



Kadıköy'de Bazı Banka Şubelerinde İşlem Yapan Kişilerin Sağlık Hizmetlerinde Kurum Tercihleri ve Beklentileri	135
Öğretim Elemanlarının Sigara İçme Durumu ve Sigara ile İlgili Aldıkları Eğitimler	140
0-6 Yaş Grubu Çocuğu Olan Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenilik Önlemlerini Tanılama Durumu	146
Birinci Basamakta Çocuk ve Ergenlerdeki Ruhsal Kökenli Bedensel Belirtileri Anlamak: Somatoform Bozukluklar	150
Çocuklarda Sıklıkla Karşılaşılan Baş ve Boyun Bölgesi Kitleleri	156
Doğum Sonrası Depresyon Tedavisi	162
Olgu Sunumu: İnternal Juguler Venöz Ektazi	166
Nonspesifik Bulgular, Erken Tanı ve Komplikasyonsuz Kist Hidatik	169
Meme Kanserli Hastalarda Cerrahi Girişim Sonrası Lenfödeminin Yönetimi	172



Yayın Yönetmenleri

Yrd. Doç. Dr. Orhan Odabaşı

Doç. Dr. Özen Aşut

Yayın Kurulu

Doç. Dr. Aysun Balseven Odabaşı
Dr. Şamih Demli
Dr. Tolga İnce
Stj. Dr. Berkan Kaplan
Dr. R. Ekrem Kutbay
Dr. Mehmet Özen
Dr. Murat SincanDr. Figen Şahpaz
Dr. Emrah Şeyhoğlu
Prof. Dr. Songül Yalçın
Dr. Sevinç Yılmaz Yeltekin
Dr. Yılmaz Yıldız
Dr. Adnan Yüce

Bilimsel Danışma Kurulu

Adli Tıp

Dr. Durmuş Evcüman
Prof. Dr. Ümit Biçer
Prof. Dr. Hamit Hancı

Aile Hekimliği

Prof. Dr. Hakan Yaman

Çocuk Psikiyatrisi

Prof. Dr. Fatih Ünal

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Prof. Dr. Ufuk Beyazova (Sosyal Pediatri)
Doç. Dr. Ali Süha Çalikoğlu (Endokrinoloji)
Prof. Dr. Şükrü Hatun (Endokrinoloji)
Prof. Dr. Nural Kiper (Göğüs Hastalıkları)
Yrd. Doç. Dr. Esra Önal
Prof. Dr. İmran Özalp

Doç. Dr. Figen Şahin (Sosyal Pediatri)

Prof. Dr. İlhan Tezcan (İmmünoloji)

Prof. Dr. Duygu Uçkan (Hematoloji)

Çocuk Kalp ve Damar Cerrahisi

Doç. Dr. Serdar Kula

Deri Hastalıkları

Semih Tatlıcan

Deontoloji ve Tıp Tarihi

Prof. Dr. Berna Arda

Doç. Dr. Nüket Örnek Büken

Enfeksiyon Hastalıkları

Prof. Dr. Murat Akova

Doç. Dr. Önder Ergönül

Prof. Dr. Serhat Ünal

Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon

Prof. Dr. Yeşim Gökçe Kutsal

Genel Cerrahi

Prof. Dr. Osman Abbasoğlu

Prof. Dr. Semih Baskan

Prof. Dr. İskender Sayek

Prof. Dr. Cem Terzi

Genel Pratisyenlik

Dr. Aylin Sena Beliner
Dr. Alper Büyükkakış
Dr. Hayati Çakır
Dr. Naciye Demirel
Dr. Sema İlhan
Dr. Remzi Karşı
Dr. Alfert Sağdıç
Dr. Mustafa Sülkü
Dr. Fatih Şua Tapar

Halk Sağlığı

Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu

Prof. Dr. Dilek Aslan

Prof. Dr. Ayşen Bulut

Doç. Dr. Deniz Çalışkan

Doç. Dr. Muzaffer Eskiocak

Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış

Doç. Dr. Özlem Sarıkaya

Doç. Dr. Sibel Kalça

İç Hastalıkları

Prof. Dr. Erdal Akalın

Prof. Dr. Çetin Turgan (Nefroloji)

Prof. Dr. İlhan Yetkin (Endokrinoloji)

Kadın Hastalıkları ve Doğum

Dr. Polat Dursun

Prof. Dr. Haldun Güner

Kulak Burun Boğaz Hastalıkları

Doç. Dr. Orhan Yılmaz

Nöroloji

Doç. Dr. Canan Yücesan

Doç. Dr. Levent İnan

Ortopedi ve Travmatoloji

Prof. Dr. Muharrem Yazıcı

Psikiyatri

Prof. Dr. Orhan Öztürk

Tıbbi Farmakoloji

Prof. Dr. Alper İskit

Okuyucu Danışma Kurulu

Dr. Gülden Aykanat

Dr. Hasan Değirmenci

Dr. Nesrin Erbüdü

Dr. Sultan Gemalmaz

Dr. Nevruz Gürceğiz

Dr. Mesut Yıldırım

Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Dr. Eriş Bilaloğlu

Hazırlık ve Tasarım

Yeter Canbulat

Araştırma

- Kadıköy'de Bazı Banka Şubelerinde İşlem Yapan Kişilerin Sağlık Hizmetlerinde Kurum Tercihi ve Beklentileri** 135
Sinem Gülcan, Özge Aslan Tekin, Mehmet Aslantakin, Mehmet Arslan, Ufuk Ünlü
- Öğretim Elemanlarının Sigara İçme Durumu ve Sigara ile İlgili Aldıkları Eğitimler** 140
Dr. Metin Piçakçiefte, Dr. Pembe Keskinöğlü, Dr. Banu Bayar, Dr. Kılıçhan Bayar
- 0-6 Yaş Grubu Çocuğu Olan Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Durumu** 146
Betül Aktaş

Derleme

- Birinci Basamakta Çocuk ve Ergenlerdeki Ruhsal Kökenli Bedensel Belirtileri Anlamak: Somatoform Bozukluklar** 150
Dr. Işık Karakaya, Dr. Şahika G. Şişmanlar
- Çocuklarda Sıklıkla Karşılaşılan Baş ve Boyun Bölgesi Kitleleri** 156
Dr. Arzu Demirtola Pampal
- Doğum Sonrası Depresyon Tedavisi** 162
Dr. Özgür Erdem
- Olgu Sunumu: İnternal Juguler Venöz Ektazi** 166
Dr. C. Bayram, Dr. T. H. Nacaroglu, Dr. Ş. Güngör, Dr. A. Fettah, Dr. N. Tuygun, Dr. A. Yöney
- Nonspesifik Bulgular, Erken Tanı ve Komplikasyonsuz Kist Hidatik** 169
Dr. A. Esin Kibap, Dr. M. Burhan Oflaz, Dr. Tuğrul Tiryaki, Dr. Emrah Şenel, Dr. İbrahim Ece
- Meme Kanserli Hastalarda Cerrahi Girişim Sonrası Lenfödeminin Yönetimi** 172
Dr. Sevim Çelik

Kapak Fotoğrafı:
"Kafede"Dr. Dilek Eren, Adana
TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2009
Galeri Sanatçılığım Ödülü

Yayın Yönetim Merkezi ve İletişim Adresleri

Türk Tabipleri Birliği Gazi Mustafa Kemal Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sok. 2 Kat: 4

Maltepe 06570 Ankara

Telefon : (0312) 231 31 79/133 Faks: (0312) 231 19 52-53

E-posta : sted@ttb.org.tr

İnternet : www.ttb.org.tr/STED

Basımcı İletişim Bilgileri ve Yeri

Elit Ofset Matbaacılık, Ambalaj San. ve Tic. A.Ş.

İkitelli Organize Sanayi Bölgesi İpkas Sanayi Sitesi 3.Etap B 19 Blok No:5

İkitelli - İstanbul

Tel: +90 212 549 88 60 (pbx)

Basım Tarihi: 7 Mart 2011

Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED)

Türk Tabipleri Birliği tarafından
birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin
sürekli eğitimi için iki ayda bir yayımlanmaktadır.
STED, TÜBİTAK Türk Tıp Dizini içinde yer almaktadır.
Yıllık abone ücreti 30 TL, öğrenciler için 15 TL'dir



Merhaba,

Dr. Sevim Çelik'in "Meme Kanserli Hastalarda Cerrahi Girişim Sonrası Lenfödeminin Yönetimi" başlıklı yazısında lenfödemin, meme kanseri cerrahisinden sonra görülen önemli bir komplikasyon olduğu belirtilmektedir. Lenfödem, hastaların günlük etkinliklerini, beden imgesini ve cinsel işlevlerini olumsuz etkilemektedir. Çelik, makalede, meme kanserli hastalarda lenfödemin önlenmesi ve azaltılması için güncel bilgileri paylaşmaktadır.

Sigara ve zararlarını, dergimizin gündeminde tutmak istiyoruz. Dr. Metin Pıçakcıefe ve arkadaşları Muğla Ü. Sağlık Yüksekokulu'nda gerçekleştirdikleri araştırmada, öğretim görevlilerinin sigara içme durumunu, içicilik özelliklerini, sigara ile ilgili almış oldukları eğitimleri ve eğitimlerde sektörler arası işbirliği ortaya konulmuş. Öğretim elemanları arasında sigara içme sıklığı %50 bulunmuş. Sigaraya başlama yaşı ortalaması 20,1. Çalışmadan eğitimcilerin odasında sigara içildiğini, öğretim elemanlarının %73.1'in sigaranın zararları ile ilgili eğitim aldıklarını, 15 öğretim elemanının (%57.7'i) sigaranın zararları konusunda öğrencilere sürekli bilgi verdiklerini öğreniyoruz. Araştırmanın sonuçlarını okurken kendi çevremizi, yetiştiğimiz ortamdaki sigara içme alışkanlıklarını sorgulama gereksinimi

duyuyoruz. Sigara konusunda yapılan her çalışmanın gösterilen her çabanın değerli olduğunu ve birbirini tamamladığını, ortak etkisinin giderek büyüdüğünü görebiliyoruz.

"0-6 Yaş Grubu Çocuğu Olan Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Durumu" Betül Aktaş'ın ilgiyle okunacak bir çalışması. Araştırma Kars Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi'ne herhangi bir nedenle başvuran, 0-6 yaş grubu çocuğu olan anneler arasında yapılmış. Annelerin %54'ü çocuklarının son iki ayda ev kazası geçirdiğini belirtmişler. Araştırma sonuç olarak annelerin ev kazalarını önlemeye yönelik alınacak güvenlik önlemleri konusunda yeterli olmadıklarını saptamış.

Karakaya ve Şişmanlar "Birinci Basamakta Çocuk ve Ergenlerdeki Ruhsal Kökenli Bedensel Belirtileri Anlamak: Somatoform Bozukluklar" başlıklı çalışmalarında, çocuk ve ergenlerde bilinen tıbbi bir hastalığa uymayan fiziksel belirtilerle başvuranlarda ayırıcı tanıda somatoform bozuklukların yerini ortaya koymaktadır. Ayrıca somatik yakınmayla birinci basamak hekimlerine başvuruda izlenebilecek değerlendirme stratejilerinden söz edilmektedir.

"Çocuklarda Sıklıkla Karşılaşılan Baş ve Boyun Bölgesi Kitleleri" yazısında Dr. Arzu Demirtola Pampal, çocuk hastalarda baş boyun bölgesi kitlelerinin birinci basamak hekimlerinin sıklıkla karşılaştıkları sorunlardan olduğunu vurgulamaktadır. Ayırıcı tanıda çok fazla ve farklı hastalık gruplarının olması nedeni ile tanı güçlüğü çekilebildiğini belirten yazar, birinci basamak hekimlerini çocukluk yaş grubunda baş boyun bölgesi kitle nedenlerini anımsatmak ve böyle hastalara yaklaşırken doğru bir algoritma oluşturmaları konusunda yardımcı olmayı amaçlamış.

"Doğum Sonrası Depresyon Tedavisi" yazısında Dr. Özgür Erdem, doğum sonrası depresyonun tedavisinde çeşitli seçenekleri anımsatarak doğum sonrası depresyon tanısı konduktan sonra tedaviye başlamadan önce çok yönlü düşünmenin gerekliliğini vurgulayıp tedavi seçeneklerini paylaşmaktadır.

Bilimsel ve dostça kalın.



Fotoğraf: "Müziğin Sesi" Dr. Dilek Eren, Ankara
TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2009 Sergi Ödülü



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

Dergide yayımlanacak makalelerin aşağıda belirtilen özellikleri taşıması gerekmektedir:

- Yazılar daha önce başka yerde yayımlanmamış olmalıdır. Konuların işlenme biçimi sorun çözümüne yönelik olmalıdır. Yazılarda yalın, anlaşılır Türkçe kullanılmalı; Türkçe karşılığı olan yabancı sözcük kullanılmamalıdır. Kapsayıcı ve insancıl bir dil kullanılmalı, cinsel ya da ırksal yan tutmadan kaçınılmalıdır.

- Yazılar birinci basamak sağlık hizmetine katkı sağlayacak nitelikte olmalı; bu nedenle konuların en sık rastlanan sorunlara yönelik olmasına, hastalıkların en çok görülen biçim ve yönlerinin vurgulanmasına özen gösterilmelidir.

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

1. Başlık Sayfası: Bu sayfada bulunması gerekenler:

- **Başlık:** Kısa (en fazla 90 karakter), yeterince bilgi verici ve ilgi çekici olmalıdır.

- **Yazarlar:** Her yazarın en üst akademik derecesi, çalıştığı kuruluş ve iletişim bilgileri ile adı, ikinci adı varsa baş harfi ve soyadı belirtilmelidir.

Yazar olarak gösterilen herkes yazılığa hak kazanmış olmalıdır. (Bkz, STED Temmuz 2004 ya da www.ttb.org.tr/STED/sted_yazar.pdf)

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

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

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

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

3. **Giriş:** Bu bölümde, makale ile ilgili önbilgiler, amaç, gerekçe belirtilmelidir. Bu bölümde ilgili kaynaklar dışında bilgi verilmemeli, çalışmanın yeni ve sonuçları bulunmamalıdır. Bu bölümün sonunda çalışmanın amacı ve gerekçesi açıklanmalıdır.

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

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

6. **Tartışma:** Çalışmanın yeni ve önemli yönlerini ve çıkan sonuçları vurgulayınız. Bulguların ne anlama geldiğine ve bunların sınırlarına yer verilmelidir. Sonuçların amaçlarla bağlantısı kurulmalıdır. Verilerin tam olarak desteklemediği sonuç ve açıklamalardan kaçınılmalıdır. Öneriler de bu bölümde yer alabilir.

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

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

Tipik dergi makalesi

Vega KJ, Pina I. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. Ann Intern Med 1996; 124: 980 -3. ya da 1996 Jun 1; 124 (11): 980-3.

Kitap

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

Kitap bölümü

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

Web Sitesi

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

Kaynak göstermede diğer özellikler ve özel durumlar için Bkz,

http://www.ttb.org.tr/STED/sted_yazar.pdf

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

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

10. Şekiller ve Fotoğraflar

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

Şekil alt yazılarının, aynı bir sayfaya rakamlarla numaralandırılarak, çift aralıkla listelenmesi gereklidir.

Yazılarda Uygulanacak Biçimsel Özellikler Kılavuzu

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

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

3. Birimler: Ölçü birimi olarak metrik birimler kullanılmalıdır. Metrik ölçümlerden sonra nokta konmamalıdır: 3.5 mmol/L, 11.6 mg/kg gibi. Tüm hematolojik ve klinik kimya ölçümleri "Uluslararası Birimler Sistemi" ile (SI) uyumlu olarak metrik sistemde bildirilmelidir.

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

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

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

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

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

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

Metinlerin Gönderilmesi

Metinler, tüm yazarların imzalandığı bir üst yazıyla gönderilmelidir. (www.ttb.org.tr/STED adresinden **Yayın Hakkı Devir Formu'na erişebilirsiniz**.) Bu yazıda metnin tüm yazarlarca okunduğu ve onaylandığı, yazarlık hakkı koşullarının gerçekleştirildiği belirtilmelidir. Yazılar; "STED, TTB, GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sok. No:2 Kat:4 Maltepe 06570 Ankara" adresine postayla ya da sted@ttb.org.tr adresine e-posta ile gönderilebilir. Yayımlanması uygun görülen yazılarda, belirlenen eksikliklerle ilgili düzeltme ve düzenlemeler Yayın Kurulu'na yapılabilir. Yayımlanmayan yazılar geri gönderilmez. Klinik ve toplumsal araştırma çalışmalarında yerel etik kurul onayı alınmış olmalıdır. Etik kurulun bulunmadığı yerler için sted@ttb.org.tr e-posta adresinden bilgi istenebilir.

Ayrıntılar için: http://www.ttb.org.tr/STED/sted_yazar.pdf

Kadıköy'de Bazı Banka Şubelerinde İşlem Yapan Kişilerin Sağlık Hizmetlerinde Kurum Tercihi ve Beklentileri*

The Choices and Expectations of People Towards Health Institutions Who Utilize Services Provided by Certain Banks' Branches in Kadıköy



*Sinem Gülcan***, *Özge Aslan Tekin***, *Mehmet Aslantakin***,
*Mehmet Arslan***, *Ufuk Ünlü***

Öz

Giriş: Toplumun temel sağlık gereksinimleri, sosyodemografik ve ekonomik özellikleri, hizmete yönelik tercihlerini ve sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeylerini etkilemektedir.

Amaç: Bu çalışma, halkın sağlık hizmetine yönelik beklentilerini ve sağlık hizmetinden yararlanmalarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Yöntem: Araştırma, İstanbul'un bir ilçesindeki banka şubelerinde işlem yapmak amacıyla bekleyen ve araştırmaya katılmayı kabul edenlerle yüz yüze, yapılandırılmış bir soru formu aracılığıyla yapılan görüşmelerle gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılanların cinsiyet dağılımı benzerdir. Büyük bir bölümü lise ve üniversite mezunudur ve sosyal güvenceye sahiptir. Araştırmaya katılanların yarısı hastalandıkları zaman ilk seçenek olarak devlet hastanelerine, özel hastanelere başvurmaktadır. Uzun süre tedavi gerektiren bir hastalığa sahip olmaları durumunda kamu kuruluşlarını tercih edeceklerin oranı yüksektir. Araştırmaya katılanlar birinci basamak sağlık kuruluşlarına çoğunlukla reçete yazdırmak için başvurmaktadır. Üniversite hastanelerinin tercih edilme nedenleri arasında geniş kapsamlı araştırma olanaklarına sahip olmaları ilk sıradadır. Bunu güvenilir olmaları ve doktorlarının daha deneyimli, bilgili olmaları izlemektedir. Özel hastaneler, kalabalık olmamaları, kısa sürede hizmet ve sonuç alınabilmesi ve hastaların bu sağlık kuruluşlarında daha fazla ilgi gördüklerini düşünmeleri nedeniyle tercih edilmektedir. Doktorlardan beklentiler, öncelikle iyi iletişim kurmaları, hastalarına nitelikli ve yeterli zaman ayırmaları ve sağlığı geliştiren önerilerde bulunmaları olarak sıralanmıştır. Araştırmaya katılanların çok büyük kısmının Sağlıkta Dönüşüm Programı hakkında herhangi bir bilgiye sahip olmadıkları anlaşılmıştır.

Sonuç: Araştırmaya katılanların uzun süreli tedavi gerektiren durumlarda sağlık kuruluşlarını tercih nedenlerini etkileyen temel değişkenler, sosyal güvenceleri ve yaş dağılımlarıdır. Birinci basamak sağlık kuruluşları çoğunlukla reçete yazdırmak amaçlı kullanılmaktadır. Hasta yoğunluğunun azlığı ve kısa sürede sonuç alınabilmesi özel sağlık kuruluşlarının tercih nedenleri arasında olmakla birlikte, uzun süreli tedavi masrafları kamu kuruluşlarına yönelmeyi etkileyen temel faktördür.

Anahtar sözcükler: Sağlık sistemi, Sağlık hizmetleri kullanımı, Kurum tercihi

Abstract

Introduction: Socio-demographic and economic aspects and health requirements of a society, affect persons' preferences in the provided health services and also how much they benefit from those services. Aim: The aim of this research is to determine the society's expectations towards the health services and the factors that lead them to their preferences the provided services.

Method: The research was done face to face, using a questionnaire, to the people waiting in the lines who accepted to participate in the research, in the banks in a specific region of Istanbul.

Findings: The gender distribution of the participants is close to half women and half men. The majority is high school and university graduates and has social assurance. Half of the participants prefer the state hospitals, private hospitals as their first choice when they get sick. In need of a long term treatment, the rate of preferring public health care units increased. The participants mostly go to institutes that give primary health care, in order to get prescriptions. The first reason in choosing a university hospital is the possibility of an extended research. The following reasons are, being trustful and having experienced physicians with more knowledge. The private hospitals are preferred for being less crowded, having lesser waiting periods for services and results, and also because the people feel they are given better care in these health institutes. The participants expectations from the physicians are, having good communication skills, allowing each patient adequate and well used time, making health improving suggestions, in direct order. It is also found out that a large majority of the participants have no knowledge about Turkey Health Reform Proposal.

Conclusion: The principal factors affecting the participants' preferences in need of long term treatments are their social assurances and age distributions. The primary health care services are mostly applied for getting prescriptions. As, having less patients and fast results are the reasons for preferring private health services, the cost of long term treatments is the principal factor that leads to the preference of public health care units.

Key words: health system, Health services usage, Health services preference

*Araştırma Marmara Ü. Tıp Fak. III. Sınıf Öğr. Klinik Uygulamaya Giriş Programı kapsamında Doç. Dr. Özlem Sarıkaya'nın danışmanlığında yürüttükleri araştırma projesinin sonuçlarına dayanmaktadır.

**Marmara Ü. Tıp Fak. 3. Sınıf Öğrencisi

Giriş

1978'de Alma Ata Bildirgesi'nde tanımlanan temel sağlık hizmetlerinin toplumların sağlığının ön koşulu olarak kabulünün ardından, Dünya Sağlık Örgütü'nce 1984'te yayımlanan '2000 Yılında Herkes İçin Sağlık' adlı bildirmede tüm insanların sosyal ve ekonomik göstergeler yönünden sağlıklı yaşayabilmesi için 21 hedef belirlenmiştir. Bunların içerisinde yaşama sağlıklı başlanmasından, şiddet ve kazalar sonucu yaralanmaların azaltılmasına, hizmette kalite yönetiminden bütünleşmiş sağlık sektörüne dek gerçekleştirilmesi beklenen hedefler yer almıştır (1).

Sağlık bakım hizmetleri, birçok açıdan diğer hizmet işletmelerinden farklılık göstermektedir. Bu farklılığın temel nedenleri bireylerin sosyal, kültürel, ekonomik erişim eşitsizlikleri ile ilgilidir (2).

Teknolojinin gelişmeye başlamasıyla birlikte diğer birçok alanda olduğu gibi sağlık sistemindeki gelişmeler bireylerin daha gelişmiş tanı ve tedavi olanaklarına kavuşmasını sağlarken, hizmetin maliyetini artırmıştır. Yüksek teknolojiye dayalı sağlık hizmeti planlanırken bireyin duygularının ve beklentilerinin yeterince dikkate alınmaması pahalı ve gereksinimi aşan ölçüde kullanıma yol açmıştır. Günümüzde artık bireyler kendilerine verilen sağlık hizmetleri konusunda görüş bildirmek ve beklentilerini dile getirmek ihtiyacı ve eğilimi göstermektedir. Ayrıca bireylerin beklentilerinin karşılanması alınan hizmete yönelik memnuniyetin sağlanmasında önemli bir belirleyicidir. Memnuniyet düzeyi de bireylerin verilen hizmetten yararlanımlarını etkiler (3).

Bireyler sağlık hizmetlerine ulaşma konusunda birtakım engellerle karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu engellerin bir bölümünü maliyet oluşturmaktadır. Bu kapsamda hastanın sağlık güvencesinin olmaması veya sağlık kuruluşlarında katkı payı alma uygulamalarının karşılanması sorunları karşımıza çıkmaktadır (4). Sağlık hizmeti alırken yaşanan bu ve bunun gibi birçok sorunun belirlenmesi ve çözüm yolları, sağlık alanındaki beklentilerin saptanması, sağlık hizmetlerinin planlanması ve programlanmasında önemli bir yere sahiptir (5).

Bu çalışmanın amacı, halkın sağlık hizmetlerine yönelik tercih ve beklentilerini etkileyebilecek sağlık sisteminin ve sağlık

kuruluşlarının özellikleri, işleyişi, sağlık kuruluşlarının sağlık hizmetlerinden yararlanma ve sağlık personelinin nitelikleri ile ilgili görüş ve beklentilerini belirlemektir.

Gereç ve Yöntem

Araştırma tanımlayıcı tiptedir. Araştırmada örneklem seçilmemiş, araştırma evrenini belirlenen tarihsel bir kesitte (16.02.2007-16.03.2007) tarihleri arasında Kadıköy'deki dört banka şubesinde işlem yapan ve görüşmeyi kabul eden kişiler oluşturmuştur. Bankalar, sağlıklı bireylere topluca ulaşılabilmesi, işlem bekleme sırasında görüşme için uygun zaman fırsatı yaratması nedeniyle tercih edilmiştir. Bunun yanı sıra maaş, vergi, enerji fatura ödemeleri vb. gibi bankacılık işlemlerinin sıklıkla gerçekleştirildiği bankalar; yaş, meslek ve sosyal faktörler açısından heterojen bir profile ulaşılabilceği düşünülerek seçilmiştir. Verilerin elde edilmesi, ilgili banka yetkili müdürlerine yapılan bilgilendirme ve araştırma amaçlarının açıklanmasına yönelik görüşmenin ardından alınan izinle gerçekleştirilmiştir. Araştırma hakkında bilgilendirilen ve sözlü onayı alınan katılımcılarla yüz yüze ve yapılandırılmış bir soru formu kullanılarak görüşülmüştür. Yirmi üçü kapalı, üçü açık uçlu olmak üzere yirmi altı sorudan oluşan soru formunun ilk bölümünde katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine yönelik sorular yer alırken, ikinci bölümünde katılımcıların sağlık hizmetlerinden yararlanımlarını, görüş ve beklentilerini ortaya çıkarmayı amaçlayan sorular yer almıştır.

Görüşmecilerin sağlık hizmetine yönelik görüş ve beklentilerinin dağılımını, sosyoekonomik ve diğer demografik değişkenlerle ilişkilerini değerlendirebilmek amacıyla SPSS 11.0 programı kullanılmıştır. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkilerin istatistiksel analizi için ki-kare testi kullanılmıştır.

Araştırmanın en önemli sınırlılığı, araştırmanın katılımcılarının sadece Kadıköy'de mesai saatlerinde bazı banka şubelerinde işlem yapanlardan oluşmasıdır. Araştırma bankada işlem yapmalarını engelleyecek düzeyde bir sağlık sorunu olan kişileri kapsamamaktadır. Ayrıca, bankada işlem yapanlar 18 yaş üstündedir ve 65 yaş üstü grup tüm yaş grupları içinde en az oranda yer almıştır. Bu nedenle araştırmanın evreni toplumu yansıtan demografik bir kesit özelliğine sahip değildir ve araştırmanın sonuçları buna göre

Sağlık Kuruluşu	n (%)
Devlet Hastanesi	66 (43,7)
Özel Hastane	32 (21,2)
Üniversite Hastanesi	20 (13,3)
Sağlık Ocağı	18 (11,9)
Özel Muayenehane ve Poliklinikler	15 (9,9)
Toplam	151 (100,0)

değerlendirilmelidir.

