Ocağı bölgesinde yapılan bir araştırmada kadınların okur yazar olup olmamasının akraba evliliği yapma davranışını etkilemediği saptanmıştır (9). Eğitim düzeyi ile akraba evliliği arasında ilişki olduğu yönündeki bulgular kalıtsal hastalıkları önlemede eğitimin önemli bir yeri olabileceğini düşündürmektedir.

AMAÇ

Bu araştırmanın amacı, nüfus hareketlerinin daha az olması, nüfusun daha iyi tesbit edilmiş olması, genel sağlık hizmetleri açısından kayıtların daha güvenli olması nedenleriyle seçilen, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi' nin Eğitim ve Araştırma Bölgesi olan Ulaş, Koyuncu, Hanlı, Kayadibi Sağlık Ocakları ve bunlara bağlı köylerde:

a - Akraba evliliklerinin orantılarını bulmak ve yıllar itibariyle seyrini tesbit etmek,
b - Akraba evliliğini önlemede eğitimin rolü olup olmadığını belirlemek,
c - Akraba evliliklerinin çocuk sağlığı üzerindeki etkilerini incelemektir.

GEREÇ VE YÖNTEM

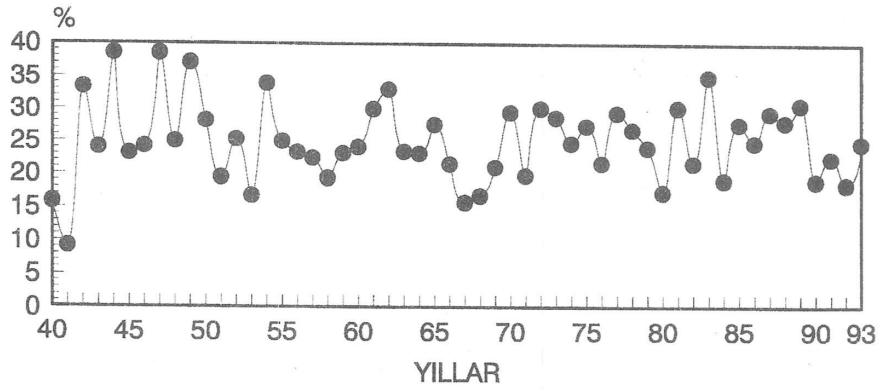
Ulaş Eğitim ve Araştırma Bölgesi, Sivas il merkezinin güneyinde yer almaktadır. Ulaş, Koyuncu, Hanlı ve Kayadibi Sağlık Ocakları ile bu ocaklara bağlı 12 sağlık evinin bulunduğu bölgede bir ilçe ve 55 köy yer almaktadır. Ek 1' de bölge haritası görülmektedir. Bölgenin yüzölçümü yaklaşık 1350 km^2, 1990 yılı nüfusu ise 27858 dir.

Akraba evliliğinin saptanması ve hedef nüfusa yapılacak eğitimle akraba evliliği orantısının düşürülmesini hedefleyen bu müdahale araştırması, 22.10.1990 - 31.12.1993 tarihleri arasında, Ulaş Eğitim Araştırma ve Uygulama Sağlık Grup Başkanlığına bağlı köylerde gerçekleştirilmiştir.

Önceden hazırlanmış aile yapısının, evlenme tipinin, aile bilgilerinin ve eşiyle olan akrabalığının sorulduğu bir anket formu bölgedeki 55 köy ve 4 mahallesi olan 1 ilçedeki 4570 aileye uygulanmıştır. Bu köylerden 30 tanesi eğitim, 25 tanesi de kontrol grubu olarak seçilmiştir. Eğitim grubunda bulunan köylere önceden hazırlanmış metin ile birlikte broşür, asetatla hazırlanan tablo ve şekiller, kongenital defektli olguları gösteren saydamlar ve gerekli ekipmanla akraba evliliklerinin sakıncaları ve kalıtsal hastalıklar konusunda eğitim verilmiştir. Eğitim ilk yıl 3 kez, sonraki yıl bir kez ve 15 yaş ve üzerinde evlenmemiş çocuğu olan aileleri kapsayacak biçimde yapılmıştır. Ancak araştırmaya başlandığında sadece sözlü ya da nişanlı çocukları olan aileler hedef nüfusa dahil edilmemiştir. Eğitim sonrası iki yıllık sürede bütün bölgede son iki yılda evlenenlerin akrabalık durumunu araştıran bir anket uygulayarak veri toplama işlemi bitirilmiştir. Her iki anketle toplanan akraba evliliği verilerinden eğitimin akraba evliliğine etkisi olup olmadığını belirlemek için önceki yıllara ait akraba evliliği durumu ile kontrol grubundaki akraba evliliği durumları, eğitimin uygulandığı son iki yıldaki akraba evliliği durumuyla kikare testi uygulanarak karşılaştırılmıştır. İlçe merkezi çok farklı sosyo-kültürel özelliklere sahip olduğundan eğitimin etkisi incelenirken değerlendirme dışı bırakılmış, çocuk sağlığı ile ilgili değerlendirmeye dahil edilmiştir.