Bulgular

Araştırmaya katılan 151 kişinin yüzde 47,7'si kadın, yüzde 52,3'ü erkek; yüzde 59,6'sı evli, yüzde 40,4'ü bekar olup yarıdan fazlasını 31-56 yaş grubu oluşturmaktadır. Katılımcıların yüzde 42,4'ü lise mezunu, yüzde 35,8'i üniversite mezunudur. Araştırmaya katılanların yüzde 91,4'ü herhangi bir sosyal güvenceye sahiptir ve büyük çoğunluğu (%46,4) SSK'lıdır. Katılımcıların yüzde 78,8'i halen herhangi bir sağlık sorunu ya da kronik hastalığı olmadığını belirtmiştir.

Katılımcıların üçte biri (%32,0) soğuk algınlığı, baş ağrısı gibi sorunlar yaşadıklarında herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurduklarını belirtmişlerdir ve bu yakınmalar için ilk olarak tercih edilen sağlık kuruluşu devlet hastaneleridir (Tablo 1). Basit bir hastalık durumunda herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmama nedenlerinin başında hastalığın tedaviye gerek kalmadan iyileşmesini beklemleri (%37,7) ve evdeki ilaçların kullanımı (%29,1) gösterilmektedir.

Katılımcıların herhangi bir hastalık durumunda

başvurdukları sağlık kuruluşunu tercih etme nedenlerinin başında sağlık güvencesinin başvuru kurumda geçerli olması (%15,9), sağlık kuruluşunun yakınlığı (%15,9) ve doktorlardan memnuniyet (%15,3) gelmektedir.

Katılımcıların yüzde 60,9'u uzun süre tedavi gerektirecek bir hastalık durumunda kamu kuruluşlarını seçmeyi düşündüklerini belirttiler. Uzun süreli tedavi gerektiren bir hastalık durumunda tercih edilen sağlık kuruluşu ile cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamışken ($p > 0,05$) yaş ve sosyal güvence ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (sırasıyla ki-kare=10,439 $p=0,034$; ki-kare=7,471 $p=0,024$) (Tablo 2 ve 3). Araştırmaya katılanlar arasındaki 44-56 yaş 57 ve üstü yaş gruplarında uzun süreli tedavi gerektiren bir hastalık durumunda kamu sağlık kuruluşlarının tercihi diğer yaş gruplarından daha fazladır.

Araştırmaya katılanlara sosyal güvencelerinin sağlık kuruluşu tercihini etkileyip etkilemediğine dair yöneltilen soruya, katılımcıların yüzde 50,3'ü sosyal güvencelerinin kamu ya da özel sağlık kuruluşu tercihlerini etkilediğini belirterek yanıt vermiştir. Tablo 3'te görüldüğü gibi, uzun süreli tedavi gerektiren bir hastalık durumunda katılımcıların sosyal güvence ile sağlık kuruluşu tercihlerinin ilişkisi incelendiğinde, herhangi bir sosyal güvenceye sahip olmanın kamu hastanesi tercihi yönünde, özel sigortaya sahip olmanın ise özel hastane tercihi yönünde etkili olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılanların birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanım oranı yüzde 38,0 idi ve başvuru nedenlerinin başında yüzde 25,2 ile reçete yazdırmak, yüzde 14,6 ile sorunların birinci basamakta çözülebileceği düşüncesi, yüzde 13,9 ile sağlık ocaklarının yakın oluşu gelmekteydi. Katılımcıların koruyucu sağlık hizmetleri içerisinde en çok

Yaş Grupları	Kamu n(%)	Özel n(%)	Toplam n(%)
30 yaş altı	25 (54,3)	21 (45,7)	46 (100,0)
31-43	19 (50,0)	19 (50,0)	38 (100,0)
44-56	24 (63,2)	14 (36,8)	38 (100,0)
57 yaş ve üstü	24 (82,8)	5 (17,2)	29 (100,0)
Toplam n(%)*	92 (60,9)	59 (39,1)	151 (100,0)

*Satır yüzdeleri alınmıştır.

Tablo 3. Araştırmaya katılanların uzun süreli tedavi gerektiren bir hastalık durumunda seçmeyi düşündükleri sağlık kuruluşunun sosyal güvenceye göre dağılımı

Sosyal güvence durumu	Sağlık Kuruluşu Tercihi		
	Kamu n (%)	Özel n (%)	Toplam n (%)
Sosyal güvenceye sahip olma	83 (65,4)	44 (34,6)	127 (100,0)
Sosyal güvencesi olmama ya da Özel sigorta sigortaya sahip olma	9 (37,5)	15 (62,5)	24 (100,0)
Toplam n(%)*	92 (60,9)	59 (39,2)	151 (100,0)

*Satır yüzdeleri alınmıştır.

yararlandıkları bağışıklama hizmetleridir. Bunu işe giriş muayenesi ve gebe izlem takip etmektedir.

Araştırmaya katılanların yüzde 45,7'si daha önce herhangi bir üniversite hastanesine gittiğini belirtmiştir. Üniversite hastanelerinin tercih edilme nedenleri arasında yüzde 27,8 ile geniş kapsamlı araştırma imkanlarına sahip olmaları ilk sırada yer alırken, yüzde 17,9 ile daha deneyimli ve bilgili doktorlarının bulunması ve yüzde 17,2 ile daha güvenilir bulunmaları yer almaktadır.

Araştırmaya katılanların yüzde 72,2'si daha önce herhangi bir özel hastaneye gittiğini belirtmiştir. Özel hastanelerin tercih edilme nedenlerinin başında kısa sürede hizmet ve sonuç alınabilmesi yer alırken (%48,3), bunu kalabalığın az olması (%35,8) ve daha kaliteli hizmet sunulması (%34,4) takip etmektedir. Araştırmaya katılanlara, gittikleri bir doktordan beklentileri, doktorun öncelikle kendilerine yeterli zaman ayırıp tüm dikkatlerini kendilerine yoğunlaştırmaları (%70,2) ve bunu takiben kendileri ile iyi iletişim kurabilmeleri (%64,2) olarak belirtilmiştir.

Araştırmamıza başladığımız sırada pilot uygulamalarına başlanan "Sağlıkta Dönüşüm Programı" hakkında araştırmamıza katılanların çok azı (%17,0) haberdardı. Program hakkında bilgisi olanların görüşleri açık uçlu yanıtlarla değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılanlar, programın Türkiye'nin içinde bulunduğu yapıya uygun olmadığını, hasta-şirket ilişkisi içinde gerçekleşecek bir sağlık hizmeti sunumuna neden olacağını, ekonomik durumu iyi olan kesime hitap eden bir düzenleme olacağını, kalitenin düşeceği ve doktorların arka plana itilebileceği gibi sağlık hizmetini olumsuz yönde etkileyeceğini düşünmektedir. Bu görüşlerin yanı sıra, sağlıkta belli bir kalite standardının oluşacağı, sırada beklemenin kalmayacağı, daha rahat muayene imkanlarının sağlanabileceği gibi hizmeti olumlu etkileyeceğine dair düşünceler de yer almaktadır.

Tartışma

Araştırmamıza katılanların herhangi bir nedenle ilk başvuru yerlerinin ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları olması, katılımcıların tamamına yakınının sağlık güvenceleri olmasına rağmen, sağlık ocaklarının başvuru sıralamasında özel hastanelerin bile gerisinde yer alması düşündürücüdür. Katılımcıların büyük kısmında

kurumsal tercihten daha çok yakın oluşları ve ilaç reçetesi alma kolaylıkları nedeniyle sağlık ocaklarına başvurumaktadırlar. Günümüzde, sağlık hizmetlerinin nüfusa dayalı ve coğrafi bölge temelinde örgütlenmesi, birinci basamakta sağlık ocaklarının temel birim olması ve bunların ikinci basamakta bölge hastaneleri ile basamaklandırılmış bir ilişki içerisinde olması önerilmektedir. Sağlık ocaklarında koruyucu sağlık hizmetlerinin yanı sıra bölgedeki sağlık sorunlarının yüküyle orantılı ayakta hasta bakımı hizmeti sunulmalıdır (6).

Sağlık kuruluşlarından yararlanma nedenlerini irdeleyen araştırmalar, yaş gruplarına yönelik başvuru nedenlerinin belirleyici olduğunu göstermektedir. Örneğin, Kayseri ve Ankara'da yapılan araştırmalar doğurgan yaş grubundaki kadınların anne ve çocuk sağlığına yönelik hizmetleri almak için yakın ve ulaşım kolaylığı nedeniyle sağlık ocaklarını seçtiklerini saptamıştır (7, 8). Ülkemizdeki özellikle birinci basamak, evde hasta bakımı, yaşlı, kronik hasta izlemi ve eğitimi, erken tanı hizmetleri gibi toplumun değişen sağlık gereksinimlerine cevap verecek sistemlerin sağlık ocaklarına entegre edilmemiş olması, hizmetlerden yararlanma nedenlerini sınırlamaktadır (9).

Sağlık hizmetlerinin toplumun tüm sosyoekonomik katmanlarını kapsamaması, ön koşulsuz ve eşitlik ilkesi çerçevesinde sunulması hizmete erişimi etkileyen önemli faktörlerdir (10). Türkiye'de sağlık hizmeti sunan kamu ve özel sağlık kuruluşlarının kabul edilebilirlik düzeylerinin farklı olması, bireylerin gereksinimlerinden ziyade hizmete rahat erişebilme gerekçesiyle ilgilidir. Araştırmamıza katılanların büyük çoğunluğunun sağlık güvencesinin olmasına karşılık, kısa sürede ve rahat ve kaliteli hizmete ulaşılabilceği düşüncesiyle özel sağlık kuruluşlarından hizmete almaya yönlendirebilmektedir. Sağlık hizmet sunumunu diğer hizmet sektörlerinden ayıran temel özellik, hizmet alanların doğrudan veya dolaylı yollarla hizmeti denetleyebilmesine olanak tanımayan karmaşık yapısı ve işleyişleridir (11). Türkiye'de özel sağlık hizmetlerinin niteliklerinin denetlenmesine ilişkin önemli bir açık olduğu bilinmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2003'te sağlık hizmetlerinin değerlendirildiği bir raporda, Türkiye'de yataklı tedavi kuruluşlarının akreditasyonu için hiçbir yasal

düzenleme olmadığı, sadece bölge sağlık otoritesinin yeni açılan bir sağlık kuruluşunun alt düzeyde standartları yerine getirip getirmediği yönündeki denetimi sonucu bir uzmanın adına hastane lisansı verilebildiği bilinmektedir (12).

Toplumun gereksinimlerine yanıt vermeyen ve koruyucu, tedavi edici ve geliştirici olarak bütüncül bir sağlık anlayışından yoksun olarak sunulan sağlık hizmetleri, bireyleri sağlık kuruluşlarına yönelten dinamiklerin kişisel beklenti ve kaygılar üzerinden gerçekleşmesinin nedeni olmaktadır. Bu anlamda, araştırmamızda Türkiye'deki sağlık gereksinimlerinin karşılanmasını ve hizmetten yararlanmayı önemli derecede etkileyeceği öngörülen Sağlıkta Dönüşüm Yasası hakkında katılımcıların çok azının bilgi sahibi olması şaşırtıcı değildir.

Tıp fakülteleri sağlık hizmeti veren sağlık kuruluşları içinde yalnızca "hizmete" odaklanmayan, hizmet sunarken eğitim ve bilim alanlarında dolaylı sonuçların da öngörülebildiği, toplumsal beklentilerin daha yüksek olduğu alanlara yönelik kurumlardır (13). Araştırmaya katılanların üniversite hastanelerini ilk tercih nedeni olan geniş kapsamlı araştırma imkanlarına sahip olması üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının bu özellikleriyle örtüşmektedir. Sağlık hizmetlerinden yararlanımda memnuniyeti belirlemek amacıyla Erzurum'da bir üniversite hastanesinde 2005'te gerçekleştirilen bir araştırmada, katılımcıların bu hastaneyi diğer hastalara tavsiye etme nedenleri arasında araştırma hastanesi olması dördüncü sırada, teşhis ve tedaviye olan güven altıncı sıradadır (14). Yaptığımız araştırmada ise üniversite hastanelerinin seçilme nedenleri arasında geniş kapsamlı olmaları ilk sırada yer alırken teşhis ve tedaviye olan güven üçüncü sırada yer almaktadır. Bu farklılık, araştırmaların yapıldığı illerdeki sağlık kuruluşları seçeneklerinin farklı sayısı ve nitelikte oluşundan kaynaklanabilir.

Sonuç olarak;

Araştırma, herhangi bir hastalık ve uzun süreli bir tedavi gerektiren durumlarda seçilecek sağlık kuruluşlarının tercihinde yaş ve sağlık güvencesinin diğer faktörler daha etkili olduğunu göstermiştir. Araştırma sonuçlarına göre, birinci basamak sağlık kuruluşları kronik bir hastalığa sahip olmayanlarda bile çoğunlukla reçete yazdırmak amacıyla kullanılmakta, koruyucu sağlık hizmetleri içerisinde en çok bağışıklama nedeniyle tercih

edilmekte, tanı ve tedavi hizmeti için başvurularda devlet, üniversite ve özel hastanelerin gerisinde kalmaktadır. Özel sağlık kuruluşları hasta yoğunluğu ve zaman açısından diğer sağlık kuruluşlarına göre avantajlı kabul edilmekte iken, üniversite hastanelerinin tercih edilmelerinde geniş kapsamlı araştırma imkanlarına sahip olmaları önemli rol oynamaktadır. Doktorların başvurulara yeterli, nitelikli zaman ayırması ve iyi iletişim kurması öncelikli beklentilerdendir.

İletişim: Sinem Gülcen

E-posta: s.g.s_6@hotmail.com

Kaynaklar

1. Aktan CC, Işık AK. 21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık: 21 <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-cagında/pdf-aktan/herkes-icin.pdf> adresinden 24 Mayıs 2007'de elde edilmiştir.
2. Eskiocak M. Kentsel Bölgede Sağlık Örgütlenmesi: Çok Sektörlü Yaklaşım. Aile hekimliği ülkemiz için uygun bir model midir?. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2007, Ankara. (a.g.e.1)
3. Yılmaz M. Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2001; 5(2): 69-74
4. Duyan V. Hastaların Karşılaştığı Sorunlar ve Çözümleri Odağında Tıbbi Sosyal Hizmet: Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2003 Özel Eki; 25(4): 39-44
5. Vehid S. Temel Demografik ve Sağlık Düzeyi Ölçütleri Açısından Türkiye ile Avrupa Birliği'ne Üye Ülkelerin Karşılaştırılması Cerrahpaşa Tıp Dergisi Nisan-Haziran 2000; 31(2): 100-106
6. Kentlerde Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi: Çok Sektörlü Yaklaşım. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, İkinci Baskı Ekim 2007, Ankara, syf. 29 (a.g.e.2)
7. Çetinkaya F, Öztürk Y, Naçar M. Kayseri İli'nde 15-49 Yaş Grubu Kadınların Sağlık Ocağından Yaralanma Durumu ve Beklentileri, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2002.13(3): 106-109
8. Baykan Z, Özkan S, Maral I. Ana-Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Merkezine Başvuran Kadınların Hizmetten Memnuniyet Durumları, Erciyes Tıp Dergisi 2004; 26(3): 98-104
9. a.g.e.2. syf. 37-42
10. Kurt Ö. a.g.e.1 içinde, syf. 69-78.
11. Porter ME, Teisberg EO. Redefining competition in health care. Harward Business Review, June 2004; 65-76.
12. Quality and accreditation in health care services. A Global review. World Health Organization, Geneva, 2003, p.113.
13. Aydın E. Tıp Fakültelerinin Hizmet İşlevi ve Etik, C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 2003; 25(4)
14. Gülmez M. Sağlık Hizmetlerinde Memnuniyet Ölçümü ve Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nde Ayakta Tedavi Gören Hastalara Yönelik Bir Uygulama, Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi 2005; 6(2): 147-169

Öğretim Elemanlarının Sigara İçme Durumu ve Sigara ile İlgili Aldıkları Eğitimler

Smoking Status of University Teachers and Their Education Regarding Smoking



*Dr. Metin Pıçakçefe**, *Dr. Pembe Keskinoglu***, *Dr. Banu Bayar****,
*Dr. Kılıçhan Bayar****

Öz

Amaç: Muğla Üniversitesi Muğla Sağlık Yüksekokulu öğretim elemanlarının sigara içme durumunu, içicilik özelliklerini, sigara ile ilgili almış oldukları eğitimleri ve eğitimlerde sektörler arası işbirliğini saptamaktır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipteki bu çalışma Muğla Üniversitesi Muğla Sağlık Yüksekokulu öğretim elemanlarında "5 Eylül-20 Ekim 2006 tarihleri arasında yapıldı. Muğla Sağlık Yüksekokulu'ndaki tüm öğretmenler (28) çalışmaya dahil edildi. Ulaşılabilirlik oranı %92.8'dir. Veri kendi kendine doldurma yöntemi ile elde edildi. Verinin analizi SPSS 11.0 programı kullanılarak yapıldı ve Fisher'in Kesin Testi ile analiz edildi. $p < 0.05$ anlamlılık düzeyi olarak kabul edildi.

Bulgular: Öğretim elemanlarının yaş ortalaması 35.7 olup, 19'u (%73.1) kadın ve 21'i (%80.8) evlidir. Muğla Sağlık Yüksekokulu öğretim elemanları arasında sigara içme sıklığı %50.0 idi. Sigaraya başlama yaşı ortalaması 20.1'dir. On dokuz öğretmenin (%73.1) aile üyeleri arasında en az bir sigara içen vardı. Sigara içenlerin 12'si (%92.3) kolaylıkla öğrenciler tarafından gözlemlenebilen öğretmen odasında sigara içiyordu. On dokuz öğretim elemanı (%73.1) sigaranın zararları ile ilgili eğitim aldığını bildirdi. On beş öğretim elemanı (%57.7'i) sigaranın zararları konusunda öğrencilere sürekli bilgi verdiğini bildirdi. Öğretim elemanlarının cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, sigaraya başlama yaşı, ailesinde sigara içenlerin olması, sigaranın zararları ile ilgili eğitim alması sigara içicilikleri üzerinde etkili değildir ($p > 0.05$).

Sonuç: Muğla Üniversitesi Muğla Sağlık Yüksekokulu öğretim elemanlarında sigara içme sıklığı oldukça yüksektir. Öğretim elemanlarının sigaranın zararları ile ilgili eğitim alma oranları ise yüksektir. Erişkin yaşta yapılan sigara içiciliğinin zararları ile ilgili eğitimlerin etkin olması, içici erişkinlerin içmeyi bırakmalarının sağlanması için, farklı destek programları ile birleştirilmesi ve eğitim sürekliliğinin sağlanması önemlidir. Bu veriler, öğrencilerin model insan olarak gördükleri öğretmenlerin sigara ve zararlarının yeterince farkında olmadıklarını göstermektedir.

Anahtar sözcükler: Öğretim elemanları, Sigara içme durumu, Eğitim

Abstract

Aim: The purpose of this study was to determine the smoking status of the teaching staff of Muğla School of Health Sciences in Muğla, their attributes regarding smoking, education they received about smoking and the degree of multisector cooperation.

Method: This cross-sectional study was performed among teachers of Muğla School of Health Sciences in Muğla University between September 15th, 2006 - October 20th, 2006. All teachers (28) in Muğla School of Health Sciences were included in the study. The participation rate was 92.8%. Data were obtained by the self-administered questionnaire. SPSS 11.0 software and Fisher's exact test were used for data analysis. $p < 0.05$ was accepted as threshold for statistical significance.

Results: The mean age of the teachers was 35.7 years, 19 (73.1%) of them were female and 21 (80.8%) were married. The prevalence of smoking was 50.0%. The mean age of initiation of smoking was 20.1 years. Nineteen teachers (71.1%) had at least one smoker among family members. 12 (92.3%) of the smokers were smoking in the teachers' room, which could easily be observed by the students. Nineteen teachers (73.1%) had received anti-smoking education from official institutes. Fifteen teachers (57.7%) reported that they continuously taught the students about the hazards of smoking. The univariable analysis showed; Smoking status did not correlate significantly with age, gender, marital status, age of initiation of smoking, parental smoking, or receiving education about hazards of smoking ($p > 0.05$).

Conclusion: Smoking prevalence is quite high among teachers of Muğla School of Health Sciences in Muğla University. Majority of the teachers had been educated about the hazards about smoking. Effective adult education about hazards of smoking, its continuity and integration with various support programs are important to get adult smokers to quit. These data show that teachers, whom students look up to as role models, are not adequately aware of smoking and its hazardous effects.

Key words: University teachers, Smoking status, Education

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

**İzmir İl Sağlık Müdürlüğü, İzmir

***Doç.; Muğla Ü. MSYO, Muğla

Giriş

Tütün ve tütün ürünlerinin kullanımı, tüm dünyada doğum öncesi dönemden başlayarak yaşam boyunca başta solunum yolları ve kalp-damar hastalıkları olmak üzere insan sağlığını tehdit eden en önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. Dünyada erişkin nüfusta sigara içme sıklığı endüstriyel ülkelerde azalırken, gelişmekte olan ülkelerde artış göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre Türkiye'de 15 yaş ve üzerinde erkeklerde içicilik sıklığı %60–65, kadınlarda %20-29 arasındadır (1). Türk Kardiyoloji Derneği tarafından 1990'dan beri yürütülen TEKHARF çalışmasında ise erişkin erkeklerin %59.4'ü, kadınların %18.9'u sigara içicisidir (2). Sigara içen erişkinlerin büyük çoğunluğunun sigaraya 18 yaşından önce başladıkları, dörtte birinin ise başlama yaşının 10 yaşın altında olduğu bildirilmektedir (3). Sigara içimine küçük yaşlarda başlanması nikotin bağımlılığının erişkin dönemlerinde de uzun yıllar devam etmesine ve sigarayı bırakmayı güçleştirmesine neden olmaktadır.

Tüm yaşlarda sigara içmeye başlamada sosyal öğrenme önemli bir nedendir. Özellikle okul, üniversite gibi etkileşimli ilişkilerin daha yoğun yaşandığı toplu yaşam alanlarında sosyal öğrenmenin etkisi daha fazla olabilir (4-8). Okul üniversite gibi toplu yaşam alanlarında önemli rol model olabilecek kişiler öğretim elemanlarıdır. Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde en önemli sağlık riski olarak kabul edilen sigara içiciliğini azaltmada, ergen ve genç erişkinlerin içiciliğini, hem verdikleri eğitimler, hem de rol model olma davranışı ile etkileyebilecek olan öğretim elemanlarının sigara içme özelliklerini saptamak önem taşımaktadır.

Tablo 1. Muğla Sağlık Yüksekokulu öğretim elemanlarının sosyo demografik özelliklerine göre dağılımı (n=26)

Sosyo Demografik Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Erkek	7	26.9
Kadın	19	73.1
Yaş grubu		
34 yaş ve altı	10	38.5
35 yaş ve üzeri	16	61.5
Medeni durum		
Evli	21	80.8
Evli değil	5	19.2

Bu çalışmada, Muğla Üniversitesi Muğla Sağlık Yüksekokulu öğretim elemanlarının sigara içme durumunu, içicilik özelliklerini, sigara ile ilgili aldıkları eğitimleri ve eğitimlerde sektörler arası işbirliğini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Muğla Üniversitesi Muğla Sağlık Yüksekokulu öğretim elemanlarında kesitsel bir çalışma yapılmıştır. Çalışmanın evrenini Muğla Sağlık Yüksekokulu'ndaki 28 öğretim elemanı oluşturmuştur. Tüm öğretim elemanlarına ulaşılması hedeflenmiştir. Toplam 26 öğretim elemanı çalışmaya katılmıştır. İki öğretim elemanına (raporlu, izinli) ulaşılamamıştır. Ulaşılabilirlik oranı %92.8'dir.

Araştırmanın bağımlı değişkeni, sigara içiciliğidir. Günde en az bir sigara içmek içicilik varlığı olarak alınmıştır. Ayrıca içicilik durumunu tanımlamak için, önceden içip bırakma durumu tanımlayıcı özellik olarak araştırılmıştır.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri

Cinsiyet, yaş, medeni durum, sigaraya başlama yaşı, sigaranın içildiği yer, ailede içicilik varlığı ve kimlikleri, sigaranın zararları ile ilgili eğitim alma durumu, eğitimi veren kurum, öğrenciye sigaranın zararları ile ilgili bilgi verme durumu, öğrenciye sigaranın zararları ile ilgili eğitim verme, sigara ile ilgili eğitimlerde diğer sektörler ile birlikte olan çalışmalar: sürekli olan müfredata giren çalışmalar, sürekli olmayan çalışmalar (son üç yıl), sigara içmeye karşı alınması gereken başlıca önlemlerdir.

Önceden oluşturulan anket formu öğretim elemanlarının kendi kendine doldurması sağlanarak veri elde edilmiştir. Çalışmanın amacı aktarıldıktan sonra sözlü olarak onay alınmıştır. Anket formlarına isim yazılmamıştır. Veri çözümlemesinde SPSS 11.0 paket programı kullanılmıştır. Yüzde dağılımlar, ortalamalar değerlendirilmiş, bağımlı değişkenin bağımsız değişkenlere göre farklı olup olmadığı Fisher'in Kesin Testi kullanılarak bakılmış, $p < 0.05$ anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

Çalışmanın yalnızca Muğla Sağlık Yüksekokulunda ve az sayıda öğretim elemanları ile yapılması kısıtlılık yaratmıştır, bu durum ise sonuçlarının genellenmesini zorlaştırmaktadır. Ailede sigara içme durumu,

eğitim veren kurum, sigaraya karşı alınması gereken önlemler sorularında tek seçenek işaretleme zorunluluğunun bulunması çalışmanın bir diğer kısıtlılığıdır. Çünkü bu durumlar için birden fazla seçenek olasıdır.

Bulgular

Araştırmaya katılan öğretmen elemanlarının sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de sunulmuştur.

Araştırmaya katılan öğretmen elemanlarının yaş ortalaması 35.7±5.9, %61.5'i 35 yaş ve üzeri yaş grubundadır. Öğretim elemanlarının %73.1'i kadındır, %80.8'i evlidir (Tablo 1).

Tablo 2. Muğla Sağlık Yüksekokulu öğretmen elemanlarının sigara içme durumu ve içicilik ile ilgili özellikleri

Sigara içme durumu ve içicilik ile ilgili Özellikler	n	%
Sigara içme durumu (n=26)		
İçmiyor	8	30.8
İçiyor	13	50.0
Bırakmış	5	19.2
Sigaranın içildiği yer (n=13)		
Sigara odasında	1	7.7
Kendi odasında	12	92.3
Ailede sigara içme durumu (n=26)		
Yok	7	26.9
Eş içiyor	8	30.7
Anne içiyor	1	3.9
Baba içiyor	4	15.3
Kardeş içiyor	5	19.3
Diğer	1	3.9
Sigaranın zararları ile ilgili eğitim alma (n=26)		
Eğitim almış	19	73.1
Eğitim almamış	7	26.9
Eğitimi veren kurum (n=19)		
Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı	1	5.3
Sağlık Bakanlığı'na bağlı	3	15.7
Üniversiteye bağlı	13	68.4
Kongre	1	5.3
Medya	1	5.3
Öğrenciye sigaranın zararları ile ilgili bilgi verme (n=26)		
Bilgi vermiyor	7	26.9
Belirli günlerde bilgi veriyor	4	15.4
Sürekli bilgi veriyor	15	57.7
Sigaraya karşı alınması gereken önlemler (n=26)		
Toplumsal eğitim ve bilinçlendirme	10	38.4
Yasak ve cezaların uygulanması	8	30.8
Medyanın etkin kullanımı	8	30.8

Öğretim elemanlarının içicilik durumu ve içicilikle ilgili özellikleri Tablo 2'de özetlenmiştir.

Araştırmaya katılan öğretmen elemanlarının %50.0'ı halen sigara içmekte, %19.2'si bırakmış, %30.8'i hiç içmemiştir. Sigara içenlerin günlük içtikleri sigara sayısı ortalaması 13.8±6.6, sigara içmeyi bırakanların önceden içtikleri günlük sigara sayısı ortalaması 17.9±8.8, sigarayı bırakma yılı ortalaması 7.7±5.3 yıl ve sigaraya başlama yaşı ortalaması 20.1±3.8'dir. Sigara içen öğretmen elemanlarının %92.3'ü kendi odasında, %7.7'si sigara odasında sigara içtiklerini belirtmiştir. Öğretim elemanlarının %26.9'unun ailesinde sigara içen yokken, %30.7'sinin eşi, %19.3'ünün kardeşi, %15.3'ünün babası, %3.9'unun annesi ve %3.9'unun ailesinde diğer bir birey (amca, enişte) sigara içmektedir. Öğretim elemanlarının %73.1'i sigaranın zararları ile ilgili eğitim aldığını, eğitim alanların %68.5'i üniversiteye, %15.7'si Sağlık Bakanlığı'na, %5.3'ü Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı kurumlardan, %5.3'ü medyadan, %5.3'ü ise kongreden eğitim almıştır. Sigaranın zararları konusunda öğretmen elemanlarının %57.7'si sürekli, %15.4'ü belirli günlerde (Yeşilay haftası gibi) öğrencilerine bilgi verdiğini, %26.9'u ise bilgi vermediğini belirtmiştir. "Sigaraya karşı alınması gereken önlemler" değişkeni açık uçlu olarak sorgulanmış ve yanıtlar ise gruplandırılmıştır. Bu grupta sonucuna göre öğretmen elemanlarının bildirdiği sigaraya karşı alınması gereken başlıca önlemler; toplumsal eğitim ve bilinçlendirme (%38.4), yasak ve cezaların uygulanması (%30.8), medyanın etkin kullanımıdır (%30.8) (Tablo 2)

Araştırmaya katılan öğretmen elemanlarının cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, sigaraya başlama yaşı, ailesinde sigara içenlerin olması, sigaranın zararları ile ilgili eğitim alması ve öğrenciye sigaranın zararları ile ilgili bilgi vermesi sigara içicilikleri ile ilişkili değildir ($p>0.05$) (Tablo 3).

Öğretim elemanlarının bildirimine göre, Muğla Üniversitesi Muğla Sağlık Yüksekokulu'nda sigaranın zararları ile ilgili diğer sektörlerle birlikte, sürekli olan müfredata giren çalışmalar düzenlenmemektedir. Ancak halk sağlığı uygulamalarında, ev ziyaretlerinde ve insanların topluca bulunduğu yerlerde

(kahvehane gibi) sunumlar yapılarak ve broşürler kullanılarak sigaranın zararları ile ilgili sürekli olamayan bilgilerin paylaşıldığı, öğretmen elemanları tarafından bildirildi. Son üç yılda "Sağlıklı Yaşam" konulu bir panel, "Herkes için Spor" konulu ve "Sigara Gerçeği" konulu iki panelin, Muğla Üniversitesi Muğla Sağlık Yüksekokulu işbirliği ile öğrenciler için düzenlendiği belirtilmiştir.

Tartışma

Literatürde yüksekokul öğretmen elemanları ile yapılmış çalışmalara rastlanılmadığından dolayı tartışma genel olarak öğretmenler üzerinden yürütülmüştür.

Bu araştırmada Muğla Üniversitesi Muğla Sağlık Yüksekokulu öğretmen elemanlarının %50.0'nın sigara içmekte olduğu bulunmuştur. Araştırmamızdaki erişkin içicilik sıklığı, PİAR (9) tarafından 1988'de Türkiye genelinde saptanan içicilik sıklığından (%43.6) ve Fidan ve ark.nın (10) yaptıkları çalışmada öğretmenlerde saptanan içicilik sıklığından (%32.5) daha yüksek iken, DSÖ'nün 2000 yılı Türkiye için sigara içicilik öngörüsü olan %60-65 oranından düşük bulunmuştur. Demirel ve ark.nın (11) Sivas'ta ilköğretim öğretmenlerdeki içicilik sıklığı (%52.4) ile benzer saptanmıştır. Öğretim elemanlarının çoğunluğunun kadın (%73.1) olduğu dikkate alındığında saptanan içicilik oranının Türkiye genelindeki kadın içicilik oranlarının çok üzerinde olduğu (%47.4) görülmektedir. Çalışmamızda cinsiyetin sigara içimi üzerinde anlamlı etkisi görülmemiştir. Literatürdeki çalışmalarda ise erkek öğretmenlerde içicilik sıklığı daha yüksektir ve toplumlardaki genel prevalansla uyumluluk göstermektedir (12,13-15).

Bilir ve ark.nın (16) yaptıkları çalışmada öğretmenler arasında sigara içiciliği %51 olarak bulunmuştur. Japonya, Afrika ve Ortadoğu ve Bazı Doğu Avrupa ülkelerindeki öğretmenlerin sigara içiciliği ülkemizdekine benzer sıklıkta iken, gelişmiş Batı toplumlarında bu meslek grubunun içicilik oranlarının oldukça düşük olduğu bildirilmektedir (17-19).

Araştırmamızda sigara içen öğretmenlerin %46.2'si sigara içmeye 18 yaş ve altında başlamıştır. Sigara içen erişkinlerin yaklaşık üçte ikisi sigaraya başlama yaşının 18 yaşın altında olduğu bildirilmektedir. Araştırmamızda sigaraya başlama yaşı, bu bildirilen yaştan

daha yüksektir. Sigaraya erken yaşlarda başlamak bağımlılık yaratmakta ve bu kişilerin yarısından fazlası uzun yıllar içmeye devam etmektedir (3,16,20).

Okul ve üniversitelerde sigaraya başlamada öğretim elemanları dışında arkadaş ve ailelerin de sigara içicilik özellikleri belirleyici olmaktadır. Araştırmamızda ailesinde 2/3 oranında sigara içen bulunmasına karşın sigara içiciliğinde ebeveyn, eş, yakın arkadaş ya da yakın akrabanın etkisi anlamlı saptanmamıştır.

Pek çok çalışmada, öğretmenlerin tümünün sigaranın sağlık üzerine zararlı etkilerini bildikleri, bu konuda eğitim aldıkları ve öğrencilerine sigara ile ilgili eğitim vermenin, kendi görevleri olduğunu bildirmektedir (8,12,17,21,22). Bu araştırmada öğretmenlerin büyük çoğunluğunun sigaranın zararlı etkileri hakkında bilgi sahibi oldukları, %73.1'inin sigaranın zararları ile ilgili eğitim aldıkları saptanmıştır, %57.7'si sürekli, %15.4'ü aralıklı olarak öğrencilerini sigaranın zararları ile ilgili eğittikleri bildirmiştir.

Araştırmamızda öğretmenlerin %92.3'ünün kendi odasında, %7.7'sinin sigara odasında içtikleri saptanmıştır. Öğretmenlerin tamamı öğrencilerin gözü önünde sigara içmemelerine karşın, gerek odaların her an öğrencilerin girip çıkabileceği yerler olması, gerekse kapalı mekanda içilen sigaranın pasif içiciliğe yol açması nedeniyle sigara içmeyen kişiler için (öğrenci ve diğer çalışanlar) olumsuz bir ortam oluşturduğu söylenebilir. Ülkemizde görünür ortamlarda sigara içmeyi yasaklayan yasa vardır (23). Bilir ve ark. (16), öğretmenlerin, sigara kullanma ilgili tutum ve davranışlarının tutarlı olmadığını saptadıkları çalışmada, %99'u öğrencinin önünde sigara içmediklerini bildirmelerine karşın, %68'inin öğrenci karşısında sigara içtiği saptanmıştır. Lise öğretmenlerinde yapılan bir çalışmada liselerde %96.4 sıklıkta öğretmenler için sigara içme odası ayrıldığı, ancak %57.4 oranında bu sınırlamaya uyulduğu, okul koridorlarında ise %62.8 sıklıkta sigara içen öğretmene rastlandığı bildirilmiştir (24). Gelişmekte olan ülkelerde yapılan çalışmalarda da öğretmenlerin büyük çoğunluğunun öğrencilerin görebileceği biçimde okulda sigara içtikleri bulunmuştur (25,26). Danimarka'da yapılan bir çalışmada öğrencilerin yaklaşık %91'inin öğretmenlerini okul dışında sigara içerken gördüğü ve bu durumun sigara içmeyi

Tablo 3. Muğla Sağlık Yüksekokulu öğretim elemanlarında, demografik özellikleri ve içicilik ile ilgili özelliklerine göre sigara içme durumlarının dağılımı

Özellik	Sigara içiyor (%)	p
Cinsiyet (n=26)		
Erkek	57.1	1.000
Kadın	47.4	
Yaş grubu (n=26)		
34 yaş ve altı	50.0	1.000
35 yaş ve üzeri	50.0	
Medeni durum (n=26)		
Evli	42.9	0.322
Evli değil	80.0	
Sigaraya başlama yaşı (n=18)		
18 ve altı	46.2	1.000
19 ve üstü	53.8	
Ailesinde sigara içiciliği (n=26)		
Var	47.1	1.000
Yok	55.6	
Sigaranın zararları ile ilgili eğitim alma (n=26)		
Almış	57.9	0.378
Almamış	28.6	
Öğrenciye sigaranın zararları ile ilgili bilgi verme (n=26)		
Bilgi veriyor	47.4	1.000
Bilgi vermiyor	57.1	

etkileyen bir etmen olduğu bildirilmiştir (27). İzmir'de lise öğrencilerinde yapılan bir çalışmanın sonucuna göre öğretmenlerinin sigara içtiğini bilmesi öğrencilerin sigara içicilik sıklığını anlamlı olarak artırmaktadır (28). Öğretmenlerin sigara içiyor olmasının öğrencilerin sigara içmesini etkileyen en önemli etmenlerden olduğu bildirilmiştir (29).

Sonuç ve öneriler

Sonuç olarak bu çalışmada, Muğla Üniversitesi Muğla Sağlık Yüksekokulu öğretim elemanlarında sigara içmenin yaygın olduğu saptanmıştır. Öğretim elemanlarının sigaranın zararları ile ilgili eğitim alma oranları yüksektir. Öğretim elemanlarının sigaranın zararları ile ilgili eğitim almalarının kendi sigara içiciliklerini etkilememesi ise en çarpıcı bulgudur. Muğla Sağlık Yüksekokulu'nda sigaranın zararları ile ilgili gerçekleştirilmiş sektörler arası eğitim çalışmalarının yetersiz ve sürekliliğinin olmadığı görülmüştür. Sigara ve sağlık konusunun okul

müfredatına konulması zorunlu duruma getirilmelidir. Sigaranın sağlığa zararları ile ilgili eğitimlerde Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı gibi kurumlarla işbirliği yapılmalıdır. Erişkin yaşta yapılan sigara içiciliğinin zararları ile ilgili eğitimlerin etkin olması, içici erişkinlerin içmeyi bırakmalarının sağlanması için, farklı destek programları ile birleştirilmesi ve eğitim sürekliliğinin sağlanması önemlidir.

Öğretmenlerin sigaranın zararları ile ilgili aldıkları eğitimlerin ve bilgilerinin sigara içme davranışı üzerine anlamlı fark yaratmadığı görülmektedir. Bu nedenle eğitimlerin içeriğinin ve niteliğinin sorgulanması gerekmektedir.

Teşekkür

Muğla Üniversitesi Muğla Sağlık Yüksekokulu Müdürlüğü'ne ve öğretim elemanlarına gerekli izini verdikleri, kolaylık gösterdikleri, katılım sağladıkları ve anlayışları için teşekkür ederiz.

İletişim: Dr. Metin Pıçakçıefe

E-posta: metinpicakciefe@mu.edu.tr

Kaynaklar

1. The Tobacco Atlas. Accessed January, 8, 2006 at http://www.who.int/tobacco/statistics/tobacco_atlas/en/
2. Türkiye Kardiyoloji Derneği. Türkiye Kalp Raporu 2000. İstanbul: Yenilik Basımevi; 2000.
3. Kessler DA, Witt AM, Barnette P, et al. The food and drug administration's regulation of tobacco products. N Engl J Med 1996;335:988-94.
4. Poulsen LH, Osler M, Roberts C, et al. Exposure to teachers smoking and adolescent smoking behaviour: analysis of cross-sectional data from Denmark. Tobacco Control 2002;11:246-51.
5. Conrad KM, Flay BR, Hill D. Why children start smoking cigarettes: predictors of onset. Br J Addiction 1992;87:1711-24.
6. Tyas SL, Pederson LL. Psychosocial factors related to adolescent smoking: a critical review of the literature. Tobacco Control 1998;7:409-20.
7. Alexander C, Piazza M, Mekos D, Valente T. Peers, Schools, and Adolescent cigarette smoking. J Adolesc Health 2001;29:22-30.
8. Sorensen G, Gupta PC, Sinha DN, et al. Teacher tobacco use and tobacco use prevention in two regions in India: qualitative research findings. Preventive Medicine 2005;41:424-32.
9. Sigara alışkanlıkları ve sigara ile mücadele kampanyası kamuoyu araştırması raporu, PİAR, 1988.
10. Fidan F, Sezer M, Demirel R ve ark. Öğretmenlerin sigara içme durumu ve sigara yasağı karşısındaki tutumları 2006;7(3):196-199.



11. Demirel Y, Toktamış A, Nur N, Sezer RE. İlköğretim okullarındaki öğretmenlerde sigara içme durumu. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi 2004; 24:492-7.
12. Danacı AE, Yorgancıoğlu A, Çelik P ve ark. Manisa ili lise öğretmenlerinin sigara içmeye karşı tutumları. Toraks Dergisi 2000;1:16-20.
13. Turgut T, Deveci F, Altuntaş E, Muz HM. Elazığ'da lise ve dengi okul öğretmenlerine uygulanan sigara anketi sonuçları. Solunum Dergisi 2001;3:295-9.
14. Kwamanga DH, Odhiambo JA, Gicheha C. Tobacco consumption among primary school teachers in Nairobi. East Afr Med J 2001;78: 119-23.
15. Sharma R, Pednekar MS, Rehman AU, Gupta R. Tobacco use among school personel in Rajasthan. India. Indian J Cancer 2004;41:162-6.
16. Bilir N, Doğan BG, Yıldız AN. Sigara içme konusundaki davranışlar ve tutumlar. Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, Yayın No:7, Ankara, 1997.
17. Ohida T, Osaki Y, Mochizuki Y, et al. Smoking behaviours and attitudes among school teachers in Mie, Japan. J Epidemiol 2000;10:16-21.
18. Mihaltan F, Ghiculete D, Enache G, et al. Survey of the prevalence of smoking in Rumanian teachers. Pneumologie 1994;48:481-3.
19. Maziak W, Mzayek F, al-Maushareff M. Smoking behaviour among schoolteachers in the north of the Syrian Arab Republic. East Mediterr Health J 2000;6:352-8.
20. Elders MJ, Perry CL, Eriksen MP, Giovino GA. The Report of the Surgeon General: Preventing tobacco use among young people. Am J Public Health 1994;84:543-7.
21. Alnasir FA. Bahraini school teacher knowledge of the effects of smoking. Ann Saudi Med 2004;24:448-52.
22. Marakoğlu K, Erdem D, Çivi S. Konya'da ilköğretim okullarındaki öğretmenler arasında sigara içme durumu. Türk Toraks Dergisi 2007;8(1):37-40.
23. www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/875.html; Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun. Resmi Gazete tarihi: 26/11/1996, sayı: 22829, kanun no: 4207. (Erişim Tarihi: 02.08.2010).
24. Kutlu R, Çivi S. Konya ili lise öğretmenlerinin sigara içme sıklığı ve etkileyen faktörler. TAF Prev Med Bull. 2007; 6(4): 273-278.
25. Pandey GK, Raut DK, Hazra S, et al. Patterns of tobacco use among school teachers. Indian J Public Health 2001;43:82-7.
26. bin Yaacob I, bin Harun MH. Smoking habits and attitudes among secondary school teachers. Southeast Asian J Trop Med Public Health 1994; 25: 74-9.
27. Poulsen LH, Osler M, Roberts C, Due P, Damsgaard MT, Holstein BE. Exposure to teachers smoking and adolescent smoking behaviour: analysis of cross sectional data from Denmark. Tob Control. 2002;11(3):246-51.
28. Keskinöğlü P, Karakuş N, Pıçakçıefe M, Giray H, Bilgiç N, Kılıç B. İzmir'de Lise öğrencilerinde Sigara İçme Sıklığı ve İçicilik Davranışı Üzerine Sosyal Öğrenmenin Etkisi. Tur Toraks Der 2006;7(3):190-195.
29. Apaydın KÇ, Akman M, Saçar K, Kaya S, Sulukaya M. Ergenlik çağındaki öğrenciler öğretmenlerinin sigara içmesinden etkileniyor. Marmara Medical Journal 2010; 23(1): 1-8.

0-6 Yaş Grubu Çocuğu Olan Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Durumu

Awareness of Mothers of 0-6-Year-Old Children about Safety Measures Against Home Accidents



*Betül Aktaş**

Öz

Amaç: Bu çalışma, 0-6 yaş grubu çocuğu olan annelerin, ev kazalarına yönelik aldıkları güvenlik önlemlerini belirlemek amacıyla planlanmış, tanımlayıcı bir çalışmadır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, Kars Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi'ne herhangi bir nedenle başvuran, 0-6 yaş grubu çocuğu olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 100 anne ile yürütülmüştür. Veri toplama aracı olarak on üç soruluk bilgi formu ve "0-6 Yaş Grubu Çocuğu Olan Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği" kullanılmıştır.

Bulgular: Annelerin %54'ü çocuklarının son iki ayda ev kazası geçirdiğini belirtmiştir. Çocukların geçirdikleri ev kazalarının %76.1'ini düşmeler oluşturmaktadır. Annelerin, "0-6 Yaş Grubu Çocuğu Olan Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği" puan ortalaması 81.47 ± 18.99 'dur.

Sonuç: Annelerin ev kazalarını önlemeye yönelik alınacak güvenlik önlemleri konusunda yetersiz oldukları ve yaklaşık çocukların yarısının birçok kez ev kazası geçirdiği saptanmıştır. Ev kazalarını önlemeye yönelik ebeveynlere eğitim ve danışmanlık yapılması önerilebilir.

Anahtar sözcükler: Ev kazaları, 0-6 yaş grubu çocuk, güvenlik önlemi

Giriş

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan tanıma göre kaza; insan iradesi dışında, ani ve çabuk beliren bir dış güç etkisiyle ortaya çıkarak fiziksel ve/ya da mental hasarlarla sonuçlanabilen olaydır (1). Kazalar tüm toplumlarda sağlık sorunları içerisinde önemli bir yere sahiptir. Tüm yaş gruplarında görülmekle birlikte özellikle 0-4 yaş grubu çocuklar için ölümlerin ve sakatlıkların başlıca nedenlerindedir (2,3).

Çocuklarda meydana gelen kazaların büyük kısmı evde meydana gelmektedir. Ev kazalarının sayısı olarak diğer kazalardan fazla olduğu tahmin edilmektedir. Ev kazaları, bir evin içinde ya da eve ait yakın çevrede olan kazalara denir. Ev kazaları özellikle çocuklar ve

Abstract

Aim: This is a descriptive survey which was planned to determine safety measures taken by mothers who have children in the age group of 0-6 years.

Materials and Methods: The survey performed with 100 consenting mothers who applied to Kars Hospital of Birth and Child Care for any reason and who had a 0-6-year-old child. Data were acquired via a survey including thirteen questions and "The Scale of Mothers of 0-6-year-olds Defining Safety Measures Against Home Accidents".

Results: 54% of mothers stated that their children had had a home accident in the past two months. 76.1% of these accidents were falling. Point average of mothers in "The Scale of Mothers of 0-6-year-olds Defining Safety Measures Against Home Accidents" was 81.47 ± 18.99 .

Conclusion: It was determined that mothers are deficient about safety measures preventing home accidents and approximately half of the children had had many home accidents. Parent-oriented training and counseling services may be suggested.

Key words: Home accident, Children in the age of 0-6 years, safety measures

yaşlı insanlar için ölümlere yol açabilen önemli bir halk sağlığı sorunudur (3, 4).

Dünyada ve ülkemizde ev kazaları özellikle 0-6 yaş döneminde çeşitli yaralanmalara, sakatlanmalara ve ölümlere neden olması açısından üzerinde durulması gereken bir konudur (3). Çocuklar tehlikelerin bilincinde olmamaları, çevresel risklere açık olmaları, bulma ve öğrenme konularında meraklı olmaları nedeniyle boğulma, yanma, düşme ve zehirlenme olaylarına daha sık maruz kalırlar. Özellikle düşmeler hem hastalık yükü hem de ölüm riski açısından en sık görülen yaralanma türüdür (3, 4).

Ev kazalarının önemli bir bölümü önlenebilir nedenlerle oluşmaktadır. Ev ortamında küçük düzenlemeler çocuklarda kaza sıklığını

azaltmada önemli bir girişimdir. Ev ortamında güvenlik önlemlerinin alınması, çocuğun yakından izlemi ebeveynlerin sorumluluğundadır. Ev kazalarına bağlı birçok yaralanma çevresel düzenlemelerle ve ebeveynlerin güvenli ev ortamı konusunda bilgilendirilmesi ile önlenebilir (5,6).

Kazalardan korunmaya yönelik önlemlerin anne-babaların risk algısını geliştirici yönde planlanması gerekmektedir (4). Anne babanın bazı basit önlemleri alması, bu kazaların önemli bir bölümünün oluşmasını engelleyebilir.

Bu çalışma, 0-6 yaş grubu çocuğu olan annelerin, ev kazalarına yönelik aldıkları güvenlik önlemlerini belirlemek amacıyla planlanmış, tanımlayıcı bir çalışmadır.

Gereç ve Yöntem

Çalışma, Kars Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi'ne herhangi bir nedenle başvuran, 0-6 yaş grubu çocuğu olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 100 anne ile yürütülmüştür. Araştırmanın verileri 15 Şubat 2007- 30 Mayıs 2007 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmaya başlamadan önce Kars Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi'nden izin alınmıştır. Annelere de çalışma hakkında bilgi verilerek sözlü onamları alınmıştır.

Çalışmada veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından geliştirilen, sosyodemografik özellikleri ve çocukların son

iki ayda ev kazası geçirme durumunu belirlemeye yönelik soruları içeren on üç soruluk bilgi formu ve "0-6 Yaş Grubu Çocuğu Olan Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği" kullanılmıştır.

"0-6 Yaş Grubu Çocuğu Olan Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği" Çınar tarafından 1999'da geliştirilmiş, 34 olumlu, 6 olumsuz ifade içeren, toplam 40 maddeden oluşan 5'li Likert tipi (1. Her zaman, 2. Çoğu zaman, 3. Bazen, 4. Nadiren, 5. Hiçbir zaman şeklinde) bir ölçektir. Her bir maddeye 1 ve 5 arasında puanlar verilmiştir. Olumsuz ifade içeren maddeler 6,9,23,30,40'ıncı maddelerdir. Negatif ifade içeren maddelerin puanları ters çevirilerek kullanılmaktadır.

Ölçekten alınabilecek en düşük puan 40, en yüksek puan 200'dür. En yüksek puan annelerin çocuğunu ev kazalarından korumaya yönelik önlemleri en üst düzeyde aldığını gösterir. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı 0,82'dir (7). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı 0,84'dür.

Verilerin değerlendirilmesinde istatistik paket programı kullanılmıştır. İstatistiksel değerlendirmede iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, Kruskal Wallis, Mann Whitney U testi kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular

Araştırmaya katılan annelerin yaş ortalaması 26.66 ± 5.18 , %71' ilkököl mezunu, %32'si iki çocuğa sahip ve %58'nin geliri giderinden azdır (Tablo 1).

Araştırmaya katılan annelerin çocuklarının yaş ortalaması $28,82 \pm 19.03$ aydır. Annelerin %54'ü çocuklarının son iki ayda ev kazası geçirdiğini belirtmiştir. Çocukların geçirdikleri ev kazalarının %76,1'ini düşmeler oluşturmaktadır (Tablo 2).

Annelerin, "0-6 Yaş Grubu Çocuğu Olan Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği" puan ortalaması 81.47 ± 18.99 'dur. Annelerin ölçekten aldıkları toplam puan ile eğitim durumları, aile tipi, ailenin ekonomik durumu, çocuk sayısı ve çocukların ev kazası geçirme durumu gibi sosyo demografik özellikleri ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar saptanamamıştır ($p > 0.05$).