BULGULAR

Araştırma boyunca 4570 ailenin verileri toplanmıştır. Şekil 1' de yıllara göre bölgedeki akraba evliliği orantıları verilmiştir. Yaklaşık onar yıllık periyotlarla bu orantılarda iniş-çıkışlar olduğu dikkati çekmiştir.



Şekil 1. Ulaş Eğitim Araştırma Bölgesi' nde Yıllara Göre Akraba Evliliği Orantıları.

Eğitime başlama ve sonuçlarının incelenmesi arasında iki yıllık süre olduğundan değerlendirme yapılırken araştırma öncesi yıllar birarada, eğitim öncesi iki yıl birarada (eğitim öncesi) ve eğitim yapılan iki yıl birarada (eğitim sonrası) incelenmiştir. Yapılan incelemede araştırma öncesi akraba evliliği orantısı %25,0, eğitim öncesi iki yılda % 21,4, eğitim yapılan iki yılda ise % 22,0 olarak saptanmıştır. Ancak deney ve kontrol grupları arasında akraba evliliği yapma orantıları önemli bir farklılık göstermemiştir. Aynı zamanda yıllara göre yapılan karşılaştırmada da önemli bir farklılık saptanamamıştır (Tablo 1).

Son iki yılda deney ve kontrol grupları arasındaki farklılığı daha doğru değerlendirebilmek için deney grubunda yer alıp da araştırma başında nişanlı ve sözlü olanlar değerlendirme dışı bırakıldığında ve akraba evliliği derecesinin de önemli olabileceği dikkate alınarak yapılan değerlendirmede, hem deney hem kontrol grubunda eğitim öncesi ve sonrası dönemde akraba evliliği orantılarında önemli bir fark oluşmamıştır. Ancak eğitim sonrası dönemde kontrol grubundakilerden 1. derece akraba evliliği yapanların orantısı deney grubundakilerden önemli ölçüde yüksek bulunmuştur (Tablo 2, $p < 0,05$).

Akraba evliliği yapma orantısının eğitim düzeyinden etkilenebileceği düşünülerek yapılan analizde deney ve kontrol grupları arasında gerek erkeğin eğitim düzeyi, gerekse kadının eğitim düzeyi açısından fark olmadığı belirlenmiştir (Tablo 3). Deney ve kontrol gruplarında her iki cinste eğitim düzeyleri sabit tutulduğunda eğitim öncesi ve sonrası akraba evliliği durumlarının da önemli bir farklılık göstermediği saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 1: Deney ve Kontrol Grubunda Yıllara Göre Akraba Evliliği Durumu

Yıllar	Grubu	Akraba Evliliği				Toplam		Test
		Yapan		Yapmayan				
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sonucu
18 - 89	Deney	483	25,7	1394	74,3	1877	100,0	x^2=1,312
	Kontrol	384	24,0	1213	76,0	1597	100,0	p>0.05
	Toplam	867	25,0	2607	75,0	3474	100,0	
90 -91 Eğitim Öncesi	Deney	37	20,4	144	79,6	181	100,0	x^2=0,208
	Kontrol	32	22,5	110	77,5	142	100,0	p>0.05
	Toplam	69	21,4	254	78,6	323	100,0	
92 - 93 Eğitim Sonrası	Deney	36	20,2	142	79,8	178	100,0	x^2=0,899
	Kontrol	39	24,5	120	75,5	159	100,0	p>0.05
	Toplam	75	22,3	262	77,7	337	100,0	
Toplam	Deney	556	24,9	1680	75,1	2236	100,0	x^2=0,443
	Kontrol	455	24,0	1443	76,0	1898	100,0	p>0.05
	Toplam	1011	24,5	3123	75,5	4134	100,0	
Yıllara Göre Test Sonucu	Deney	x^2=4,837		SD= 2		p>0,05		
	Kontrol	x^2=0,193		SD= 2		p>0,05		

Tablo 2. Deney ve Kontrol Gruplarında Eğitim Öncesi ve Sonrası Akraba Evliliği Yapma Durumu (% dağılımı).