Tartışma

Çocukların %54'ü son iki ayda ev kazası geçirmiştir. Çocukların geçirdikleri ev



Tablo 1. Annelerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları

Annelerin Sosyo-Demografik Özellikleri	Sayı	%
Annenin Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	2	2.0
Okur-yazar	11	11.0
İlkokul mezunu	71	71.0
Ortaokul mezunu	7	7.0
Lise mezunu	8	8.0
Üniversite mezunu	1	1.0
Aile Tipi		
Çekirdek aile	49	49.0
Geniş aile	51	51.0
Ailedeki Çocuk Sayısı		
Bir çocuk	17	17.0
İki çocuk	32	32.0
Üç çocuk	21	21.0
Dört çocuk ve üzeri	30	30.0
Ailenin Ekonomik Durumu		
Gelir giderden az	58	58.0
Gelir gidere eşit	31	31.0
Gelir giderden çok	11	11.0
Toplam	100	100.0

kazalarının %76,1'ini düşmeler oluşturmaktadır. Köse ve Bakırcı, çalışmalarında çocukların %32,8'nin son bir yıl içerisinde ev kazası geçirdiğini ve oluşan ev kazaları içerisinde en sık düşme, kayma ve yanıkların yer aldığını ifade etmiştir (4). Özmen ve arkadaşları çocukların %15,5'nin ev kazası geçirdiğini ve geçirdikleri kazaların %48,3'ünü düşmelerin oluşturduğunu saptamışlardır (8). Karataş, Kettaş ve Yurtsever çalışmalarında çocukların en az bir kez ev kazası geçirdiğini ve geçirilen kazalar içerisinde %66 oranla düşmenin ilk sırada yer aldığını belirlemiştir (9). Bizim çalışmamız bu çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılama ölçeği puan ortalaması 81.47 ± 18.99 'dur. Dericioğulları ve arkadaşları çalışmalarında annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılama ölçeği puan ortalamasını $162,6 \pm 14.42$ 'i olarak saptamıştır (10). Altundağ ve Öztürk'ün (2005) 1-3 yaş grubu çocuğu olan annelerle yaptığı çalışmada annelerin aynı ölçekten aldıkları puan ortalaması $158,98 \pm 14.482$ 'dir (5). Bizim çalışmamız, Dericioğulları ve arkadaşlarının çalışma sonucu ve Altundağ ve

Öztürk'ün çalışma sonucu ile karşılaştırıldığında ölçekten alınan puan oldukça düşüktür. Özmen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada annelerin aynı ölçekten aldıkları puan ortalaması $76,92 \pm 12,45$ 'dir (8). Bu çalışmanın sonucu bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 200 olduğundan ve puan yüksekliği annelerin çocuğunu ev kazalarından korumaya yönelik önlemleri en üst düzeyde aldığını gösterdiğinden, çalışmaya katılan annelerin ölçekten aldıkları puanların ev kazalarına yönelik güvenlik önlemleri almada yetersiz olduklarını göstermektedir.

Çocuklarını ev kazalarından korumaya yönelik annelere verilecek eğitimle, annelerin ev içi güvenlik önlemlerini almaları artırılabilir. Altundağ ve Öztürk verdikleri eğitimle annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılama ölçeği puan ortalamalarında anlamlı bir artış olduğunu saptamıştır (5).

Annelerin ölçekten aldıkları toplam puan ile eğitim durumları, aile tipi, ailenin ekonomik durumu, çocuk sayısı ve çocukların ev kazası geçirme durumu gibi sosyodemografik özellikleri ile karşılaştırıldığında istatistiksel

Tablo 2. Çocukların bazı özelliklerine göre dağılımları

Çocukların Özellikleri	Sayı	%
Çocukların Ev kazası Geçirme Durumu		
Geçiren	54	54.0
Geçirmeyen	46	46.0
Toplam	100	100.0
Geçirilen Ev Kazasının Türü*		
Düşme	134	76.1
Yanık	11	6.3
Zehirlenme	5	2.8
Boğulma	8	4.5
Kesilme	18	10.2
Toplam	176	100.0

*Birden çok kez kaza geçiren çocuk olduğu için toplam 54'den büyüktür

olarak anlamlı sonuçlar saptanamamıştır. Sonuç olarak; annelerin ev kazalarını önlemeye yönelik alınacak güvenlik önlemleri konusunda yetersiz oldukları ve yaklaşık çocukların yarısının birçok kez ev kazası geçirdiği saptanmıştır. Ev kazalarını önlemeye yönelik ebeveynlere eğitim ve danışmanlık yapılması önerilebilir.

İletişim: Betül Aktaş

E-posta: betula_ktas@hotmail.com



Kaynaklar

1. Tezcan S, Aslan D, Yardım N. Ankara İli Altındağ Merkez 1 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesinde Kaza Sıklığının Saptanması ve Kazaların Bazı Faktörlerle İlişkinin Belirlenmesi. Ege Tıp Dergisi 2001;40 (3): 165 – 173
2. Kıran S, Şemin S, Ergör A. Kazalara ve Toplum Sağlığı Yönünden Önemi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi Şubat 2001
3. Güler Ç, Çobanoğlu Z. Kazalar ve Önlenmesi. Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Birinci Baskı. Ankara.1994
4. Köse OÖ, Bakırcı N. Çocuklarda Ev Kazaları. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2007;16 (3):31-5
5. Altundağ S, Öztürk MC. Ev Kazalarına Yönelik, Güvenlik Önlemleri Alınması ve Kaza Görülme Sıklığına Etkisi. Ulusal Travma ve Acil Dergisi 2007; 13(3):180-5
6. Gielen AC, Wilson MEH, McDonald EM. et al. Randomized Trial of Enhanced Anticipatory Guidance for Injury Prevention. Arch Pediatr Adolesc Med. 2001;155:42-9
7. Çınar N, Görak G. "0-6 Yaş Çocuklarda Annenin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeğinin" nin Geliştirilmesi, Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması. Çocuk Formu 2003;6(1):22-7
8. Özmen D, Ergin D, Şen N, ve Ark. 0-6 Yaş Grubu Çocuğu Olan Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerinin Tanılanması. Aile ve Toplum Nisan-Mayıs-Haziran 2007;13-20
9. Karataş D, Kettaş E, Yurtsever S. Interventions By Mothers Of 1-6 Year Old Children After Home Accidents. Uluslar arası İnsan Bilimleri Dergisi 2006;3(2):1-14 ISSN: 1303-5134.
10. Dericioğulları A, Konak Ş, Kılınc G, ve ark. 0-6 Yaş Grubu Çocuğu Olan Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Durumu. 5. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu Mayıs 2007:65.

Birinci Basamakta Çocuk ve Ergenlerdeki Ruhsal Kökenli Bedensel Belirtileri Anlamak: Somatoform Bozukluklar

Understanding Psychologically-Based Somatic Complaints of Children and Adolescents in Primary Health Care: Somatoform Disorders



Dr. Işık Karakaya*, Dr. Şahika G. Şişmanlar**

Öz

Çocuk ve ergenler birinci basamakta çalışan hekimlere bilinen tıbbi bir hastalığa uymayan fiziksel belirtilerle başvurabilmektedirler. Bu tablo güncel sınıflandırma sistemlerinde somatoform bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı, Dördüncü Baskıda (DSM-IV) bu başlık altında tanımlanan yedi grup bozukluk; somatizasyon bozukluğu, konversiyon bozukluğu, ağrı bozukluğu, hipokondriazis, vücut dismorfik bozukluk, farklılaşmamış somatoform bozukluk ve başka türlü adlandırılmayan somatoform bozukluktur. Bu yazıda çocuk ve ergenlerde somatoform bozukluk alt gruplarının klinik özelliklerinden ve somatik yakınmayla birinci basamak hekimlerine başvuruda izlenebilecek değerlendirme stratejilerinden bahsedilmeye çalışılmıştır.

Anahtar sözcükler: Somatoform bozukluklar, Çocuk ve ergen, Değerlendirme, Birinci basamak sağlık hizmeti

Abstract

Children and adolescents frequently present to primary care units with physical symptoms and complaints that do not fully fit into traditional medical categories of disease. These types of symptoms are grouped together as somatoform disorders in the current psychiatric nomenclature. The seven groups described in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV) are pain disorder, conversion disorder, undifferentiated somatoform disorder, somatization disorder, hypochondriasis, body dysmorphic disorder and somatoform disorder not otherwise specified. In this paper we tried to explain the clinical properties of the subgroups of somatoform disorders and the assesment strategies for children with somatic complaints for physicians working at primary care units.

Key words: Somatoform disorders, children and adolescents, evaluation, primary health care.

Çocuk ve ergenler birinci basamak hekimlerine bilinen tıbbi hastalıklara uymayan fiziksel belirtilerle başvurabilirler. Bu belirtiler psikosomatik belirtiler olarak bilinmekle birlikte güncel psikiyatrik dilde somatoform bozukluklar (SB) olarak adlandırılmaktadır (1). ICD-10 tanımlamasına göre SB, yineleyici fiziksel belirtileri nedeniyle sık sık hekimlere başvurarak muayene ve tetkiklerden geçen, organik bir durum saptanmadığı kendilerine açıklandığı halde belirtilerle ilgili uğraşlarını sürdüren, fiziksel bir bulgu saptansa bile bunun yakınmaların şiddetini açıklayacak düzeyde olmadığı, belirtilerin başlaması ve sürmesinde bazı yaşam olaylarının, güçlüklerin ve iç çatışma ya da sorun yaratabilecek nitelikte etkenlerin bulunmasına karşı bu ilintilerin hasta tarafından kabul edilmediği, yadsındığı bir grup bozukluk olarak açıklanmaktadır (2). Somatizasyon terimi de herhangi bir fiziksel hastalık ya da patoloji ile

açıklanamayan fiziksel belirtileri ya da kişi üzerindeki etkilerini açıklamak için kullanılmaktadır (3). Kişiler fiziksel bir hastalığın varlığına ilişkin kanıt olmamasına karşın bedensel bir hastalıkları olduğu endişesini taşırlar ve temelinde ruhsal ve/ya da sosyal alandaki sorunlar olan bu durum için tıbbi yardım arayışı içindedirler.

Somatoform bozukluk tanısı alan çocuk ve ergenlerdeki özellikler şunlardır,

- Belirtiler istemli değildir ve hasta için bir amaca hizmet etmez (okuldan kaçma, sosyal ilişkilerde değişiklik yaratma, tıbbi yolla ilgi kazanma gibi).

- Karakteristik bir özellik olarak bedensel duyuumlara hassasiyet vardır. Bu tür hastalar bedendeki duyuumlara ya da değişikliklere karşı artmış bir dikkat ve hassasiyet gösterirler. Bu belirtileri tehlikeli olarak algılayıp abartılı biçimde tepki verirler.

- Yaşam olayları ile duyguları bağdaştırmada ve duygularını dile getirmede güçlük yaşarlar.
 - Belirtiler genellikle sıkıntı verici bir yaşam olayı ardından başlar (istismar, kayıp, ölüm).
 - Okul reddi sık görülen bir komplikasyondur.
 - Anksiyete ve depresif bozukluklar sıkça tabloya eşlik eder.
 - Uyku bozuklukları da sık görülür, özellikle uykuya dalmada güçlük olabilir.
 - Çocuğun gözlem altında olduğu durumlarda belirtiler daha belirgin duruma gelir.
 - Aile üyelerinde de benzer belirtiler olabilir (4, 5).
- Güncel sınıflandırma sistemlerinden DSM-IV TR'de (Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı) somatoform bozukluklar (SB) 7 başlık altında değerlendirilmektedir. Bunlar, somatizasyon bozukluğu, konversiyon bozukluğu, ağrı

bozukluğu, hiponkondriasis, vücut dismorfik bozukluk, farklılaşmamış somatoform bozukluk ve başka türlü adlandırılmayan somatoform bozukluktur (1).

Somatizasyon bozukluğu, Briquet Sendromu olarak da adlandırılmaktadır. Bozukluğun sıklığı kadınlarda %0.2- 2, erkeklerde %0.2'den daha az olarak bildirilmektedir. Çocuk ve ergenlerde DSM-IV ölçütlerini karşılayacak biçimde somatizasyon bozukluğu tanısı oldukça nadirdir, öte yandan yineleyici somatik yakınmalar pediatrik yaş grubunda sık görülmektedir (4). Bozukluğun temel özellikleri şunlardır; en az iki yıl süre ile tıbbi bir durumla açıklanamayan çok sayıda fiziksel yakınmanın olması, en az iki farklı organ sistemini tutan altıdan fazla belirtinin olması (gastrointestinal, kardiyovasküler, genitoüriner, cilt ve ağrı belirtileri), belirtilerin belirgin bir sıkıntıya yol açması ve hastaya tıbbi bir rahatsızlığının olmadığına dair güvence verilmesine karşın bu durumu kabullenmemesidir (1).

Somatizasyon ergenlik döneminde ve kızlarda daha sık rastlanan bir durumdur. Düşük sosyoekonomik düzey ve düşük anne-baba eğitim düzeyi olan çocuklarda da somatizasyon belirtileri sık görülmektedir (6, 7,8, 9, 10, 11).

Yineleyen karın ağrıları ve baş ağrısı ergenlik öncesi çocuklarda en sık bildirilen somatik yakınmalardır (12,13). Sırt ağrısı, kas ağrısı, halsizlik ve nörolojik nitelikteki yakınmalar ise yaşla birlikte artış gösterir (7, 9,10,11).

Konversiyon Bozukluğu

İstemli motor ya da duyu işlevlerini etkileyen, nörolojik ya da diğer bir genel tıbbi durumu düşündüren bir belirti ya da kaybın olması ile karakterizedir. Bu belirti ya da kayba psikolojik etkenlerin eşlik ettiği yargısına varılır, çünkü bu belirti ya da kaybın başlaması öncesinde çatışmalar ya da diğer stres etkenleri vardır. Diğer somatoform bozukluklarda olduğu gibi hastalar bu belirtileri bilinçli ve istemli olarak ortaya çıkarmazlar ya da durduramazlar. Bu bozuklukta nörolojik hastalıkları düşündüren motor, duyu ve visseral belirtiler görülebilir (1). En sık görülen motor belirtiler, psikojenik nonpileptik nöbetler, paralizi, istem dışı



Tablo 1. Epileptik nöbet ve konversif nöbet arasındaki farklar

Epileptik Nöbet	Konversif Nöbet
Nöbet sırasında anormal EEG bulguları	Normal sınırlarda EEG
İnkontinans siktir	Nadirdir
Fiziksel yaralanma siktir	Nadirdir
Genelde stresle bağlantılı yoktur	Vardır
Epileptik nöbetin tipik motor bileşenleri görülür	Motor hareketler tipik değildir
Telkine yanıt yoktur	Genelde telkine yatkındırlar
Postiktal konfüzyon siktir	Nadirdir
Nöbet sırasındaki olayları anımsamaz	Genellikle anımsar
Genelde yalnızken nöbet görülür	Başkalarının yanındaiken görülür
Ani başlagıçlıdır	Yavaş başlagıç görülür

hareketler, astazi ve abazidir. Duyusal belirtiler el ve ayaklarda duyu kaybı ve körlük şeklinde olabilir. Tıbbi bir nedenle açıklanamayan yineleyen kusma atakları (siklik kusma) ve "globus histerikus" sık karşılaşılan visseral belirtileridir (14,15). Konversiyon bozukluğu tüm yaşlarda kızlarda daha sık görülmektedir. Altı yaş öncesi nadir görülen bir tablo olduğu bildirilmiştir (4). Ülkemizde yapılan çalışmalarda en sık belirtinin psikojenik nöbetler olduğu gösterilmiştir (9,10,11,16). Psikojenik nöbet ve epileptik nöbet arasında ayırt edici özellikler Tablo 1'de sunulmuştur. Yine Türkiye kaynaklı birçok konversiyon bozukluğu olgu sunumlarına yazında rastlanmaktadır (17,18,19).

Ağrı Bozukluğu

Çocuk ve ergenlere ağrı bozukluğu en sık karşılaşılan sorunlardandır. Ağrı genel tıbbi durumla açıklanamayan ve tıbbi müdahalelere yanıt vermeyen, süreğen ya da yineleyici niteliktedir. Ağrı belirgin sıkıntıya yol açabilir. Çocuk ya da ergenin işlevselliğinde belirgin değişikliklere yol açarak okula devamı gibi günlük aktivitelerini etkileyebilir, sık doktor başvurularına yol açabilir (1). Görülme sıklığı % 10-15 arasında bildirilmektedir (4). En sık baş ağrısı ve karın ağrısı yakınması görülmektedir. Ekstremitte ağrısı ve göğüs ağrısı da sık görülmektedir. Karın ağrıları çocuklarda, ekstremitte ağrıları ve baş ağrısı ergenlerde siktir (10,11).

Hipokondriasis

Kişinin en az altı ay süre ile vücut belirtilerini yanlış yorumlamasına bağlı olarak ciddi bir hastalığı olacağı korkusunu ya da ciddi bir hastalığı olduğu düşüncesini taşıyıp durması olarak tanımlanmaktadır. Yeterli tıbbi değerlendirme yapılmasına ve güvence verilmesine karşın bu düşünceler sürüp gitmektedir (1). Aslında, ebeveynler çocuklarının fiziksel belirtileri ile ilgili sıklıkla endişe yaşarlar. Bu nedenle ebeveynin kaygılarını çocuğun kaygılarından ayırmak önemlidir. Çocuk ve ergenlerde hipokondriasisin görülmesi ile ilgili bilgiler oldukça kısıtlıdır (4). Kanser olma korkularının çocukluk yaş grubunda sık görüldüğü bilinmektedir (9,10). Aynı zamanda yazarlar ergenlikte görülen gelip geçici hastalık korkularının hipokondriasis olarak ele alınmaması gerektiğini vurgulamaktadır (9,10).

Farklılaşmamış Somatoform Bozukluk

Yorgunluk, iştahsızlık, gastrointestinal ya da üriner yakınmalar gibi bir ya da birden fazla fizik yakınmanın olduğu, yeterli tıbbi incelemeden sonra genel bir tıbbi durum ya da bir maddenin doğrudan etkileriyle açıklanamayan ve en az altı ay süredir devam eden tablo farklılaşmamış somatoform bozukluk olarak adlandırılmaktadır. Tanı koymak için, bu belirtiler çocuk ya da ergenin işlevselliğinde bozulmaya neden olmalıdır (1). Zihinsel uğraşı ya da hafif fiziksel efor sonrasında dahi uzun süreli ve şiddetli

yorgunluk durumunun yanı sıra kaslarda ağrı ve sızı, dispepsi, baş dönmesi, baş ağrısı, uyku bozuklukları, gevşeyememe ve huzursuzluk gibi belirtiler görülebilir (4).

Vücut Dismorfik Bozukluğu

Görünümündeki hayali bir kusur ile (sıklıkla ciltte ya da yüzdeki) uğraşıp durma halidir. Hafif bir fizik anomali varsa bile kişinin kaygısı buna göre belirgin olarak fazladır. Bu kişinin kusuruna dair yoğun zihinsel uğraşı sosyal kaçınmaya yol açabilir. Bu kişiler ciddi ve pahalı kozmetik cerrahi müdahaleler ve dermatolojik tedaviler için başvurabilirler. Çocuk ve ergenin sosyal yaşamında, okul ve aile yaşamında belirgin etkilenme söz konusudur (1). Bu bozukluk genellikle ergenlik döneminde başlar. Çocukluk döneminde çok nadir görülür (4,15,20). Çocuk ve ergenlerde görülme sıklığı bilinmemekle birlikte dermatoloji ve plastik cerrahi uzmanlarının rastlayabileceği bir durumdur. Ergenlerde yapılan çalışmalarda en sık cilt, saç, karın, kilo ve dişlerle ilgili uğraşların olduğu bildirilmiştir (10,11).

Çocuk ve ergenlerde görülen somatoform bozuklukların bazı anahtar özellikleri olduğu vurgulanmaktadır.

Bunlar

- Normal gelişimsel bir süreci takiben belirtiler gerçek bir kazadan, hastalıktan hemen sonra, özellikle ebeveynlerin aşırı ilgi gösterdikleri durumlarda ortaya çıkabilir.
- Ergenlik öncesindeki çocuklar, daha büyük çocuklara göre duygusal zorluklarını fiziksel belirtilerle ifade etme eğilimindedirler (örneğin karın ağrısı).
- Ergenlik öncesindeki çocuklar daha çok baş ve karın ağrısı yakınması ile gelirken, daha büyük çocuklar ekstremitelerde, kas ağrısı ve nörolojik belirtileri daha sık bildirirler.
- Okul öncesi çocuklar ağrıdan yakınmakta birlikte, ağrının özelliklerini tanımlamakta zorlanırlar. Okul çağı çocuklarının ağrı eşikleri daha yüksektir ve ağrının yarattığı sıkıntıyı daha iyi tanımlarlar.
- Ağrı hassasiyeti ve anksiyete arasında belirgin bir bağ vardır.
- Çoğul somatik belirtilerle gelen çocukların ailelerinde anksiyete ve depresyon tanılarının sıkça rastlanır.

- Çocuklukta cinsel istismar deneyimi çoğul somatik belirtilere yatkınlığı artırıcı bir risk etkenidir.

- Fiziksel ve cinsel istismar öyküsü olan ergenlerde, olmayanlara göre daha sık ruhsal fiziksel belirti saptanır.

- Daha önce tıbbi bir hastalık tanısı alınan somatoform bozukluk gelişme riskini artırdığına dair bulgular vardır (15,21).

Etyoloji

Somatoform bozukluklarda pek çok etyolojik etkenden söz edilmektedir. Nörobiyolojik etmenler üzerinde durulmakta, kişilerin normal fizyolojik duyuları yanlış algılamaları sonucunda da belirtilerin ortaya çıkmış olabileceği söylenmektedir.

Psikanalitik açıdan bakıldığında ise, kişilerin yaşadıkları bunaltıyı somatik bir işlev bozukluğuna döndürerek çözümlemeye çalıştığı söylenmektedir. Ortaya çıkan belirti bireydeki bunaltıyı yatıştırılmaktadır (birincil kazanç) ve aynı zamanda kişinin hasta olarak bakılmasını, sorumluluklarının azalmasını da sağlamaktadır (ikincil kazanç). Bu kazançlar da hastalık belirtilerinin daha süregelen duruma gelmesinde rol oynamaktadır.

Etyolojide üzerinde durulan bir diğer etken de "öğrenme" dir. Özellikle çocuklar çevrelerindeki kişilerin hastalığa yönelik tutum ve davranışları, aynı zamanda hasta rolünün getirdiği yararları öğrenerek belirti geliştirebilirler. Ebeveynlerin hastalıkla ilgili endişeleri, merakları fazla ise ve ikincil kazançlar belirgin ise belirtiler sürebilir.

Somatik belirtilerin bireyin beden dili olduğu da söylenmektedir. Bedensel belirtiler bir çeşit iletişim aracı ya da yardım çağrısı olarak kullanılmaktadır. Çocukların sözel ifadelerinin erişkinlere göre daha kısıtlı oluşu somatizasyonu daha çok kullanmalarının önemli bir nedeni olarak gösterilmektedir.

Çocuk ve ergenlerde somatoform bozukluklar ile psikososyal stres ve aile içi çatışmalar arasında da anlamlı bir ilişki vardır. Bu nedenle tüm aile bireylerinin değerlendirilmesi ve ayrıntılı öykü alınması gereklidir. Bunun yanı sıra düşük sosyoekonomik düzey, kalabalık aile ortamı, göç, eğitimle ilgili zorluklar, cinsel, fiziksel

istismar gibi birçok olumsuz yaşam olayı da ortaya çıkarıcı etken olarak göze çarpar (9, 10,11,19).

Değerlendirme

Somatoform bozukluk belirtileri sergileyen hastaların fizik muayeneleri genellikle normaldir ya da bulgular hastanın yakınmaları ile uyumlu değildir. Daha önceki tıbbi ve ruhsal değerlendirme bulguları dikkatlice gözden geçirilmeli, aynı zamanda ailedeki fiziksel ve ruhsal hastalıklar sorgulanmalıdır. Laboratuvar değerlendirmeler, hekim tıbbi bir hastalık olmadığına dair kanaat getirene kadar sürmelidir. Organik bir neden olmadığını kesin olarak bilmek olanaksızdır. Öte yandan aşırı tıbbi değerlendirme hastanın kaygısını artırıcı bir etkindir (4, 5, 15).

Tıbbi öyküdeki bazı bulgular hekimi somatoform bozukluk tanısını düşünmeye teşvik etmelidir:

- Ailede benzer somatik belirtiler varsa,
- Fiziksel ya da cinsel istismar öyküsü varsa,
- Belirtilerin başlangıcında ya da öncesinde stres verici ciddi bir yaşam olayı varsa,
- Belirtiler çocuğun gözlenmesi sırasında kötüleşiyorsa,
- Belirtiler çocuğu uykudan uyandırmıyorsa,
- Belirtiler kalıcıysa (Şiddetinde dalgalanma olmuyorsa ya da çevresel değişikliklerden etkileniyorsa),
- Belirtiler artış göstermiyorsa (Tıbbi hastalıklar zamanla gerilemezler.),
- Çok sayıda hekim başvurusu varsa bulgular somatoform bozukluk lehinedir (5).

Aynı zamanda değerlendirme sırasında çocuğa ya da aileye şu soruları yöneltmek hekime yardımcı olabilir:

Bu sorunun nedeni ne olabilir?

- Özellikle kendinde olduğunu düşündüğün bir hastalık var mı? (kanser, kalp hastalığı gibi)
- Bu belirtileri iyileştirmek için neler yaptınız?
- Bu belirtiler bir sıkıntı ya da stres sonrasında ortaya çıkmış olabilir mi?

- Ailede benzer yakınmaları olan herhangi birisi var mı?

Geçici somatizasyon belirtileri sıkırtır ve genellikle çocuğun yaşamında önemli aksaklıklara yol açmaz. Bu olgularda belirtiler bir iki hafta içinde kendiliğinden çözülür, çocuk ve ergenin yaşamı etkilenmez. Çevresel olaylar ve yeni stresörler duyarlı olan çocuklarda belirtileri yeniden alevlendirebilir (4, 15,22).

Somatoform bozukluğu olan çocuk ve ergenlerin tedavisi multidisipliner bir yaklaşımı gerektirir. SB'lerin tedavisinde yalnızca tıbbi yaklaşım ya da yalnızca psikiyatrik yaklaşım sıklıkla başarısız olmaktadır, her iki yaklaşımı birlikte içeren tedavi şekli en etkin yöntemdir. Başarılı bir tedavi, hastaya yaklaşıma ve hasta ile ailesinin psikoeğitimi sırasında klinisyenler arasındaki etkin işbirliğine bağlıdır. Belki de bu hastaların etkin bir biçimde ele alınmasındaki en önemli unsur izlem ve yönlendirmelerin tek hekim tarafından yapılmasıdır (4, 23,24).

Herhangi bir bedensel yakınmayla birinci basamağa başvuran çocuk ve ergenler hekimin tüm bilgi, becerisi ve deneyimlerinden yararlanarak en kısa sürede "öncelikle zarar verme" temel ilkesi çerçevesinde değerlendirilmelidirler. Hekim tarafından SB tanısı düşünülse dahi çocuk ve ergenlerdeki bedensel belirtilerin metabolik, nörolojik ya da psikiyatrik nitelikte olabileceği göz önüne alınarak en kısa süre içinde fizik, nörolojik ve psikiyatrik muayenelerin ve gerekli laboratuvar incelemelerinin tek elden yapılabilmesi bir merkeze yönlendirilmesi uygun olacaktır.

İletişim: Dr. Işık Karakaya

E-posta: karakaya73@yahoo.com

Kaynaklar

- 1- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of Mental Disorders. 4th edition. (DSM-IV). American Psychiatric Association, Washington D.C. 1994. 1994'den çeviren Köroğlu E. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.
- 2- ICD-10. Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması, Dünya Sağlık Örgütü, 1992'den Öztürk O. Uluğ B yönetiminde çevrilmiştir. Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği, Ankara. 1993.

- 3- Lipowski ZJ. Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry* 1988;145: 1358-1368.
- 4- Fritz GK, Campo JV. Somatoform disorders. In: Lewis M, ed. *Child and Adolescent Psychiatry A comprehensive Textbook*. 3rd edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins;2002, 847-858.
- 5- Pattaki CS, Kaye DL. Somatoform disorders and functional syndromes. In: Kaye DL, Montgomery ME, Munson SW eds. *Child and Adolescent Mental Health*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2002; 350-370.
- 6- Compo JV, McWilliams L, Comer D ve ark. Somatization in pediatric primary care: Association with psychopathology, functional impairment, and use of services. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1999; 38: 1093-1101.
- 7- Walker LS, Greene JW. Negative life events and symptom resolution in pediatric abdominal pain patients. *J Pediatr Psychol*, 1991; 16: 341-360.
- 8- Steinhausen HC, Von Aster M, Pfeiffer E, Gobel D. Comparative studies of conversion disorders in childhood and adolescence. *J Child Psychol Psychiatry*, 1989; 30: 615-621.
- 9- Pehlivan Türk B. Somatoform bozukluklar. *Katkı Pediatri Dergisi*, 1996; 17: 864-878.
- 10- Pehlivan Türk B. Somatoform bozukluklar. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı içinde. Çuhadaroğlu Çetin F (ed), HYB Basım Yayın, 2008, sy: 423-437.
- 11- Perdahlı Fiş N. Somatoform bozukluklar. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları içinde. Soykan Aysev A, Işık Taner Y (eds), 2007, sy: 629-639.
- 12- Faull C, Nicol AR. Abdominal pain in six-year-olds: an epidemiological study in a new town. *J Child Psychol Psychiatry*, 1986; 27: 251-260.
- 13- Garber J, Walker LS, Zeman J. Somatization symptoms in a community sample of children and adolescents: further validation of the children's somatization inventory. *Psychol Assess*, 1991; 3:588-595.
- 14- Orfenelli L, Barkowski WJ. Conversion disorder in a pediatric transgender patient. *J Neurosci Nurs*, 2006; 38: 114-116.
- 15- Fritz GK, Fritsch S, Hagino O. Somatoform disorders in children and adolescents: a review of past ten years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1998; 36: 1329-1338.
- 16- Pehlivan Türk B, Ünal F. Konversiyon disorder in children and adolescents: Clinical features and comorbidity with depressive and anxiety disorders. *Türk J Pediatrics*, 2000; 42: 132-137.
- 17- Akdemir D, Ünal F. Early onset conversion disorder: a case report. *Türk Psikiyatr Dergisi*, 2006; 17: 65-71.
- 18- Karakaya I, Coşkun A, Komsuoğlu S, 'Konversiyon Bozukluğu Belirtisi Olarak' Psödoabduzens Paralizi': Bir olgu Sunumu, *Nöropsikiyatri Arşivi*,2002; 39(1): 40-43.
- 19- B Sonuvar B, Pehlivan Türk B. Çocuk ve Ergenlerde Konversiyon Bozukluğu, *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi* 1999; 1(1):62-67.
- 20- Dyl J, Kittler J, Phillips KA, Hunt JI. Body dysmorphic disorder and other clinically significant body image concerns in adolescent psychiatric inpatients: prevalence and clinical characteristics. *Child Psychiatry Hum Dev*, 2006; 36: 369-382.
- 21- Gerralde ME. Practitioner review assessment and management of somatization in childhood and adolescence: a practical perspective. *J Child Psychol Psychiatry*, 1999; 40: 1159-1167.
- 22- Ginsburg GS, Riddle MA, Davies M. Somatic symptoms in children and adolescents with anxiety disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2006; 45: 1179-1187.
- 23- Olde Hartman TC, Luccassen PL, van de Lisdenk EH, Bar HH, van Weel C. Chronic functional somatic symptoms: a single syndrome. *Br J Gen Pract*, 2004; 54: 922-927.
- 24- Silber TJ, Pao M. Somatization disorders in children and adolescents. *Pediatr Rev*, 2003; 24: 255-264.



Dr. Arzu Demirtola Pampal*

Öz

Çocuk hastalarda baş boyun bölgesi kitleleri birinci basamak hekimlerinin sıklıkla karşılaştıkları sorunlardır. Ayırıcı tanısında çok fazla ve farklı hastalık gruplarının olması nedeni ile tanı güçlüğü çekilebilmektedir. Bu yazının amacı birinci basamak hekimlerini çocukluk yaş grubunda sık olarak karşımıza çıkan baş boyun bölgesi kitle nedenlerini anımsatmak ve böyle hastalara yaklaşırken doğru bir algoritma oluşturmaları konusunda yardımcı olabilmektir.

Anahtar sözcükler: Baş boyun bölgesi kitleleri, Çocuk

Baş ve boyun bölgesi kitleleri çocukluk yaş grubunda sıklıkla karşılaşılan, tanı konması önem arz eden klinik durumlardır. Görünür yerleşimleri nedeni ile genellikle anne babalar tarafından fark edilen bu kitleler yol açtıkları malign hastalık endişesi nedeni ile belki de hekimlere en kısa sürede başvuru sebebidir. Bu kitleler konjenital, inflamatuvar ya da neoplastik kökenli olabilir (Tablo 1). Dikkatli ve tam bir fizik muayene ile uygun bir laboratuvar inceleme doğru tanıyı da birlikte getirecektir. Ayrıca bölge anatomisinin ve embriyolojisinin de bilinmesiyle de kitlelerin

Abstract

The primary care providers often encounter head and neck masses of in the pediatric age group. Due to the wide spectrum of the differential diagnoses, these masses often present diagnostic challenges. The aim of this paper is to review the most common etiological factors of head and neck masses in childhood and to help the primary care providers create an algorithm in evaluating these patients.

Key words: Head and neck masses, Child

ayırıcı tanısının yapılması kolaylaşacaktır. Bu yazının amacı, sıklıkla çocuk hekimlerine ve çocuk cerrahlarına başvuru nedeni olan baş boyun kitlelerinin tanı ve tedavileri hakkında birinci basamak hekimlerinin bilgilerini tazelemektir.

En Sık Karşılaşılan Baş ve Boyun Kitleleri 1. İnflamatuvar Kitleler

Tamamen sağlıklı olduğu bilinen bebek ve çocuklarda muayene sırasında fark edilebilen servikal lenfadenopati görüme oranı %28-55 olarak bildirilmiştir (1). Baş boyun bölgesi için 20 mm'den daha büyük lenf bezleri patolojik olarak kabul edilir. Yüzeysel ya da derin lenf

Tablo 1. Çocuklarda baş boyun bölgesi kitlelerinin ayırıcı tanısı

İnflamatuvar Kitleler	Konjenital Kitleler	Neoplastik Kitleler
Reaktif	Tiroglossal kanal kisti	Benign (lipom, fibrom,
Bakteriyel	Brankial yarı kist/ sinüsleri	nörofibrom, tiroid nodülleri
Viral	Damarsal anomaliler	Malign (Hodgkin lenfoma,
Mikobakteriyel	Dermoid/Epidermoid kist	non-Hodgkin lenfoma,
Granulomatoz	Bronkojenik kist	rabdomiyosarkom,
Histoplazmosis	Teratoma	nöroblastom, tiroid kanseri, nazofarenks
Sarkoidozis	Laringosel	nazofarenks kanseri, tükürük
Kedi tırnağı hastalığı	Timik kist	bezi kanseri, metastatik
Sialadenits	Servikal kaburga	kanserler)
	Ektopik tiroid dokusu	

bezlerinin tutulumu, enfeksiyonun giriş yeri konusunda bilgi vericidir. Yüzeysel lenf bezlerindeki büyümeler, epitel yüzeyinden invazyon (bukkal mukoza, deri, saçlı deri) lehine iken derin lenf bezlerindeki büyümeler daha merkezi yapıların enfeksiyöz durumlarından (orta kulak, posterior farinks) kaynaklanır.

İki haftadır devam eden bir lenf bezi büyümesi akut lenfadenopati (LAP) olarak kabul edilir. Akut başlangıçlı bilateral servikal LAP'ın en sık nedeni viral ya da streptokokal solunum yolu enfeksiyonları iken tek taraflı LAP %40-80 oranında streptokok ya da stafilokok enfeksiyonlarına bağlı görülür (2). Stafilokokal enfeksiyonlara bağlı LAP'lar streptokoklara bağlı olanlara göre daha uzun sürede gerileme ve daha fazla oranda süpürasyon eğilimindedir. Yenidoğanlarda B grubu streptokokların yol açtığı LAP'larda submandibular bölgede şişlik, kızarıklık ve hassasiyete eşlik eden sistemik bir ateş, huzursuzluk ve beslenme bozukluğu tablosu vardır. Diş bakımı kötü olan ya da periodontal hastalıkların eşlik ettiği çocuklarda görülen LAP'lar anaerobik etkenlerden kaynaklanır. Penisilin dirençli stafilokoklar ve A grubu streptokoklara bağlı olarak görülen akut süpüratif lenfadenitlerin muayenede fark edilmesi durumunda, orofarenkste, baş ya da boyun bölgesinde birincil bir enfeksiyon



Şekil 1. Tiroglossal kanal kisti

odağının aranması gerekliliği akılda bulundurulmalıdır, Beta laktamaz üretebilen bakterilere karşı ampirik olarak başlanan beta laktamaz dirençli antibiyotik tedavisiyle iyileşme yanıtın görülmemesi ileri tanısal testler için bir endikasyondur. Bu tip hastalarda ileri tanısal testler; tam kan sayımı, periferik yayma, biyokimyasal ve serolojik inceleme, PPD deri testi, akciğer grafisi, ultrasonografi, ince iğne aspirasyonu ile alınan örneğin mikroskopik incelemesi ve aerobik/anaerobik kültürlerinin yapılmasını içerir.

Toplum kökenli metsilin dirençli stafilokokus aureus (MRSA), çocuk yaş grubu süpüratif servikal lenfadenitleri etyolojisinde artık daha sık olarak karşımıza çıkmaktadır ve tanılandırıldığında antibiyotik direnci nedeni ile uygun biçimde tedavi edilmelidir (3).

İki ila altı haftadır devam eden lenf bezi büyümeleri subakut LAP olarak kabul edilir. Subakut olarak gelişen tüberküloz ve nontüberküloz lenfadenitlerinin kliniği benzerdir. Hastalarda birdenbire ortaya çıkan bir lenf bezi büyümesi vardır ve izleyen eden 2-3 hafta içinde bezin boyutu iyice artar. Bezin üzerindeki deride pembe eflatun renk değişikliği ve deri kalınlığında azalma ve parşömen benzeri görünüm tipiktir. Tüberküloz adeniti, posterior üçgen ve supraklavikular lenf bezlerinde görülürken atipik mikobakteriler daha sıklıkla üst servikal zincir ve submandibuler lenf bezlerini tutarlar. Atipik mikobakteriyel lenfadeniti olan hastaların %50'sinde endürasyon ve spontan drenaj gelişip lenf bezinden sinüs gelişebilir. Makrolid grubu antibiyotikler tedavide yararlıdır ancak bu tip adenitler sıklıkla cerrahi tedavi gerektirmektedirler. Tüberküloza ikincil gelişen LAP'larda çoklu antitüberküloz tedavisini izleyen üç ay içerisinde gerileme görülür. (2,3)

Endemik bölgelerde ve bağışıklık sistemi baskılanmış çocuklarda servikal LAP'lar mantar enfeksiyonlarına ikincil gelişebilir. Mediastinal kitleler bu hastalarda tablolara eşlik edebilir. Serolojik testler ya da deri testleri tanı koydurucudur ve pek çoğu kendiliğinden iyileşme eğilimindedir.

Akut bakteriyel adeniti olan çocukların %25'inde fluktuasyon gelişir. Bu hastalarda yapılan çoklu iğne aspirasyonları ile yeterli drenaj sağlanamadığında anestezi altında cerrahi kesi ile yapılacak bir girişim apse

kavitesinin tamamının boşaltılmasını sağlar. Cerrahi tedavi ayrıca atipik mikobakteriyel adenitlerde, süpüratif inflamatuvar ya da fistülleşmiş lenfadenitlerde endikedir.

Çocukluk yaş grubunda servikal adenopatilerin %80-90 oranında iyi huylu olduğu kabul edilmekle birlikte hızlı büyüyen, ağrısız, sert, altındaki dokulara ya da cilde sıkıca bağlı ya da altı haftadan uzun süredir devam eden, özellikle de supraklavikuler ya da posterior üçgende yerleşmiş adenopatilerin malign hastalıklar açısından uyarıcı olması gerekmektedir. Servikal lenfadenitlere yaklaşım şeması Şekil 1'de verilmiştir.

2- Neoplastik Kitleler

Çocuklarda en sık görülen baş-boyun bölgesi neoplazisi lenfomadır. Bunu servikal rabdomiyosarkom, nöroblastom, teratom izler (4). Bu bölge lenfomaları, %60 oranında non-Hodgkin lenfomadır (NHL). Sıklıkla lenfoma bölgedeki lenf bezlerinden köken alır; ancak Waldeyer halkası, paranasal sinüs mukozası, nazal ve oral boşluklar gibi lenf bezi dışı alanlardan kaynaklanabileceği gibi mediastendeki büyük kitlelerin uzantısı şeklinde olabilir.

Hodgkin Hastalığı (HH): Bimodal yaş dağılımı olan, 5 yaş altında nadir görülen ve çocukluk çağı kanserlerinin %5'ini oluşturan HH'nin etiyolojisi multifaktöryel olup Epstein-Barr virus maruziyeti ile ilişkilidir.



Şekil 2. Bilateral 2. brankial ark fistülü

Noduler lenfosit baskın HH, herhangi bir şikayeti olmayan kişilerde görülen sınırlı tipte bir lenfomadır ve 10 yaş altı erkek çocuklarda sık görülür.

Hastalar genellikle ağrısız supraklavikuler ya da servikal LAP ile başvururlar. Tutulan lenf bezleri genellikle inflamatuvar lenf bezlerine göre daha serttir, lastik kıvamındadır. Önemli olarak bu hastaların 2/3'ünde tanı anında mediastinal tutulum da bulunmaktadır. Bir akciğer grafisi ile bu durum tanılandırıldığında bilgisayarlı tomografi (BT) ile mutlaka mediasten değerlendirilmelidir. Tutulan lenf bezinden alınacak biyopsi tanının konması ve hastalığın alt tipinin belirlenmesinde önemlidir.

Non-Hodgkin Lenfoma (NHL)

Çocukluk çağı kanserlerinin %10'unu oluşturan NHL'nin yaklaşık %10'u baş ve boyun bölgesinden köken alır. En sık 7-11 yaş arasında ve erkeklerde 3 kat fazla olarak görülen bu lenfoma tipinin etiyolojisi bilinmemektedir. Hodgkin hastalığına kıyasla daha sık lenf bezi dışı dokulardan kaynaklanır.

Tanı anında sıklıkla yaygın olan bu tümörün diğer anatomik yapılarla ilişkisini değerlendirmek için kontrastlı BT ya da manyetik rezonans (MR) yardımcı olmaktadır. Tüm vücut metastaz taraması hastalığın evrelemesi için gereklidir. Servikal birincil tümörlerde tanı ve histolojik alt tiplendirme amaçlı biyopsi yapılması gerekmektedir.

Servikal Rabdomiyosarkom

Çocuk ve ergenlerde en sık görülen yumuşak doku sarkomudur. %35-40 oranında baş boyun bölgesinde yerleşirler. Tanısı genellikle biyopsi ile konup yerleşim yerine, yayılımına ve metastatik tutulumuna göre evrelendirilir. Orbital, parameningeal, nonorbital nonparameningeal tipte olabilir. Multimodal tedavi cevabı genellikle iyidir.

Servikal Nöroblastom

Nöroblastomlar servikal bölgede, %5 oranında birincil olarak yerleşebileceği gibi, abdominal ya da torasik nöroblastom metastazı olarak da yerleşebilir. Birincil servikal tutulum durumunda kitle, genellikle boyun lateralinde ya da retrofarengeal alanda yerleşme eğilimindedir ve genellikle tedavi cevabı iyidir.

Servikal Teratom

Farklılaşmalarının değişik evrelerindeki üç germ yaprağından köken alan teratomların %10'undan azı baş ve boyun bölgesi

yerleşimlidir. Çocuklarda servikal teratomların büyük çoğunluğu iyi huylu vasıftadır. Prenatal ultrasonografinin yaygın kullanımına bağlı olarak günümüzde pek çok servikal teratomlu bebek doğum anında tanımlanmaktadır. Fetal havayolu tıkanıklığına yol açan sebeplerin başında servikal teratomlar ve lenfatik malformasyonlar gelmektedir.

3) Konjenital Kistik Kitleler:

Tiroglossal Kanal Kisti (TGKK): Tiroglossal kanal kistleri çocuklarda en sık görülen konjenital orta hat kitleleridir. En sık yerleşim yeri hyoid kemik bölgesidir ancak dil tabanından boyun bölgesinin alt kısmına kadar orta hatta herhangi bir yerde olabilir. Bunun nedeni tiroid bezinin embriyolojik olarak foramen çekumdan başlayarak dil köküne, oradan ağız tabanına uzanarak trakea önündeki normal lokalizasyonuna ulaşabilmek için gerçekleştirdiği kaudal göçtür. Bu kaudal göç sırasında hyoid kemiğin hemen önünden geçen epitel doku tiroglossal kanalı oluşturur. Tiroglossal kanal intrauterin yaşamın yedi ya da sekizinci haftasında gerileyerek kaybolur. Tiroglossal kanalın artıkları kist, fistül ya da solid nodül oluşuma yol açabilir (5).

Klinik olarak komplike olmamış TGKK'lar hyoid kemik ve foramen çekumla yakın ilişkisi nedeniyle yutkunma ya da dilin dışarıya çıkarılması hareketleri ile yukarıya doğru yer değiştirirler. Ayırıcı tanısında en çok karışabilen dermoid kistlerin ise bu manevra ile hareket etmediği görülür. Ağız boşluğu ile yakın ilişkisi nedeni ile TGKK'lar kolaylıkla enfekte olabilirler. Enfekte bir TGKK, fizik muayenede eritemi ve fluktuasyonu ile tipik bir apse görünümündedir. Ektoderm ile ilişkisi olmamasına karşın %25 oranında spontan olarak boşalıp direne olan bir sinüs halini alabilir. Tiroglossal kanal artıklarının 1/3'ü fonksiyonel tiroid dokusu içerebilirler ve %1 oranında kanserleşme bildirilmiştir (6,7). Tedavisi Sistrunk tarafından tanımlanmış ve kendi adıyla bilinen hyoid kemikle birlikte TGKK'nın çıkarılmasına dayalı bir cerrahidir.

Brankial Yarık Kist ve Sinüsleri

Tiroglossal kanal kistlerinden sonra çocuklarda ikinci sıklıkta görülen konjenital baş boyun lezyonlarıdır. Embriyogenez sırasında faringeal yarık ve poşların gerilemelerinin tam gerçekleşmemesi durumunda klinikte farklı birkaç tablo durumunda karşılaşılabılırler. En

sık görüleni 1. ve 2. brankial yarık ve poş kompleksi ile ilgili anomalilerdir. Birinci brankial yarık ve ark; mandibula, maksillanın bir kısmı, dış kulak yolu, orta kulak ve mastoid hücrelerin gelişimini sağlarken ikinci ark ve poş; hyoid kemik, palatin tonsil ve supratonsiller fossanın oluşumunda rol alır. Birinci brankial yarık artıkları kendilerini dış kulak yolu ile submandibuler alan arasında herhangi bir yerde yerleşmiş kist, sinus ya da fistül olarak gösterirler. Bu lezyonların parotis bezi ve fasiyal sinir dalları ile yakın ilişkisi vardır. İkinci brankial yarık anomalisi tüm brankial yarık anomalilerinin en sık görülenidir ve boyunun alt anterolateral bölgesinde yerleşmiş kist ya da fistül şeklindedir. Fistül ağzı sternokleideomasteoid kasın ön kenarında izlenir ve fistüllerde aralıklı fakat kronik mukoid bir drenaj bulanmaktadır. Bu lezyonların da glossofarengial ve hipoglossal sinirlerle yakın ilişkisi vardır. Üçüncü ve dördüncü brankial ark anomalileri nadirdir. Tüm brankial yarık artıklarının tedavisi cerrahidir. Eğer tam olarak çıkarılamazlarsa yeniden oranları yüksektir (8).

Ektopik Tiroid Bezi

Yüzde 90 dil kökünde yerleşmiş olmakla birlikte (lingual tiroid) daha nadir de olsa boyun orta ve hatta mediastinumda yerleşebilir. Fonksiyonel ayrı bir tiroid dokusunun sintigrafi ile gösterilmesi durumunda cerrahi olarak çıkartılabilir.

Dermoid/Epidermoid Kistler

Boyun orta hatta yerleşmeleri durumunda sıklıkla suprahyoid ve submental yerleşimli olan bu kistler TGKK ile karışabilir ve tanıları patolojik incelemede kist duvarında epidermal eklerin görülmesi ile konulur.

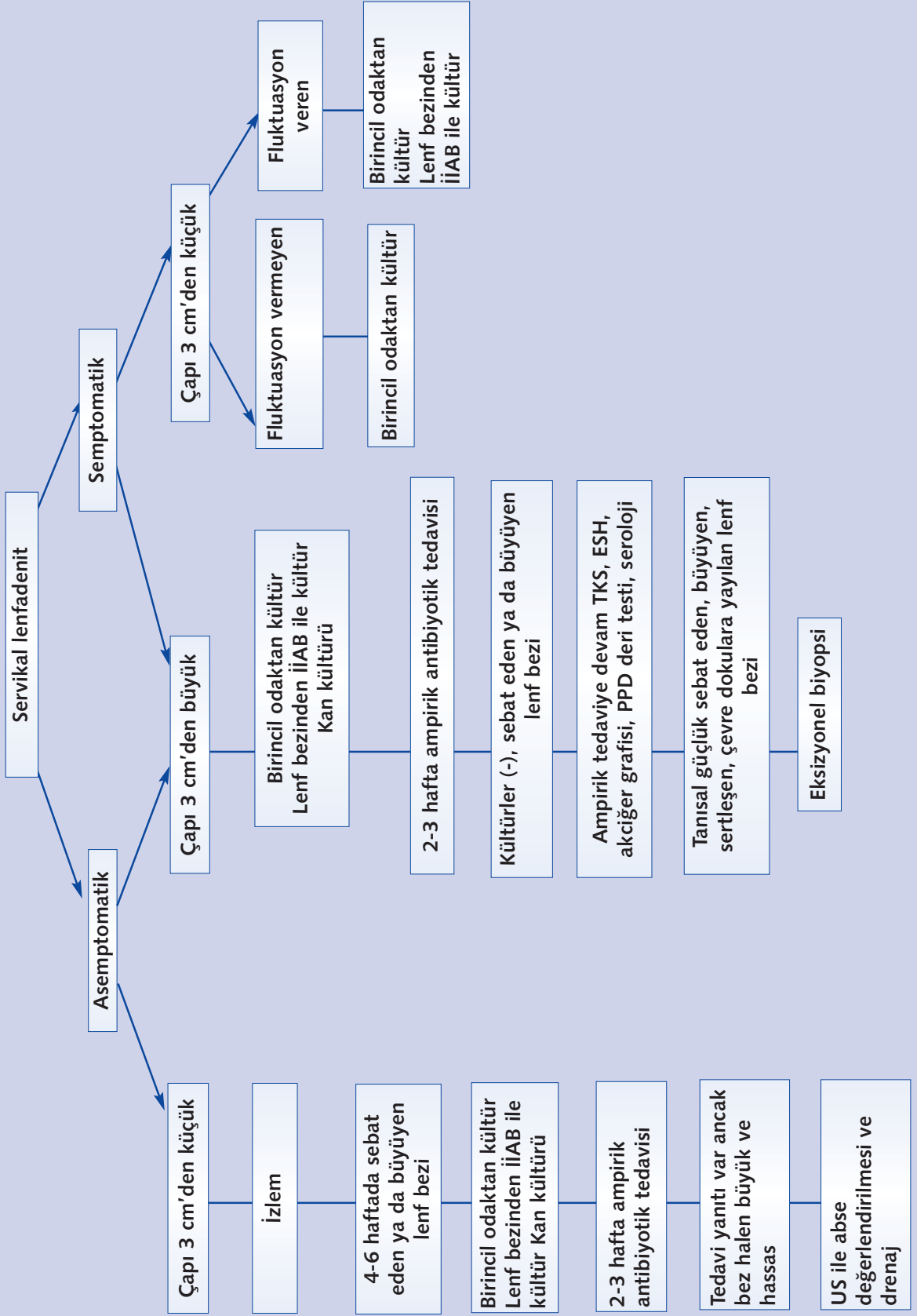
Preaurikuler Kistler

Bu kistler boyun bölgesinin gerçek kist ve sinüsleri olmayıp birinci brankial yarık sinüslerinden ayırımı yapılmalıdır. Brankial kistlerden farklı olarak bu kistler daha sık olarak görülürler, sıklıkla bilateraldir, kalıtsaldır ve nadiren enfeksiyon ile komplike olurlar. Dış kulak yolunun anormal gelişimden kaynaklanırlar ve cerrahi tedavileri sorunsuzdur.

Damar Anomalileri

Bu grup içinde bahsedilecek olan anomaliler damarsal tümörler ve malformasyonlar olup biyolojik sınıflandırmaları kinetiklerine ve klinik davranışlarına göre yapılmaktadır.

Şekil 1. Servikal lenfadenitlere yaklaşım şeması (iiAB: ince iğne aspirasyon biyopsisi, US: ultrasonografi, TKS: tam kan sayımı, ESH: eritrosit sedimentasyon hızı)



Hemanjiom

Bebek ve çocukluk yaş grubunun en sık damarsal tümörü olup %60 oranında baş ve boyun bölgesinde görülür. Pek çok cilt hemanjiomu doğumu izleyen ilk 2-4. haftalarda ortaya çıkar. İlk 6-8. aylarda hızla büyümenin olduğu proliferatif bir faza girerler. Ardından gelen sessiz dönemin süresi değişken olmakla birlikte beş yaş civarında hastaların %50'sinde, dokuz yaş civarında ise %90'nında gerileme görülmektedir. Anatomik derinliklerine göre yüzeysel, derin ya da kombine tipte olabilirler. Yüzeysel lezyonlar yumuşak, kırmızı, ciltten kabarık ve genellikle telanjiektazik iken derin olanlar yumuşak kıvamlı belli belirsiz lezyonlardan sert, ciltten kabarık, mavi renkli lezyonlara kadar değişen yapıda olabilirler. Kombine hemanjiomlar ise cilt altı kitleler şeklinde epidermal bileşenleri olan kırmızı dermal tümörler şeklinde görülürler. Konjenital hemanjiomlar bebeklerde ortaya çıkan hemanjiomlardan farklı olarak doğumda bulunmaktadırlar ve doğum sonrası büyümmezler. Yüksek akımlı olan bu lezyonlar arteriovenöz malformasyonlarla kolaylıkla karışabilir. Bu hemanjiomların bir kısmı yaşamın ilk yılında hızla gerileyip kaybolurken bir kısmı gerilemez. Bu hastaların periyodik takibi lezyonların büyümesinin ve ülserasyon, kanama gibi komplikasyonlarının takibi açısından önemlidir.