	Eğitim Öncesi %	Eğitim Sonrası %	Test Sonucu 1990 - 1991 / 1992 - 1993
DENEY			
1. Derece akrabalık	14,1	12,0 *	
Diğer Akrabalık	6,1	8,4	$x^2 = 0,972$
Akrabalık yok	79,5	76,6	$p = 0,615$
Toplam (n)	181	142	
KONTROL			
1. Derece akrabalık	15,5	21,4 *	
Diğer Akrabalık	7,0	3,1	$x^2 = 3,725$
Akrabalık yok	77,5	75,5	$p = 0,155$
Toplam (n)	142	159	
Test Sonucu (Deney / Kontrol)	$x^2 = 0,226$ $p = 0,893$	$x^2 = 0,7824$ $p = 0,020$	

* Fark yaratan grup.

Tablo 3. Deney ve Kontrol Gruplarında Eğitim Sonrası Akraba Evliliği Yapan Kadın ve Erkeklerin Eğitim Durumları.

	Deney		Kontrol		Toplam	Test Sonucu
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	
Kadının Eğitimi						
OYD	4	11,1	1	2,6	5	
OY	2	5,6	2	5,1	4	
İLK	27	75,0	34	87,2	61	Fisher $p = 0,201$
ORTA +	3	8,3	2	5,1	5	
TOPLAM	36	100,0	39	100,0	75	
Erkeğin Eğitimi						
İLK	26	72,2	27	69,2	53	$x^2 = 0,01$, $p=0,976$
ORTA +	10	27,8	12	30,8	22	
TOPLAM	36	100,0	39	100,0	75	

Akrabalık derecesine göre hesaplanan akrabalık katsayısı deney grubunda 0,0981, kontrol grubunda ise 0,1162 olarak bulunmuştur. Aradaki fark önemlidir ($p = 0,010$), yani kontrol grubunda yakın akraba evlilikleri daha yaygındır.

Tablo 4. Deney ve Kontrol Gruplarında Erkek ve Kadının Eğitim Düzeylerine Göre Eğitim Öncesi ve Sonrası Akraba Evliliği Yapma Durumları.

		Eğitim Öncesi Akraba Evliliği			Eğitim Sonrası Akraba Evliliği			Test Sonuçları
		Var	Yok	Toplam	Var	Yok	Toplam	
Erkeğin Eğitimi								
OYD+OY	Deney	-	4	4	-	7	7	
	Kontrol	1	4	5	-	3	3	Fisher $p=0,625$
İlkokul	Deney	33	111	144	26	106	132	$x^2 =0,25$, $p=0,614$
	Kontrol	25	85	110	27	95	122	$x^2 =0,01$, $p=0,961$
Ortaokul+	Deney	4	29	33	10	27	37	$x^2 =1,58$, $p=0,209$
	Kontrol	6	21	27	12	24	36	$x^2 =0,47$, $p=0,494$
Kadının Eğitimi								
OYD+OY	Deney	5	25	30	6	18	24	Fisher $p=0,337$
	Kontrol	5	30	35	3	13	16	Fisher $p=0,488$
İlkokul	Deney	32	119	151	30	122	152	$x^2 =0,03$, $p=0,864$
	Kontrol	27	80	107	36	109	145	$x^2 =0,01$, $p=0,941$

Bu verilerden bölgede akraba evliliği yapma oranısının hala yüksek düzeylerde seyrettiği ortaya çıkmıştır. Bu durumda akraba evliliğinin çocuk sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerini göstermek gereği doğmuştur. Yapılan incelemede ebeveynleri 1. derecede akraba olanlarda ölü doğum, sakat doğum, erken neonatal ölüm ve bebek ölüm hızları önemli ölçüde yüksek bulunmuştur (Tablo 5, $p < 0,0001$-$0,01$, ilçe merkezi dahil edilmiştir).