Hemanjiomlu kişilerin %65'inde servikofasiyal tutulum vardır. Yanak, çene çizgisi ve preauriküler bölgelerde (sakal çizgisi hattı) lezyonları olanlarda havayolu tutulumu olabileceği akılda bulundurulmalı ve hastalar glotik ve subglotik yerleşimli hemanjiomlar açısından taranmalıdır. Havayolu tutulumunun olması hızlı biçimde medikal ya da cerrahi tedavi endikasyonudur (9).

Damarsal Malformasyonlar

Bu ifade klinik ve histolojik görünüm olarak kapillerler, lenfatikler, venler ve arterlere benzeyen anormal kanal yapılarını tanımlar. Kistik lenfatik malformasyonlar (kistik higroma, lenfanjiom) lenfatik gelişimdeki embriyolojik bir duraklamadan kaynaklanan iyi huylu lezyonlardır. Sıklıkla baş ve boyun bölgesinde bulunur ve boyunda posterior üçgende yerleşir. Prenatal dönemde ultrasonografi ile

tanılandırılabilirler ya da doğumda mevcut olabilirler ancak sıklıkla doğumu izleyen eden iki yıl içinde ortaya çıkarlar. Mediastinuma uzanım sıklığından akciğer grafisi ile mediasteni değerlendirmek gereklidir. Ultrasonografi malformasyonların yapısı hakkında bilgi vericidir ancak BT ve MR, lezyonların derinliği ve komşulukları konusunda daha detaylı veri sağlar. Servikal kistik malformasyonların boyutundaki ani artış enfeksiyona bağlı olabileceği gibi, kist içine kanamaya ikincil de gelişebilir. Lenfatik sızıntı ya da şilotoraks, görülebilecek diğer komplikasyonlardır. Tedavi protokolü lenfatik malformasyonun klinik bulgularına, boyutuna ve eşlik eden komplikasyonlara göre seçilir (10).

İletişim: Dr. Arzu Demirtola Pampal

E-posta: ademirtola@yahoo.com

Kaynaklar

1. Newman K, Hayes-Jordan AA. Lymph node disorders. In: Grosfeld JL, O'Neil JA, Fonkalsrud EW, Coran AG, eds. Pediatric Surgery (ed 6). Philadelphia, PA: Mosby Elsevier, 2006: 844-849.
2. Gosche JR, Vick L. Acute, subacute, and chronic cervical lymphadenitis in children. Semin Pediatr Surg. 2006; 15(2): 99-106.
3. Tracy TF Jr, Muratore CS. Management of common head and neck masses. Semin Pediatr Surg. 2007; 16(1): 3-13.
4. Dickson PV, Davidoff AM. Malignant neoplasms of the head and neck. Semin Pediatr Surg. 2006; 15(2): 92-98.
5. Foley DS, Fallat ME. Thyroglossal duct and other congenital midline cervical anomalies. Semin Pediatr Surg. 2006; 15(2): 70-75.
6. Solomon JR, Rangecroft L. Thyroglossal-duct lesions in childhood. J Pediatr Surg. 1984; 19(5): 555-561
7. Radkowski D, Arnold J, Healy GB, McGill T, Treves ST, Paltiel H, Friedman EM. Thyroglossal duct remnants. Preoperative evaluation and management. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1991; 117(12): 1378-1381.
8. Waldhausen JH. Branchial cleft and arch anomalies in children. Semin Pediatr Surg. 2006; 15(2): 64-69.
9. Adams DM, Lucky AW. Cervicofacial vascular anomalies. I. Hemangiomas and other benign vascular tumors. Semin Pediatr Surg. 2006 May; 15(2): 124-32
10. Elluru RG, Azickhan RG. Cervicofacial vascular anomalies. II. Vascular malformations. Semin Pediatr Surg. 2006 May; 15(2): 133-9



Dr. Özgür Erdem*

Öz

Doğum sonrası depresyonun tedavisinde çeşitli seçenekler bulunmaktadır. Ancak doğum sonrası depresyon tanısı konduktan sonra tedaviye başlamadan önce hipotroidi gibi nedenler mutlaka dışlanmalıdır. Bunun için gerekli öykü alınmalı, fizik muayene ve laboratuvar testleri yapılmalıdır. Doğum sonrası depresyon (DSD) tanısı kesinleştikten sonra, hastanın durumuna göre psikoterapi, farmakolojik tedavi ve elektrokonvulzif tedavi seçeneklerinden biri tercih edilmelidir.

Psikoterapi hafif olgularda annenin kendine güvenini kazandırmak, desteklemek, bilgilendirmek, duygularını anlaması ve açığa vurmasını sağlamak amacıyla yapılır. Değiştirebileceği gerçekleri değiştirmesine, değiştiremeyeceği gerçeklere uyum sağlamasına çalışarak, diğer aile bireylerinin de desteğini sağlamak gerekir. Annelik işlevlerinin etkilenmediği hafif olgularda psikoterapi yeterli olmakla birlikte, şiddetli olgularda antidepresan tedavisi gerekebilir.

Selektif serotonin geri alım inhibitör grubu ilaçlar, yüksek dozlarda alınsa bile toksik etkilerinin son derece düşük olması nedeniyle DSD tedavisinde de ilk seçenek olmaktadır. Uyku sorunu yaşayan hastalarda trisiklik antidepresanlar kullanılabilir. Hasta tam remisyona girdikten sonra relapsı önlemek için en az 6 ay daha aynı dozda tedaviye devam edilmelidir. Ancak tüm antidepresanların süte geçtiği unutulmamalıdır. Elektrokonvulzif tedavi (EKT) ise DSD tedavisinde başarı ile uygulanmakta olan ve emziren annelerde bebeğe herhangi bir risk oluşturmadığından tercih edilebilecek bir seçenektir. Hastalığın şiddetli formunda EKT düşünülmelidir.

Anahtar sözcükler: Doğum sonrası depresyon, Psikoterapi, Farmakolojik tedavi, Elektrokonvulzif tedavi

Gebelik ve doğum sonrası dönem birçok insan için özel hoş bir an olarak kabul edilmekle birlikte, yeni doğan çocuğunu kucığına sağlıklı bir biçimde alma beklentisi içinde olan anne için aynı zamanda ruhsal bozuklukların gelişimi açısından da riskli bir dönem olmaktadır. Doğum sonrası dönemde ortaya çıkan farklı klinik görünümdeki ruhsal bozuklukları tanımlamak için postpartum ruhsal bozukluk kavramı kullanılmaktadır (1).

Psikiyatrik tanı sistemlerinde (DSM-IV ve ICD-10) doğum sonrası ve gebelik döneminde görülen psikiyatrik bozukluklar ayrı bir klinik

Abstract

There are various alternatives in the treatment of postpartum depression (PPD). However, after PPD is diagnosed, causes such as hypothyroidism must be excluded before starting therapy. Therefore, adequate history, physical examination and laboratory tests are essential. After PPD diagnosed for certain, one of the following therapy options should be chosen: psychotherapy, pharmacological therapy and electroconvulsive therapy.

Psychotherapy is used in mild cases in order to encourage the mother to gain her confidence, support and educate her, and make her understand and express her feelings. It is necessary to make her try to change what can be changed and to adapt to what cannot be changed and to acquire support from the other members of the family. While psychotherapy is sufficient for mild cases in which the motherhood functions are not affected, antidepressant therapy may be needed for more severe cases.

Selective serotonin reuptake inhibitors are first-line in the treatment of PPD since their toxic effects are mild even if taken in high doses. Tricyclic antidepressants can be used for the patients who have insomnia. The therapy should be continued at least for six months in the same dose to prevent relapse after the patient is in full remission. However, it should be kept in mind that all depressants can pass into breastmilk. On the other hand, electroconvulsive therapy which no risk for the babies of nursing mothers may be a preferable option. Electroconvulsive therapy (ECT) should be considered in the severe forms of the disease.

Key words: Postpartum depression, Psychotherapy, Pharmacological therapy, Electroconvulsive therapy

tanı olarak belirtilmemiştir (2). Doğum sonrası depresyon (DSD), DSM-IV' te "Duygudurum Bozuklukları" içinde yer almakta ve "Postpartum Başlangıç Belirleyicisi" başlığı altında postpartum dört hafta içinde epizodun başlaması şeklinde tanımlanmaktadır.

DSM-IV TR'ye Göre Majör Depresyon Tanı Ölçütleri

A. İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki belirtilerden beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; belirtilerden en az birinin ya (1)

depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama, olması gerekir.

1- Ya öznel bildirimle ya da başkalarının gözlemleriyle belirtilmiş, günün büyük bölümünde ve hemen her gün süren çökkün duygudurum,

2- Hemen her gün tüm etkinliklere ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamama,

3- Perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması (örn. ayda, vücut kilosunun %5'inden fazlası olmak üzere) ya da hemen her gün iştahın azalmış ya da artmış olması,

4- Hemen her gün aşırı uykusuzluk ya da aşırı uyuma,

5- Hemen her gün psikomotor retardasyon ya da ajitasyonun olması,

6- Hemen her gün yorgunluk, bitkinlik ya da enerji kaybının olması,

7- Hemen her gün değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının olması,

8- Hemen her gün düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma,

9- Yineleyen ölüm düşünceleri, yalnızca ölmekten korkma değil, özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etme üzere özgül bir tasarımın olması.

B. Bu belirtiler bir Mikst (manik depresif) Epizodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

C. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

D. Bu belirtiler bir madde kullanımının (örneğin kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örneğin hipotiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

E. Bu belirtiler yas ile daha iyi açıklanamaz; yani sevilen birinin yitirilmesinden sonra bu belirtiler iki aydan daha uzun sürer ya da bu belirtiler, belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşıp durma, intihar düşünceleri, psikotik belirtiler ya da psikomotor retardasyonla belirlidir (3).

Doğum olayının en sık komplikasyonu olan DSD'nin sıklığına yönelik, kullanılan yöntem farklılıklarından dolayı değişik oranlar verilse de araştırmalar yeni doğum yapan kadınların

yaklaşık % 10-15'inde DSD geliştiğini göstermektedir (4,5).

DSD'nin nedenleri biyolojik ve psikososyal etmenler ile açıklanmaktadır (6). Gebelik ve doğum sonrası dönemde birçok hormonal değişiklikler gözlenir. Hamilelik dönemi boyunca yüksek düzeylerde seyreden östrojen ve progesteron seviyelerinde doğum sonrası gözlenen ani düşüş, DSD etyolojisinde önemli bir etken olarak düşünülmektedir (7,8).

Doğum yapan tüm kadınlarda endokrin ve biyokimyasal değişiklikler olmasına karşın psikiyatrik bozuklukların ancak kadınların bir bölümünde gelişmesi, etiyolojide sosyal stres etmenleri, kişiler arası ilişkiler, sosyal destek sistemleri gibi etmenlerin de göz önünde bulundurulması gerektiğini düşündürmektedir (9,10).

Doğum sonrası depresyon tanısı alan bütün kadınlarda geçmiş psikiyatrik öykü, kişilik bozukluğu, madde kullanımı dahil geniş kişisel-ailesel öykü alınmalı ve fizik muayene yapılmalıdır. Duygudurum değişikliklerine yol açabilen tiroid disfonksiyonu doğum sonrası dönemde daha sık görülmesi nedeniyle altta yatabilecek herhangi bir tıbbi nedene ait en ufak kuşkuda gerekli laboratuvar tetkikleri yapılmalıdır. Hipotiroidizm ya da hipertiroidizmi olan kadınlarda tiroid hormon bozukluğunun tedavisi ile birlikte sıklıkla depresyon tedavisi verilmesi gerekmektedir (11).

Tedavide öncelikle riskin yüksek olduğu kadınlar belirlenip izlenmelidir. Özellikle risk altındakiler olmak üzere bütün bireylerde doğum sonrası iki haftadan uzun süren emosyonel yakınmalar, klinisyeni depresyon açısından daha fazla sorgulama yapması yönünde uyarıcı olmalıdır. Erken tanı kanamaz ise belirtiler kronikleşip tedaviye dirençli duruma gelebilir (12,13).

Peripartum duygudurum bozukluklarının farmakolojik tedavisinde teratojenite ve emzirme göz önüne alınmalıdır. Ciddi akıl hastalığının tedavi edilmemesinin ya da yetersiz tedavisinin riskleri ile ilaçlar nedeniyle bebeğe olabilecek davranışsal ve gelişimsel olumsuz etkiler yarar-zarar açısından değerlendirilmelidir. DSD tedavisinde emzirme önemli bir konudur. Bebeğin beslenmesi için ideal olmasının yanı sıra, emzirmenin bırakılmasının oluşturacağı sosyal baskılar ve suçluluk kadın için ek bir stres etkeni olacaktır. Ancak tüm antidepresanların süte geçtiği unutulmamalıdır. Elektrokonvülsif tedavi (EKT)

ise DSD tedavisinde başarı ile uygulanmakta olan ve emziren annelerde bebeğe herhangi bir risk oluşturmadığından tercih edilebilecek bir seçenektir (14). DSD'nin şiddetine göre psikoterapötik tedavi, farmakolojik tedavi ve EKT'den yararlanılabilmektedir (2,9,14).

Psikoterapötik Tedavi

Doğumla ilişkili duygudurum bozukluklarının tedavisinde, nonpuerperal psikiyatrik tabloların tedavi ilkeleri geçerli olmakla birlikte, doğum sonrası psikiyatrik bozuklukların özgün bir psikososyal ve gelişimsel içeriği olduğu da unutulmamalıdır. Yapılan çalışmalarda psikoterapötik tedaviler (bilişsel-davranışçı, psikodinamik ve interpersonal psikoterapi) ve aynı zamanda bireysel danışmanlık, DSD tedavisinde etkisini kanıtlamıştır (2). Psikoterapide amaç, kadının kendi duygularını anlaması ve açığa vurmasını sağlayarak çatışmalarının çözümlenmesidir (15).

DSD tedavisinde, annenin kendine güvenini kazandırmak, desteklemek, bilgilendirmek, bireysel ve grup terapileri tedavinin temel unsurlarını oluşturmaktadır. DSD yaşayan bir annenin, istirahat etmesi ve aile bireylerinin ona karşı desteği de çok önemlidir. DSD sırasında anne ve çocuğun birbirlerinden ayrılmaması gerekir. Bebeğin annesine en fazla gereksinim duyduğu dönemde, ikisinin de gözlem altında tutularak ve destek verilerek bir arada tutulmaları önemlidir (16).

DSD'de psikoterapötik yöntemler kullanılırken; hastanın kalıtsal, yapısal, gelişimsel özellikleri, yakın geçmişte karşılaştığı önemli toplumsal zorluklar, nesne yitimleri araştırılmalı ve bu olayların anne üzerindeki etkileri de iyi değerlendirilmelidir. Değiştirebileceği gerçekleri değiştirmesine, değiştiremeyeceği gerçeklere uyum sağlamasına destek olurken, kendisini haksız yere eleştirme, yargılama ve cezalandırma eğilimlerindeki yanılığını göstermeye çalışılmalıdır. Anneye yardımcı olabilmek için yakınlarını da görmek, onların da ilgi ve desteğini sağlamak gerekir. Depresyondaki anneye karşı olumsuz tutum ve davranışları varsa bunlar gösterilmeye çalışılmalıdır (17,18).

Farmakolojik Tedavi

DSD tedavisi yakın zamana kadar majör depresyona benzetilmekteydi. Hendrick ve ark. (19) DSD ve majör depresyonun farkları ve farmakolojik tedaviye yanıtları ile ilgili yaptıkları bir çalışmada, DSD'si olan annelerin,

majör depresyonu olan anneler ile karşılaştırılmaları sonucu daha kaygılı oldukları, belirtilerinin şiddetinin daha fazla olduğu bulunmuştur. Düzenlenen ilaç tedavisi sonucunda, majör depresyonu olan kadınlarda %75 oranında iyileşme saptanırken, DSD'si olan kadınların yalnızca %36'sında iyileşme saptanmıştır. Araştırmanın sonuçları DSD'nin daha farklı ele alınması gerektiğini göstermiştir.

DSD'nin tedavisi genel olarak belirtilerin türü ve şiddetine göre düzenlenir. Başlangıç döneminde destek, yardım ve bilgilendirme gerekli müdahalelerdendir. Belirtiler devam ettiğinde ya da şiddetlendiğinde uzman tarafından yönlendirilen tedavi gereklidir. Annelik işlevlerinin etkilenmediği hafif olgularda psikoterapi yeterli olmakla birlikte, şiddetli olgularda danışmanlık ve destekle birlikte antidepresan tedavisi gerekebilir (20).

DSD tanısı konan kadınlara antidepresan tedavi başlamak uygun bir yaklaşımdır. Selektif serotonin geri alım inhibitör grubu ilaçlar tedavide ilk seçenek olmalıdır. Çünkü bu ilaçlar yüksek dozlarda alınsa bile toksik etkileri son derece düşüktür. Ayrıca hastanın daha önce yanıt vermiş olduğu herhangi bir antidepresan sınıfından ilaç varsa tedavide göz önüne alınmalıdır. Uyku sorunu yaşayan hastalarda trisiklik antidepresanlar da kullanılabilir. Depresyona ek olarak belirgin anksiyetesi olan hastalarda kısa dönem benzodiyazepin uygulanması yararlı olabilir (11,16).

Yeni doğum yapmış kadınlar ilaçların yan etkilerine çoğunlukla duyarlı oldukları için önerilen ilaç dozlarının yarısı ile tedaviye başlanmalı, hasta remisyona girene kadar tolere edebildiği ölçüde yavaşça artırılmalıdır (20,21). Eğer hasta 6–8 haftalık bir tedaviye yanıt vermişse hasta tam remisyona girdikten sonra relapsı önlemek için en az 6 ay daha aynı dozda tedaviye devam edilmelidir. Eğer 6 hafta sonunda yanıt yoksa hastanın tanı ve tedavisi yeniden gözden geçirilmelidir (11).

Yapılan diğer bir çalışmada ICD–10 ölçütlerine göre doğum sonrası başlangıçlı depresyon tanısı alan ve daha önceden östrojen yetersizliği tespit edilen iki olgu dil altı östradiol tedavisine olumlu yanıt vermişlerdir. Hastalardan biri aile terapisine direnç göstermiş ve bu hasta psikoterapinin yanı sıra antidepresan ve östradiol ile tedavi edilmiş, diğer hasta ise yalnızca östradiol ile tedavi edilmiştir. Her iki hastanın başlangıç östradiol düzeyleri ölçülmüş ve 8 hafta boyunca

izlenmiştir. Hastaların kliniği Montgomery Asberg Depresyon Skalası (MADS) ile değerlendirilmiş ve östradiol tedavisi alan her iki hastanın kliniğinde anlamlı iyileşme gözlenmiştir. Bu çalışma DSD tedavisinde östrojenin etkili olabileceğini düşündürmekle birlikte daha fazla klinik çalışmaya gereksinim vardır (22).

Elektrokonvulsif Tedavi (EKT)

DSD tedavisinde emzirme önemli bir konudur. Bebeğin beslenmesi için emzirmenin ideal olmasının yanı sıra, emzirmenin bırakılmasının oluşturacağı sosyal baskılar ve suçluluk kadın için ek stresör olacaktır. Ancak tüm antidepresanların süte geçtiği unutulmamalıdır. EKT ise DSD tedavisinde başarı ile uygulanmakta olan ve emziren annelerde bebeğe herhangi bir risk oluşturmadığından tercih edilebilecek bir seçenektir (23).

Hastalığın şiddetli formunda EKT düşünülmelidir. Bazı araştırmacılara göre eğer bir ay içerisinde farmakolojik tedaviye yanıt alınamazsa EKT uygulanmalıdır. Bazı araştırmacılara göre ise EKT tedavisi özellikle tabloya sanrılı depresyon hakimse daha erken dönemde ve daha sık uygulanmalıdır (24).

Yapılan bir çalışmada 300 DSD olgusunun %95'inde 6-7 hafta içinde EKT tedavisi ile düzelleme kaydedildiğini bildirmiştir. Ancak EKT tedavisi, doğumu izleyen ilk 4-5 hafta içinde uygulanmamalıdır. Bu dönemde EKT tedavisinin derin ven trombozuna ve pulmoner emboliye ve hatta ölüme yol açtığına ilişkin olgular bildirilmiştir (25).

Kaynaklar

1. Kısa C, Yıldırım SG. Gebelik postpartum dönem ve ruhsal bozukluklar. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi* 2004; 12(4):3-6.
2. Yıldırım GS, Kısa C, Aydemir Ç. Postpartum depresyon. *3P Dergisi Aralık* 2004; (ek 4):12-20.
3. Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatride hastalıkların tanımlanması ve sınıflandırılması el kitabı, yeniden gözden geçirilmiş dördüncü baskı (DSM-IV-TR). Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000. Köroğlu E (çeviren). Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2001; 152-153.
4. Bloch M, Rothenberg N, Koren D, Klein E. Risk factors for early postpartum depressive symptoms. *Gen Hosp Psychiatry* 2006; 28:3-8.
5. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry* 2004; 26:289-295.
6. Evins GG, Theofrastous PJ. Postpartum depression: A review of postpartum screening. *Prim Care*

- Update *Ob/Gyns*. 1997; 4:241-246.
7. Noble RE. Depression in women. *Metabolism Clinical and Experimental*. 2005; 54:49-52.
8. Bloch M, Daly RC, Rubinow DR. Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. *Compr Psychiatry*. 2003; 44:234-246.
9. Gülseren L. Doğum Sonrası Depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1999; 10(1):58-67.
10. Unterman RR, Posner NA, Williams KN et al. Postpartum depressive disorders: Changing trends. *Birth*. 1990; 17:131-137.
11. Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. Clinical practice. Postpartum depression. *N Engl J Med*. 2002; 347-18:194-199.
12. Howard LM, Boath E, Henshaw C. Antidepressant Prevention of Postnatal Depression *Plos med*. 2006; 3:160-168.
13. Tedlow J, Leslie V, Keefe BR et al. Axis I and Axis II disorder comorbidity in unipolar depression with anger attacks. *J. Affect Disord*. 1999; 52:217-223.
14. Raskin VD. Pharmacotherapy and Electroconvulsive therapy for postpartum mood disorders. *Postpartum Mood Disorders*, Miller LJ (Ed), 1. baskı, Washington DC, American Psychiatric Press. 1999; 179-194.
15. Robinson GE, Stewart DE. Postpartum psychiatric disorders. *CMAJ*. 1986; 134:31-37.
16. Ekşi A. Çocuk sağlığı ve hastalıklarının psikososyal yönü: Ben hasta değilim. 1. baskı İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi. 1999; 22-25.
17. Jung V, Short R, Letourneau N, Andrews D. Interventions with depressed mothers and their infants: Modifying interactive behaviors. *J Affect Disord*. 2007; 98:199-205.
18. Righetti-Veltima M, Conne- Perreard E, Bousquet A, Manzano J. Postpartum depression and mother-infant relationship at 3 months old. *J Affective Disord* 2002; 70:291-306.
19. Hendrick V, Altshuler L, Strouse T, Grosser S. Postpartum and Nonpostpartum Depression: Differences in Presentation and Response to Pharmacologic Treatment. *Depression and Anxiety*. 2000; 11(2):66-72.
20. Epperson N, Czarkowski KA, Ward-O'Brien D et al. Maternal sertraline treatment and serotonin transport in breast-feeding mother-infant pairs. *Am J Psychiatry*. 2001; 158:1631-1637.
21. Wisner KL, Hanusa BH, Perel JM et al. Postpartum depression: A randomized trial of sertraline versus nortriptyline. *J Clin Psychopharmacol*. 2006; 26:353-360.
22. Ahokas A, Kaukoranta J, Aito M. Effect of estradiol on postpartum depression. *Psychopharmacology (Berl)*. 1999; 146:108-110.
23. Karamustafaloğlu N, Tomruk N. Postpartum hüzün ve depresyonlar. *duygudurum Dizisi*. 2000; 2:64-70.
24. Steiner M. Postpartum psychiatric disorders. *Can J Psychiatry*. 1990; 35:89-95.
25. Özkan S. Psikiyatrik tıp: Konsültasyon-liyezon psikiyatrisi. İstanbul, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı. 1993; 201-220.

İletişim: Özgür Erdem
E-posta: dr.oerdem@hotmail.com

Olgu Sunumu: İnternal Juguler Venöz Ektazi

Internal Jugular Vein Ectasia: Case Report



*Dr. Cengiz Bayram **, *Dr. T. Hikmet Nacaroglu **, *Dr. Şükrü Güngör**,
*Dr. Ali Fettah **, *Dr. Nilden Tuygun ***, *Dr. Aysel Yöney ****

Öz

Juguler venöz ektazi, tutulan vende fuziform ya da sakküler dilatasyonla karakterize, konjenital olduğu düşünülen venöz bir anomalidir. Genellikle ıkınma ya da Valsalva manevraları ile tetiklenen, boyunda palpe edilebilen, yumuşak kitle biçiminde bulgu verir. Venöz ektazi hemen hemen tüm servikal venlerde tanımlanmıştır ve genellikle asemptomatiktir. Ender görülmesi nedeniyle yanlış tanı konulabilmekte ya da ayırıcı tanıda gözden kaçabilmektedir. Yedi yaşında boyunda kitle ile başvuran erkek olgu sunularak çocuklarda internal juguler venöz ektazinin ayırıcı tanıda akla getirilmesi amaçlanmıştır.

Anahtar sözcükler: Juguler venöz ektazi, Boyunda kitle, Çocukluk çağı

Abstract

Jugular vein ectasia is a venous anomaly characterized by a fusiform or saccular dilatation of the involved vein, which is believed to be congenital. It usually presents as a soft, palpable mass in the neck, accentuated during straining or by Valsalva maneuver. Venous ectasia has been described in almost all cervical veins and is usually asymptomatic. Because of its rarity, jugular vein ectasia is frequently missed or misdiagnosed. Here, we present a seven-year-old boy with a neck mass and aim to remind physicians about the internal jugular vein ectasia in children in differential diagnosis.

Key words: Jugular vein ectasia, Neck mass, children

Giriş

Juguler venöz ektazi (JVE), jugular venin konjenital fusiform dilatasyonunu ifade etmektedir. Boyunda ıkınma ya da Valsalva manevrası sonrası ortaya çıkan yumuşak bir kitle ile karakterizedir. Tüm servikal venlerde JVE tanımlanmıştır ve sıklıkla asemptomatiktir. Hastalar genellikle öksürük, hapsizme, başıma, ağlama ya da Valsalva manevrasıyla boyunda ortaya çıkan şişlik yakınmasıyla başvurur (1,2,3,4,8). Bu yazıda, boyunda şişlik yakınmasıyla başvuran ve internal juguler venöz ektazi tanısı alan bir olgu sunuldu.

Olgu Sunumu

Yedi yaşında erkek hasta, iki yıldır başıma, öksürük ve sinirlenme ile boyunun sağ tarafında ortaya çıkan şişlik yakınmasıyla başvurdu. Fizik muayenesi çocuk istirahat ederken normaldi (Resim 1). Valsalva manevrası sırasında boyun sağ tarafında, sternokleidomastoid kası medial kısmında yaklaşık 6x2 cm boyutunda yumuşak, hareketli bir kitle ele geliyordu

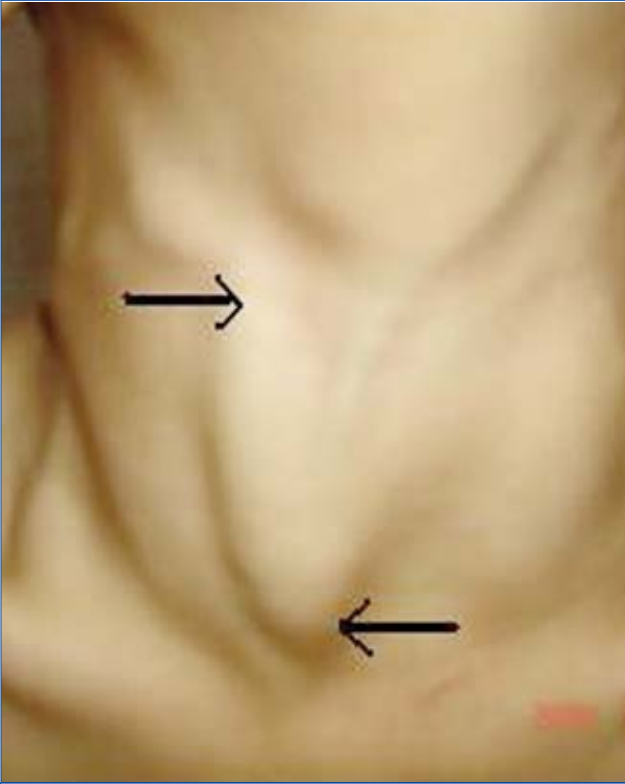


Resim 1. İstirahat ederken hastanın boyun görünümü

*Asist.; Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağ. ve Hast. Eğit. ve Araşt. Hast., Ankara

**Uzm.; Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağ. ve Hast. Eğit. ve Araşt. Hast., Ankara

***Klinik Şefi; Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağ. ve **sted** • 2010 • cilt 19 • sayı 4 • 166
Hast. Eğit. ve Araşt. Hast., Ankara



Resim 2. Valsalva manevrası sırasında hastanın boyun görünümü

(Resim 2). Kitle üzerinde trill ya da üfürüm yoktu. Doğrudan göğüs grafisi, ekokardiyografi normaldi. Boyun doppler ultrasonografisinde internal juguler ven boyutları; istirahatte 16x20 mm, Valsalva manevrası ile 21x22 mm ölçüldü. (Resim 3a ve 3b) Bu bulgularla internal juguler venöz ektazi tanısı konuldu. İstirahat ederken asemptomatik olan hasta kardiyovasküler cerrahi bölümü ile birlikte izleme alındı.

Tartışma

Jugular venöz ektazi (JVE) literatürde sporadik olarak bildirilmiştir. Olası JVE sebepleri arasında; tutulan vende anatomik anomali, mekanik bası, travma, damar duvarına ait konjenital yapısal defekt ve idiyopatik sebepler sayılmakla birlikte etyolojisi henüz tam olarak bilinmemektedir. Juguler venöz ektazi en sık internal juguler vende ve boyun sağ tarafında görülmektedir (1,2,3,4,8). Olgumuzda da boynun sağ tarafında ve

internal juguler vende ektazi vardı. Anterior, internal ve eksternal juguler venlerde de ektazi bildirilmiştir. Klinik olarak Valsalva manevrasıyla kitlenin ortaya çıkması ya da boyutlarının artması, istirahatte kitlenin izlenmemesi ya da boyutlarının azalması ile tanı konur (4,5). Olgumuzun istirahatte boyun muayenesi tamamen normalken, Valsalva manevrası ile boynun sağ tarafında şişlik tespit edildi. Çocuklarda boyunda kitle yapan birçok sebep olmakla birlikte, Valsalva manevrasıyla boyutlarında artış gösteren en sık üç neden; laringosel, süperior mediastinal tümör ya da kist ve JVE' dir. Direkt grafide süperior mediastende genişlik saptanmaması ve kitle içerisinde hava olmaması ile JVE'nin, laringosel ve süperior mediastinal kitlelerden ayırımı sağlanır. Kitle üzerinde trill alınmaması ve üfürüm duyulmaması, arteriyel kökenli nedenleri dışlamamızı sağlar. Dilate olan ven yüzeyinin düzgün olması ile hemanjiyomdan kolaylıkla ayrılır (4,5).

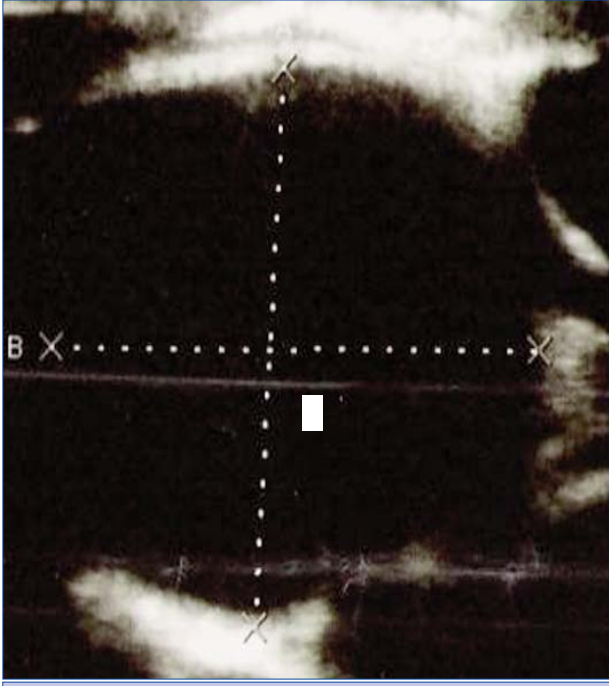
Öykü, fizik muayene ve radyolojik görüntüleme doğru tanı konmasında önemlidir. Klinik olarak JVE düşünülen hastada, doppler USG tanıda girişimsel olmayan en yararlı tetkiktir. Doppler USG işlemi iki taraflı karşılaştırılmalı ve hem istirahat hem de Valsalva manevrası sırasında uygulanmalıdır (2, 4,5).

Juguler venöz ektazi genellikle selim seyirli bir durumdur. Literatürde JVE ile ilgili spontan rüptür bildirilmemiştir (6,7). Tromboz ve Horner sendromu nadir olarak bildirilmiş komplikasyonlardır (6, 7). Jugular venöz ektazinin tedavisi genellikle konservatiftir. Belirtisi olmayan hastalarda cerrahi tedavi yalnızca kozmetik ve psikolojik nedenlerle uygulanır (4,5,9).

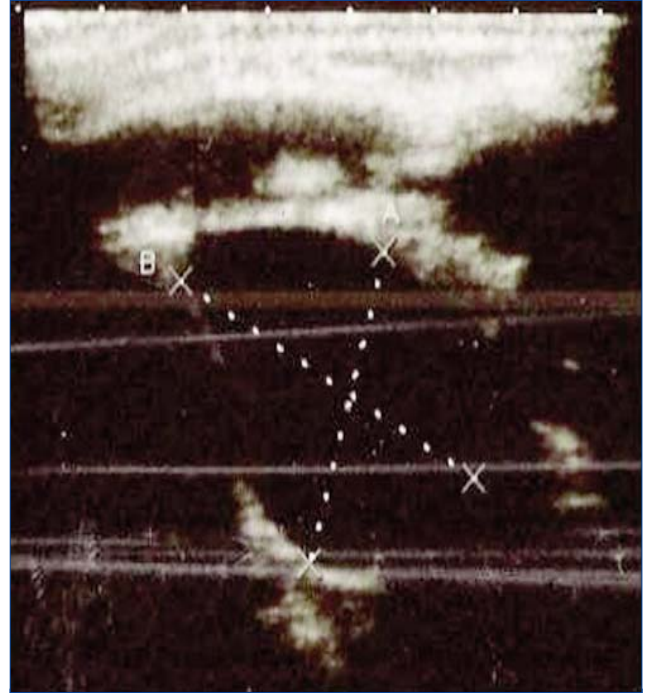
Çocukluk çağında boyunda kitle yapan nedenler arasında JVE'nin nadir rastlanan bir durum olması nedeniyle olgu sunulmuş olup, ayırıcı tanılar arasında JVE'nin de akla getirilmesinin gerekliliği vurgulanmıştır.

İletişim: Dr. Cengiz Bayram

E-posta: drcengizdr@yahoo.com



Resim 3 a. Boyun doppler USG'de istirahatte internal juguler ven görünümü



Resim 3 b. Boyun doppler USG'de Valsalva manevrası sırasında internal juguler ven görünümü

Kaynaklar

1. Bowdler DA, Singh SD: Internal jugular phlebectasia. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1986; 12(2):165-71.
2. Lubianca-Neto JF, Mauri M, Prati, C. Internal jugular phlebectasia in children. *Am J Otolaryngol* 1999; 20:415-8.
3. Yılmaz MD., Kahveci OK. Juguler phlebectasia. *KocatepeTıp Dergisi* 2003;1:70-73.
4. Altuntaş E. E, Cerrah Y. S. S, Müderris S, Bora A. Konjenital Juguler Flebektazi. *Türkiye Klinikleri J Cardiovasc Sci* 2008;20(3):225-8
5. Hu X, Li J, Hu T, Jiang X. Congenital jugular vein phlebectasia. *Am J Otolaryngol* 2005; 26:172-4.
6. Zohar Y, Ben Tovim R, Talmi YP. Phlebectasia of the jugular system. *J Craniomaxfac Surg* 1989; 17:96-8.
7. Inci S, Bertan V, Kansu T, Cila A. Horner's syndrome due to jugular venous ectasia. *Childs Nevre Syst* 1995; 11:533-5.
8. Yıldız S, Ökten S, Ölçer T. Bilateral Eksternal Juguler ven anevrizması. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2008; 33-34
9. Gürpınar A, Kiriştiöglu I, Doğruyol H. Jugular phlebectasia. *Eur J Pediatr Surg* 1999 Jun; 9(3): 182-3



Dr. A. Esin Kibap*, Dr. M. Burhan Oflaz**, Dr. Tuğrul Tiryaki**, Dr. Emrah Şenel**, Dr. İbrahim Ece*

Öz

Kist hidatik hastalığı ülkemizde hala önemli bir halk sağlığı sorunudur. Akciğer ve karaciğer en sık tutulan bölgelerdir. Genellikle kist hidatik tanısı açıklanamayan bulgulardan kuşulanılması sonucu konur. Biz karaciğerde kist hidatik tanısı alan sekiz yaşında bir kız sunduk. Sonuçta, özellikle yan abdominal ağrı gibi nonspesifik belirtileri olan açıklanamayan hepatomegalide hidatik hastalıktan kuşulanılmalıdır.

Anahtar sözcükler: Kist hidatik, Abdominal ağrı

Abstract

Echinococcosis is still an important public health problem in our country. Hydatid disease can occur in all viscera and soft tissues. Involvement of the liver, and lungs are common. We report the case of an 8-year-old girl with liver hydatid cyst. Therefore, finding unexplained hepatomegaly, especially in association with nonspecific symptoms such as abdominal pain, should lead us to suspect hydatid disease.

Key Words: Hydatid cyst, abdominal pain

Sekiz yaşında kız hasta bir aydır olan sağ yan ağrısı ve halsizlik yakınmasıyla pediatri polikliniğine başvurdu. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu.

Fizik incelemesinde,

Karaciğerin sağ kosta altında dolgun olarak palpe edilmesi dışında diğer sistem muayeneleri doğaldı.

Laboratuvar bulguları

Tam kan sayımında; Hb:12.3g/dl, beyaz küre sayısı:11.600/mm³, trombosit:315.000/mm³ idi. Periferik yaymada: %60 lenfosit %30 parçalı, %10 monosit belirlendi. Sedimentasyon hızı:13 mm/saat idi. Kan biyokimyasal parametrelerinde, idrar analizinde, yinelenen dışkı incelemelerinde ve akciğer grafisinde patolojik bulgu saptanmadı. Abdominal ultrasonografisi ile tomografisinde hepatomegali ile birlikte sağ lob inferiorda cidar yapısı seçilen, kontrast madde tutmayan ortalama 67x60x60 mm boyutta kistik lezyon saptandı (Resim 1 ve 2)

Klinik seyir ve tedavi

Olgunun Ekinokok spesifik Ig E'si negatif bulundu. Kraniyal, torako-abdominal

tomografi incelemeleri normaldi. Kist hidatik (KH) düşünülerek albendazol (15 mg/kg/gün, iki dozda) tedavisi verildi. Hastanın 1. kür (dört hafta) tedavi sonrası kist boyutlarında küçülme olmaması ve belirtilerinin şiddetlenmesi üzerine opere edilerek sağ lobtaki tek kist drene edildi. Patoloji raporu KH ile uyumlu olarak değerlendirildi. İzlemde medikal sonrası rekürrens saptanmadı.

Tartışma

Echinococcus granulosus (E. Granulosus) enfeksiyonu tüm dünyada görülen, hayvancılığın yaygın olduğu bölgelerde sıklığı fazla olan zoonotik bir hastalıktır. Ancak kentlerde de evde köpek besleyenlerde de ender de olsa gözlenmektedir (1,2,3). Enfeksiyon zinciri köpek-koyun-köpek üzerinden olmaktadır. Konakların kist taşıyan pişmemiş etlerini yiyen köpeklerin barsak mukazasında gelişen erişkin larvaların köpeğin dışkılarından tüyelerine ve burnuna bulaşan yumurtaların insana ağız yoluyla bulaşması ya da köpeğin dışkısıyla kontamine besinlerin nadiren solunum yoluyla alınması sonucu enfekte olmaktadır.

*Ankara Dışkapı Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Pediatri Bölümü, Ankara

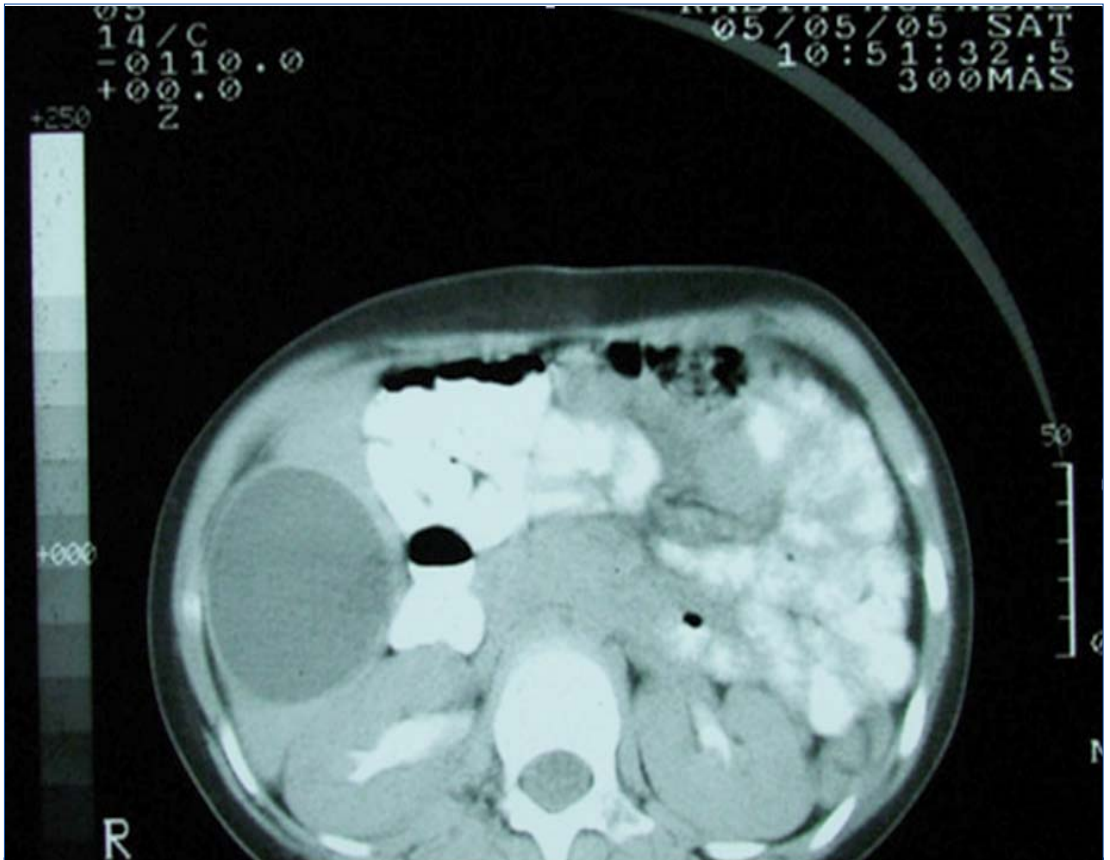
** Uzm.; Ankara Dışkapı Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Pediatri Bölümü, Ankara

*** Uzm.; Ankara Dışkapı Çocuk Hastalıkları Eğitim ve

Araştırma Hastanesi, Pediatrik Cerrahi, Ankara
Pediatrik Cerrahi Uzmanı



Resim 1. Karaciğer sağ lob inferiorda 67x60mm basit kistik lezyon



Resim 2. Karaciğer sağ lob inferiorda cidar yapısı seçilen ve kontras madde tutmayan kistik lezyon

Ülkemizde insidansı 2:1.000.000 - 1:2000 gibi farklı oranlarda (2,4,5). Hidatik kist en sık karaciğer (%65) ve akciğer (%25) de ortaya çıkar. Nadiren dalak, periton, böbrek, kemik, beyin, pankreas, orbita, üreme organları, kas ve kalbe yerleşebilir (1,3,6,7). Çoğunlukla olgumuzdaki gibi tek bir organ tutulumu ve soliter kist görülür. Kistin çapı 1-15 cm ve yıllık büyümesi 1-30 mm olabilmektedir (4).

Ekinokok enfeksiyonu tanısı, genellikle kistin yavaş büyümesi nedeniyle geç konulur. Serolojik yöntemlerden kompleman fiksasyon testi olan Weinberg yağın olarak kullanılmaktadır ELİZA, indirekt hemaglünitasyon (İHA) ve aglünitasyon (LAT) diğer serolojik testlerdir. Buserolojik testlerin duyarlılığı hepatic kist hidatikte %80-100, akciğer hastalığında %50-56, diğer organ tutulumlarında ise %25-50'dir (1,4,8). Olgumuzda radyolojik görüntülemelerin yanı sıra kist hidatik serolojisi negatif idi.

Hastalığın tanısında, komplikasyonların saptanmasında ve tedavinin planlanmasında görüntüleme yöntemleri olan ultrasonografi ve tomografi (genellikle septasyonlar içeren ince cidarlı kistik yapılar, germinatif membranda ayrılma ve kist duvarında kalınlaşma) çok önemlidir (1,2).

Enfeksiyon çoğunlukla çocukluk çağında kazanılmakla birlikte, hidatik kist olgularının çoğu adult dönemde (3-4.dekad) belirti vermesiyle tanı almaktadır (5). Hastalıkta öksürük, ateş ve karın ağrısı en sık belirtiler olmakla birlikte, kistin yerleşim yerine göre klinik belirtiler farklılık gösterir (1,2) Asemptomatik ve tesadüfen saptanan hidatik kist olguları da çoğunluktadır (4,8). Komplike olmayan hepatic kistlerde genellikle sağ üst kadranda belirsiz bir ağrı ya da beslenme sonrası abdominal distansiyona neden olabilmektedir. Nadiren kalsifiye olabilen kistin, primer ve sekonder karaciğer tümörlerinden ayrımı gerekir (5,9). Büyük hepatic kistler, kitle etkisiyle kolelitiasis ve Budd-Chiari sendromu, karaciğer absesi, portal hipertansiyon, asit, bronşial ya da gastrointestinal sisteme bilier fistül, safra kanalına rüptüre olarak biliyer kolik, kolanjitis ve progresif kolestasis, hemobilia, akut pankreatitis, peritoneal kist hidatik hatta yaşamı tehdit eden anafeksiye neden olabilmektedir (5,10).

Anadol ve arkadaşları, 20 yıllık periyotta 376 hidatik kisti değerlendirdikleri bir çalışmada, olguların %37.8'inin 7-10 yaş

arasında olduğunu, en sık belirtilerin ateş, öksürük ve karın ağrısı olduğunu, %7.2'sinin herhangi bir belirti olmadan radyolojik görüntüleme ile tanı aldıklarını, %20.5'inde muayenede hepatomegali saptandığını bildirmişlerdir (2).

Hastalığın tedavisinde cerrahi, perkütan kist drenajı ve medikal tedavi uygulanmaktadır. Tıbbi tedavide tek başına ya da cerrahi tedavi ile birlikte en önemli seçenek benzimidazollerdir (1). Olgumuzda hidatik kist düşünülerek verilen birinci kür albendazol tedavisi sonrası kist boyutlarında ve cidarında değişiklik olmaması, belirtilerin şiddetlenmesi üzerine opere edilerek tek kist drene edildi.

Sonuç olarak, ülkemizde halen ciddi bir sağlık sorunu olmayı sürdüren ve değişik organlara yerleşmesi nedeniyle özgül bulgu vermeyen kist hidatiğin erken tanısında öykü ile birlikte ayrıntılı ve dikkatli bir fizik incelemenin önemine dikkat çekmek istenmiştir.

İletişim: Dr. Cengiz Bayram

E-posta: drcengizdr@yahoo.com

Kaynaklar

1. Doğan Y, Çokuğraş FÇ, Ergül Y, Kuruoğlu S, Erkan T, Kutlu T. Kist Hidatik Olgu Sunumu. Türk Pediatri Arşivi 2003; 38(2): 119-120.
- 2- Anadol D, Göçmen A, Kiper N, Özçelik U. Hydatid Disease in Childhood: A retrospective Analysis 376 Cases. Pediatric Pulmonology 1998; 26: 190-196.
3. Tatar D, Güneş EY, Berktaş Ö, Perim G. Akciğer Kist Hidatiği Tanılı Çocuk Olgularımız. Akciğer Arşivi 2003; 4: 31-35.
4. Altıntaş N. Cyst and alveolar echinococcosis in Turkey. Review. Annals of Tropical Medicine & Parasitology 1998; 92(6): 637-642.
5. Khuroo MS. Hydatid Disease: Current Status and Recent Advances. Annals of Saudi Medicine 2002; 22(1): 56-64.
- 6- Savas L, Onlen Y, Akcali C, et al. Hydatid disease with atypical localization: 4 cases report. Scand J Infect Dis 2004; 36(8): 613-5.
- 7- Hatipoğlu AR, Çoşkun I, Karakaya K, İbis C. Retroperitoneal localization of hydatid cyst disease. Hepatogastroenterology 2001; 48(40): 1037-9.
- 8- Comite GD, Dognini G, Ieri R, Praderio L. Acute Echinococcosis: a Case Report. Journal of Clinical Microbiology 2000 ; 38 (12): 4679-4680.
9. Yavuz G, Emir S, Unal E, Tacyıldız N, et al. Coexistence of Hodgkin lymphoma and cyst



Dr. Sevim Çelik*

Öz

Lenfödem, meme kanseri cerrahisinden sonra görülen önemli bir komplikasyondur. Meme kanseri ile ilişkili lenfödem insidansının %6-70 arasında olduğu bildirilmektedir. Cerrahi girişim, özellikle aksiller lenf nodu cerrahisi, lenfödem gelişmesi için en önemli risk faktörüdür. Lenfödem, hastaların günlük aktivitelerini, beden imgesini ve cinsel işlevlerini olumsuz etkilemektedir. Bu makalede, meme kanserli hastalarda lenfödemin önlenmesi ve azaltılması için güncel bilgiler verilecektir.

Anahtar sözcükler: Meme kanseri, Mastektomi, Lenfödem, Önleme

Giriş

Meme kanseri, kadınlarda en sık görülen kanser türleri arasında birinci, ölüm nedeni arasında ise akciğer kanserinden sonra ikinci sırada yer almaktadır (1,2,3). Batı ülkelerinde her 8-9 kadından birinde meme kanseri olgusuna rastlanmaktadır (3). Meme kanserinin görülme oranındaki en fazla artışın Kanada, ABD, İspanya ve İsveç'te olduğu belirtilmektedir (2). Ülkemizde ise, Sağlık Bakanlığı'nın kanser ile ilgili verilerine bakıldığında, 2006 yılında kadınlarda görülen kanserler arasında %41.7 oranıyla birinci sırada yer aldığı ve 2004-2006 yılları arasında bu oranın hızla arttığı dikkati çekmektedir (4).

Ülkemizde meme kanserinin cerrahi tedavisinde daha çok modifiye radikal mastektomi ameliyatları uygulanmaktadır (2,5,6). Bu cerrahi girişimler sonrasında hastalar yaşam kalitelerini olumsuz etkileyen fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlarla karşılaşmakta ve bu olumsuzlukların başında lenfödem gelmektedir (2,6,7). Meme kanserinin cerrahi tedavisi sonrası en sık kol, gövdenin üst kısmı ve elde gelişen lenfödem oluşumundaki temel neden, koldaki lenfatik drenajı sağlayan koltukaltı lenf nodlarının çıkarılması sonucu lenfatik akımın kesintiye uğraması ve lenfatik sistemdeki sıvı ve proteinin kapiller filtrasyondaki dengesizlik sonucu hücreler arası alanda birikmesidir (6,7,8,9).

Abstract

Lymphedema after breast cancer surgery is an important complication that can be seen. The incidence of breast cancer-related lymphedema is reported to be between 6 to 70%. Surgery, especially axillary lymph node dissection surgery is the most important risk factors for the development of lymphedema. Lymphedema negatively affect daily activities, body image and sexual functions of patients. In this article, current information will be given to prevent and reduce lymphedema on the patients with breast cancer.

Key words: Breast cancer, Mastectomy, Lymphedema, Prevention

Görülme Sıklığı

Meme kanseri tedavisini izleyen dönemde lenfödemin %6-70 oranında oluşabileceği bildirilmektedir. Lenfödemin gelişme riskinin belirli bir süre ile sınırlı olmayıp yaşam boyu devam edebileceği, hastalarda izlem süresi arttıkça insidansın da arttığı belirtilmektedir (7,10,11,12,13). Yapılan çalışmalarda; cerrahi girişimden bir yıl sonra lenfödemin %36-73, aksiller lenf nodu cerrahisinden üç yıl sonra yaklaşık %25, 10 yıl sonra %28, 20 yıl sonra da %49 oranında geliştiği saptanmıştır (8,10). Ayrıca, lenfödemin en erken ilk ayda ve en geç ise 109. ayda ortaya çıktığı saptanmıştır (11).

Risk Faktörleri

Lenfödem bireylerin yaşam kalitesini azaltan, fiziksel ve psikolojik olarak rahatsızlık veren bir durumdur. Lenfödem oluşumunu artıran birçok etmen bulunmaktadır. Aksiller lenf nodu cerrahisi, radyoterapi, nodal tutulum sayısı, enfeksiyon ve obezite, ileri yaş, menapoz, ameliyat olan taraftaki kolun travmaya uğraması, sıcak uygulama ve kolun hiç kullanılmaması bunlardan bazılarıdır. Literatürde, cerrahi girişimin türüne göre radikal mastektomi sonrası %39.5, modifiye radikal mastektomi sonrası %24 oranında lenfödem riski olduğu, çıkarılan lenf nodu sayısı ile birlikte lenfödem arasında da pozitif bir ilişki olduğu bildirilmektedir (Tablo 1) (7,8,9,11,14,15).

Tablo 1. Meme kanseri ile ilişkili lenfödemin risk faktörleri	
Tedavi ile ilişkili etmenler	Bireysel etmenler
Cerrahi girişim Aksiller lenf nodu diseksiyonu Radyoterapi Nodal tutulum sayısı (30'dan fazla)	İleri yaş Obesite Kola travma Kolun kullanılmaması Enfeksiyon Menapoz

Radyoterapiyle lenfödem riski iki katına çıkmaktadır. Uygulanan radyasyon girişimin yapıldığı bölgedeki lenf damarlarının büzülmesine ve fibrozise neden olmakta, yeni lenfatik damarların oluşması ve gelişmesi engellenmektedir. Radyasyonun verdiği zarar ile hem lenf damarlarının hem de lenfatik sistemin taşıma kapasitesini etkilenerek lenfödem oluşum riski artmaktadır (Tablo 1) (2,7,8,15).

Lenfödemin Hastaya Etkisi

Yaşamın ve kadınlığın tehdit altında olduğu bir hastalık olarak algılanan meme kanserinin tanı ve tedavisinin hastalarda anksiyete, depresyon, umutsuzluk, gelecek kaygısı, çaresizlik, öfke, kanserin atlatılamayacağı, yeniden görüleceği korkusu, beden imgesinde bozulma, benlik saygısında azalma, cinsel yetisini kaybetme ve ölüm korkusu gibi psikolojik sorunların yanı sıra, enerji kaybı, yorgunluk, ağrı, bulantı, kusma, uyku sorunları ve hormonal düzensizlik gibi fizyolojik sorunlara neden olduğu bilinmektedir (16).

Hastalar bu sorunlar ile yaşamını sürdürmeye çalışırken meme kanserinin cerrahi tedavisi sonrası bir komplikasyon olarak lenfödem gelişmesi de hasta için önemli bir sorun olmaktadır. Lenfödem görülen kolda duyu bozukluklar, güç kaybı, ödemin oluşturduğu gerilime bağlı ağrı, hareket kısıtlılığı, ağırlık ve sıkışıklık hissi, enfeksiyona yatkınlık ve etkilenen bölgenin cildinde hassasiyet, kızarıklık gelişmesi lenfödemin neden olduğu sonuçlar arasında yer almaktadır (Şekil 1) (1,6,7,17,18,19). Lenfödem hastanın fiziksel aktivitelerini engellemekte ya da daha çok yardım almasını gerektirmektedir. Ayrıca lenfödeme bağlı bu fiziksel değişim; hastanın meme kaybı sonucu bedeninde oluşan köklü değişime uyumunu da güçleştirmektedir. Bu durumda kadınlığın, doğurganlığın, çekiciliğin ve cinselliğin kaybı olarak algılanmakta ve hastanın kendini cinsel açıdan çekici bulmada sorunlar yaşamasına, cinsel yaşamında

sorunlar yaşamasına neden olmaktadır. Literatürde lenfödemi olan ve olmayan kadınların karşılaştırıldığı bir çalışmada, lenfödemi olan hastaların %81'inin bu durumlarına adaptasyonlarında zorluklar yaşadığı bulunmuştur. Bu uyum sorunu çalışan kadınların yeniden iş yaşantısına girememeye, damgalanma ve iş ayrımcılığı, çalışma aktivite ve önceliklerinde değişim gibi mesleki ve ekonomik sorunlar da yaşamasına neden olmaktadır (1,7,16). Başka bir çalışmada, meme kanseri tedavisi sonrası hastaların %57.9'unda cinsel işlev bozukluğu saptanmıştır (16).

Lenfödem Tedavisi

Meme kanseri cerrahi tedavisinden sonra ellerde ve bileklerde göğüste, kollarda ya da vücudun herhangi bir bölgesinde oluşabilmektedir (18). Lenfödem tamamen tedavi edilememekte, yalnızca belirtileri ve belirtileri azaltılabilmekte ya da yok edilebilmektedir. Hastalarda gelişen lenfödemin tedavisi için standart bir tedavi algoritması bulunmamakla birlikte, belirtilerin giderilmesi için medikal, cerrahi, düşük seviyeli lazer ve fizik tedavi yöntemlerinden yararlanılmaktadır (14,20).

Cerrahi Tedavi

Lenfödemde koruyucu tedavilerin uygulanması uzun bir süre ve sabır gerektiren uygulamalardır. Bu gibi sorunlardan dolayı cerrahi tedavi önem kazanmaktadır. Cerrahi olarak mikro cerrahi yöntemi ile lenfovenöz anastomoz yapılmaktadır (10).

Medikal Tedavi

Medikal tedavide ilk denenmiş ilaç türleri diüretiklerdir. Bu ilaç türleri kullanımı önceleri etkili olmakla birlikte, uzun süreli bir yarar sağlamamaktadır (10). Medikal tedavide diğer bir ilaç ise benzopironlardır. Özellikle lenfödemlerde bu ilaçlar lenfatiklere gereksinim duymadan proteinleri interstisyel sıvıdan uzaklaştırmaktadır. Bu ilaçların da uzun süreli kullanımı karaciğere toksik etkileri nedeniyle önerilmemektedir (10,21).



Şekil 1. Kolda lenfödem (17)

Düşük Düzeyli Lazer Tedavisi

Tedavi kızıl ötesine yakın ışınları içermektedir. Etki mekanizması yeni lenf damarları gelişmesini sağlayarak lenf akımını düzeltmektedir. Tedavi haftada belli periyodlar ile yapılmaktadır (21).

Fizik Tedavi

Bireyin kendi kendine ve fizik tedavi uzmanı eşliğinde yapabileceği tedavi yöntemlerini içermektedir. Bu tedavi yöntemi kompresif bandajlar (Şekil 2), kompresyon giysileri, pnömotik pompalar, masajlar, egzersizler, ekstremitel vasyonu, cilt bakımı ve hasta eğitimi içermektedir (13,14,19,20).

Lenfödem Önlemede Etkili Uygulamalar

Meme kanseri olan hastanın yaşam kalitesinin artırılması sağlık ekibinin temel amacıdır. lenfödem, yeterli ve uygun bakım girişimleri ile önlenilecek bir durumdur (Şekil 3).

Öncelikle sağlık ekibi, her iki kolun fiziksel muayenesini enfeksiyon ve ödem yönünden dirsek çıkıntısının 7.5 cm altı ve üstü, 14 cm altı ve üstü olmak üzere iki bölümden kolun çevresini değerlendirmeli ve her iki kolu birlikte karşılaştırmalı, her iki kol ve omuzun hareket derecesini incelemelidir (1,2,7,21,23).

Hasta sağlık ekibi (fizyoterapist, cerrah, hemşire) tarafından değerlendirilerek egzersizlere başlama zamanı belirlenmeli ve fizyoterapist tarafından bir program hazırlanarak hastaya yapılması gereken egzersizler yönünden eğitim verilmelidir. Hastanın egzersizlere uyumu değerlendirilmeli ve tek başına yapamayacağı egzersizler için hastaya destek olunmalıdır. Ayrıca kolda şişlik, kızarıklık, ağrı oluşması durumunda hekime başvurusu belirtilmelidir (1,2,7).

Omuz-Kol Egzersizleri

Egzersizlere cerrahi girişimden sonraki bir gün ile bir hafta süre içinde başlanmalıdır. Bu hareketler omzun ve kolun eski işlevsel durumuna gelmesini sağlamakta ve yapılan hareketler sayesinde dört - altı hafta içinde omuz ve kol hareketleri kısıtlılığı azaltılabilmektedir. Egzersizler saç tarama; top sıkma ve gevşetme, sırta dokunma, kürek çekme gibi hareketler biçimde yapılmaktadır. Egzersizlerin günde 3-4 sefer 15-25 kez yapılması yeterli olmaktadır (Şekil 4) (2,5,18,24).

Elevasyon

Ameliyat sonrası erken dönemde ameliyat olan taraftaki kola, omuz 20-45 derece abduksiyonda, kol yaklaşık 45-60 derece yatay pozisyonda, el bilekten ve bilek omuzdan yüksekte olacak biçimde pozisyon verilmeli ve kol kullanılmayarak ilk 24 saat kolun pozisyonu korunmalıdır. Hastaya ameliyat sonrası ilk üç ay ameliyat olan taraftaki kol üzerine yatmaması söylenmelidir. Daha sonra düz bir zeminde uzanır pozisyondayken kolun kalp düzeyinin yüksekte tutulması önerilmelidir. Bu uygulama günde 2-3 kez 45 dakika boyunca sürmelidir (1,2,7,18,21,23).

Tansiyon ölçme, kan alma ve enjeksiyon

Bu girişimler etkilenen kol tarafından yapılmamalıdır. Vücudun farklı bölümleri tercih edilmelidir (2,5,14,18,23).

Cilt hijyeni

Eller temiz tutulmalıdır ama elleri kurutan sert sabunlar kullanılmamalıdır. Nemlendirici losyon ya da kremler kullanılmalıdır. Kol ve koltuk altındaki tüylerin temizliğinde elektrikli alet ya da tüy dökücü kremler kullanılmalıdır (2,18).



Şekil 2. Elastik bandaj uygulanması (22)

Travma ve enfeksiyonların önlenmesi:

Dikiş yaparken iğne batmaması için dikiş yüzüğü kullanılmalı, etkilenen kol ile ağır yük taşınmamalı ve yorulduğunda dinlendirilmeli, temizlik işlerinde cildi tahriş eden deterjanlardan uzak durulmalı, sıkı giysiler giyilmemelidir. Güneş yanıklarından kol ve eller korunmalı ve güneşe çıkılacaksa da minimum 15 faktörlü güneş kremleri kullanılmalıdır. Aşırı sıcak ve soğuktan etkilenen bölge korunmalıdır. Alkol damarlarda genişlemeye neden olduğu, sigara ise damarların çapını küçülttüğü için kullanılmamalıdır (2,5,7,18,23).

Böcek sokması

Böcek sokmaları için böcek uzaklaştırıcı spreyler kullanılmalıdır ama içinde alkol içermemelidir. Böcek sokması durumunda ise etkilenen bölge enfeksiyon riskini azaltmak için temizlenmeli ve kol yükseltilmelidir (18).

Uçak yolculuğu

Uçak yolculuğuna çıkılmadan önce doktor ve fizyoterapistle iletişime geçilmelidir. Yolculuğa başlanmadan önce etkilenen bölgedeki kola basınçlı elastik bandaj

uygulanmalıdır. Yolculuk esnasında yapılabilirse uygun egzersizler yapılmalıdır (2,14,18,23).

Vücut ağırlığı

Hasta beslenme yönünden değerlendirilmeli, albümin ve protein değerleri incelenmeli ve vücut ağırlığı ölçülerek ideal kilosunda olup olmadığı belirlenmelidir. Ağırlığı standart değerlerde olmalı ve beden kitle indeksi 25 üzerinde olmamalıdır. Fazla yağ etkilenen bölgedeki kolun beslenmesi için daha fazla kana gereksinim olmakta ve bu da o bölgedeki lenf damarların fazla çalışmasına neden olmaktadır. Ayrıca bu yağlar basınçlı elastik bandajların çalışmasını ve verimliliğini azaltmaktadır (2,8,18).

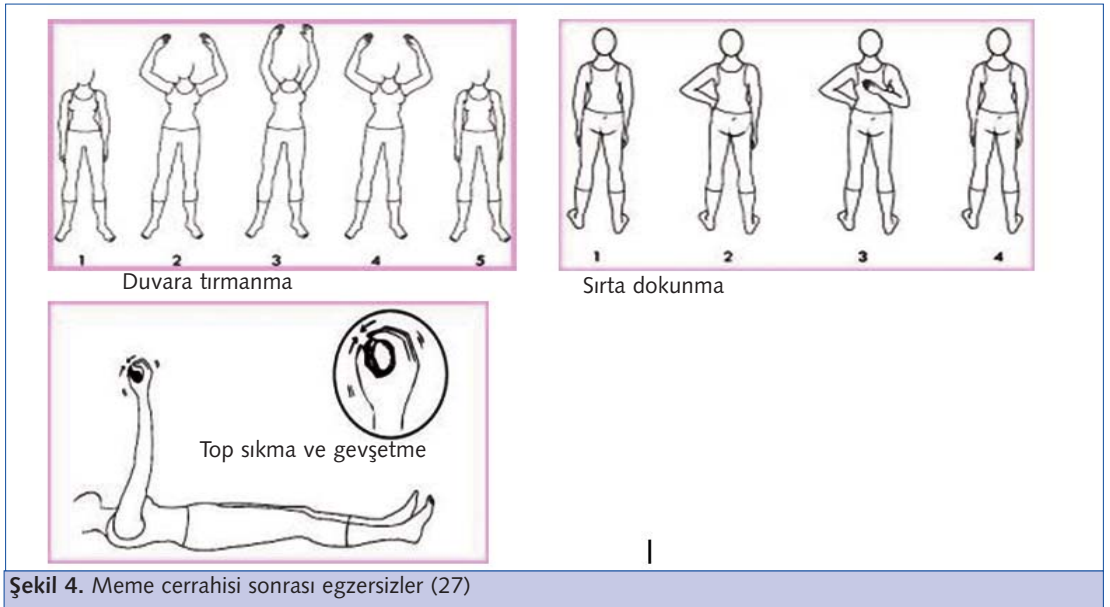
Lenfödem ile ilgili bilezik taşınmalıdır. Böylece acil durumlarda etkilenen koldan girişim yapılması engellenerek lenfödem riski azaltılabilmektedir (Şekil 6) (2).

Ridner ve ark. tarafından 51 kadın ile yapılan kesitsel bir çalışmada, kadınların tamamına yakınının (48 kişi) bu eğitimleri aldıkları, ancak üçte birinin verilen eğitimlere ilişkin uygulamalar için zaman ayırdıkları, ayrılan zamanın da günde 15 dakika ya da daha az olduğu bildirilmektedir (26). Bu sonuca göre, hemşirelerin yukarıda belirtilen uygulamalar konusunda eğitim vermenin yanısıra bu eğitimlere hastaların uyumunu sağlayacak aktivileri de gerçekleştirmeleri son derece önemlidir.

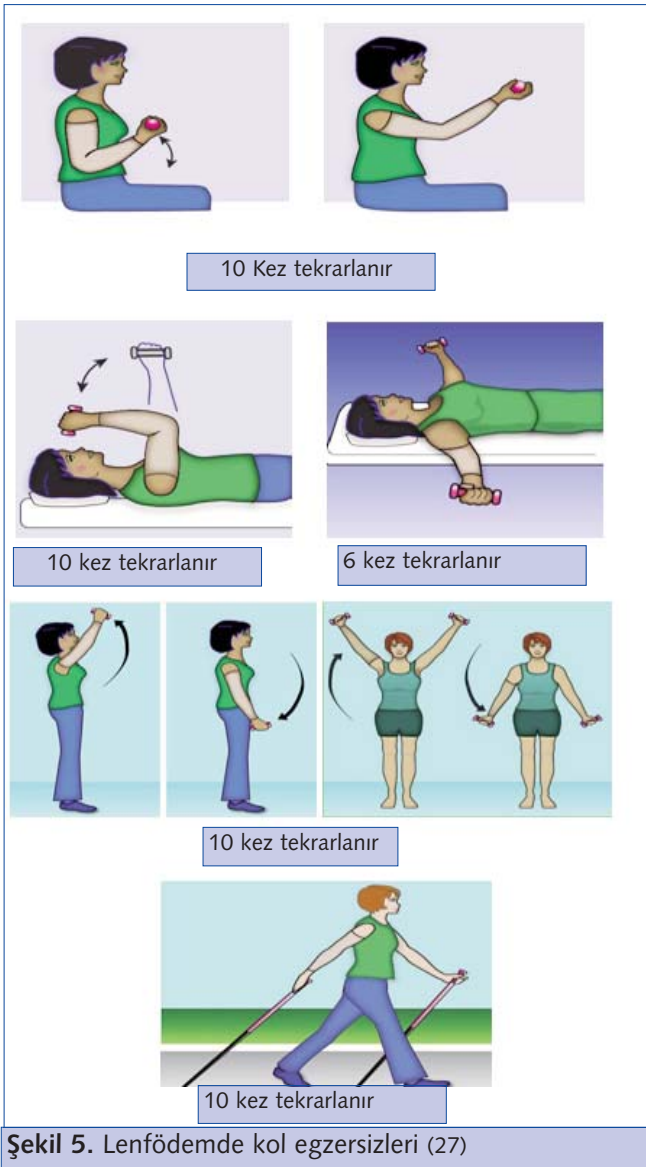
Sonuç olarak, meme kanserinin cerrahi girişiminden sonra görülen lenfödemi, hastalar üzerinde olumsuz sonuçlar doğuran ve günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkileyen bir sorundur. Ancak sağlık ekibi tarafından gerekli önlemlerin alınması ve hastaya lenfödem konusunda yeterli bilginin verilmesiyle, tamamen önlenmese de belirtileri azaltılabilmekte, hastaların yaşam kalitesi



Şekil 3. Lenfödemi önleyici girişimler



Şekil 4. Meme cerrahisi sonrası egzersizler (27)



Şekil 5. Lenfödemde kol egzersizleri (27)



artırılmaktadır. Bu nedenle lenfödemi önlemeye yönelik girişimler daha çok hastanın bilgilendirilmesi ve uyuma yönelik olmalıdır.

İletişim: Sevim Çelik

E-posta: sevimakcel@yahoo.com

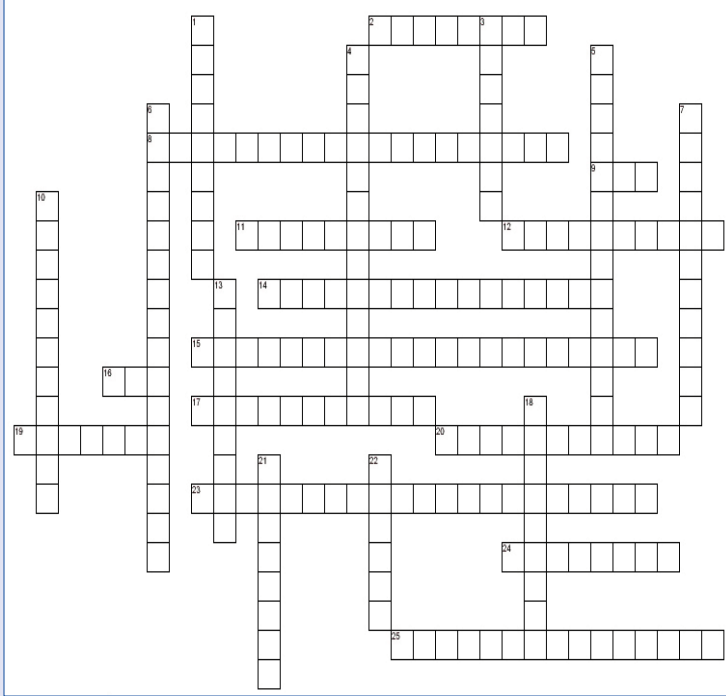
Kaynaklar

1. Gül A, Erdim L. Meme kanseri ameliyatından sonra lenfödemin önlenmesinde hemşirelerin eğitim yaklaşımı. Meme Sağlığı Dergisi 2009; 5(2):82-86.
2. Demir SG. Meme kanseri nedeniyle ameliyat olan hastalarda kendi kendine lenfödem yönetimi. Meme Sağlığı Dergisi 2008; 4(2):62-69.
3. Aydınтуğ S. Meme kanserinde erken tanı. STED 2004;13(6):226-228.

4. Eser S, Olcayto E, Karakılınc H ve ark. 2004-2006 yılları Türkiye kanser insidansı. www.kanser.gov.tr. (Erişim tarihi:14.06.2010).
5. Karamanoğlu AY, Özer FG. Mastektomili Hastalarda Evde Bakım. *Meme Sağlığı Dergisi* 2008; 4(1):3-8.
6. Türk G, Atalay M. Mastektomi sonrası yapılan egzersizlerin kol ödemi önlemeye etkisi. *Meme Sağlığı Dergisi* 2007; 3(3):143-149.
7. Gürsoy AA. Meme kanseri tedavisine bağlı lenfödem ve hemşirelik bakımı. *C.Ü Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005; 9(2):18-25
8. Ahmed RL, Thomas W, Yee D, Schmitz KH. Randomized controlled trial of weight training and lymphedema in breast cancer survivors. *Journal of Clinical Oncology* 2006; 24(18): 2765-2772.
9. Erickson VS, Pearson ML, Ganz PA, Adams J, Kahn KL. Arm edema in breast cancer patients. *Journal of the National Cancer Institute* 2001; 93(2): 96-111.
10. Harris SR, Hugi MR, Olivetto IA, Levine M. Clinical practice guidelines for the care and treatment of breast cancer:11.Lymphedema. *CMAJ* 2001; 164(2):191 -199.
11. Kebudi A, Uludağ M, Yetkin G, Çitgez B, İşgör A. Meme kanseri tedavisinde modifiye radikal mastektomi sonrası lenfödem insidansı ve risk faktörleri. *Meme Sağlığı Dergisi* 2005;1(1):1-5.
12. Aslay I, Acunaş G, Cantürk Z, Arıbal E, Oktay A, Haydaroğlu A. Meme kanserinde izlem. *Meme Sağlığı Dergisi* 2007; 3(2): 95-99.
13. Moseley AL, Carati CJ, Piller NB. A systematic review of common conservative therapies for arm lymphoedema secondary to breast cancer treatment. *Annals of Oncology* 2007; 18(4): 639-46.
14. McLaughlin SA, Wright MJ, Morris KT, Sampson MR, Brockway JP, Hurley KE, Riedel ER, Van Zee KJ. Prevalence of lymphedema in woman with breast cancer 5 years after sentinel lymph node biopsy or axillary dissection: patient perceptions and precautionary behaviors. *Journal of Clinical Oncology* 2008; 26(32):5220-5226.
15. Golshan M, Smith B. Prevention and management of arm lymphedema in the patient with breast cancer. *The Journal of Support Oncol* 2006; 4(8):381-386.
16. Gümüş AB. Meme kanserinde psikososyal sorunlar ve destekleyici girişimler. *Meme Sağlığı Dergisi* 2006; 2(3):108-114.
17. Lymphedema arm. <http://lymphedematreatments.org/tag/pictures-lymphedema/> (Erişim tarihi: 29.06.2010).
18. Lymphedema. Breast cancer organisation. www.breastcancer.org (Erişim tarihi: 21.11.2009)
19. Gül A, Aslan FE. Meme kanseri ameliyatından sonra lenfödemin önlenmesinde basit lenf drenajı masajı ile aromatik yağlarla yapılan basit lenf drenajı masajının etkisinin karşılaştırılması. *Meme Sağlığı Dergisi* 2007; 3(2): 75-81.
20. Başaran S, Kozanoğlu E. Meme kanseri ile ilişkili lenfödem ve konservatif tedavisi. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg* 2009;55(1):29-34.
21. Fu MR, Ridner SH, Armer J. Post-breast cancer:lymphedema. *AJN* 2009; 109(7): 34-41.
22. Lymphedema wrapping for arm. <http://www.videolife.tk/lymphedema/> (Erişim tarihi: 05.08.2010).
23. Thomas-Maclean R, Miedema B, Tatemichi SR. Breast cancer-related lymphedema women's experiences with an underestimated condition. *Canadian Family Physician* 2005; 51(2):246-255.
24. Exercises after breast cancer. <http://www.reach4recovery.org.za/excersize.html> (Erişim tarihi: 05.08.2010)
25. Stainless steel mesh lymphedema medical ID bracelet. www.tlcdirect.org/products/sku-8061__dept-86.htm (Erişim tarihi: 30.06.2010).
26. Ridner SH, Dietrich MS, Kidd N. Breast cancer treatment-related lymphedema self-care: Education, practices, symptoms, and quality of life. *Support Care Cancer*. 2010(DOI:10.1007/s00520-010-0870-5)
27. Stephan P. How to do arm lymphedema exercises. http://breastcancer.about.com/od/lifeaftertreatment/ss/arm-lymphedema-exercises_8.htm.(Erişim tarihi:05.08.2010)



Bulmacamızda yer alan soruları bu sayımızdaki yazılardan seçtik. Doğru olarak yanıtlayıp Dergi'nin postalanma tarihinden sonraki bir ay içinde bize gönderen okuyucularımıza **2 TTB- STE Kredi Puanı** veriyoruz. Ayrıca beş kişiye Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma Merkezi'nin hazırladığı "**Geriatri ve Gerontoloji II**" adlı kitabını armağan ediyoruz. Bulmacanın doğru yanıtlarını **Eylül Ekim 2010** sayımızda yayımlayacağız.



- 1- Bebek ve çocukluk yaş grubunun en sık görülen damarsal tümörü,
- 2- Juguler venöz ektaziye ortaya çıkaran bir manevra,
- 3- Çocuklarda en sık görülen baş-boyun neoplazmi,
- 4- Lenfödemin medikal tedavisinde kullanılan bir ilaç grubu,
- 5- Kişinin en az altı ay süreyle vücut belirtilerini yanlıs yorumlaması,

- 6- Konversiyonda görülen viseral bir belirti,
- 7- Bir somatoform bozukluk türü,
- 8- Lenfödem tedavisinde cerrahi bir yöntem,
- 9- Lenfödemin gerçekleştiği bir organımız,
- 10- Hodgkin hastalığının etkeni olan virüs,
- 11- Hidatik kistin en sık görüldüğü organ,
- 12- Çocuklarda baş ve boyunda görülen konjenital bir kitle,
- 13- Lenfödemi önlemede etkili bir uygulama,
- 14- Doğum sonu depresyonda anksiyete de varsa yararlı olabilen bir ilaç grubu,
- 15- Baş ve boyunda karşılaşılan inflamatuvar kitlelerden biri,
- 16- Doğum sonu depresyon tedavisinde kullanılan bir yöntem (kısaltma),
- 17- Lenfödem riskini iki katına çıkaran bir işlem,
- 18- Çocuklarda somatoform bozuklukta sık görülen bir komplikasyon,
- 19- 8-0-4 yaş grubu çocuklarda önemli bir ölüm ve sakatlık nedeni,
- 20- Kadınlarda en sık görülen kanser türü,
- 21- Konversiyonda görülen motor belirtilerden biri,
- 22- Olası juguler venöz ektazi nedenlerinden biri,
- 23- Tıbbi hastalıklara uymayan fiziksel belirtilere verilen ad,
- 24- Mastektomi ameliyatlarının bir komplikasyonu,
- 25- Hidatik kistin tıbbi tedavisinde kullanılan ilaç grubu.

STED Mayıs - Haziran 2010 Ödüllü Bulmaca Doğru Yanıtları:

- 1- Elektromanyetik Hipersensitivite, 2- Artrogripozis, 3- Somatoform Bozukluk,
- 4- Somatizasyon, 5- Globus Histerikus, 6- Briquet Sendromu, 7- Barlow, 8- Dislokasyon,
- 9- Öğrenme, 10- Shentonmenard, 11- Plasentaprevia, 12- Bilgisayar, 13- Yaşlılık, 14- Kız Bebek, 15- Pavlik Bandajı, 16- Avasküler Nekroz, 17- Ultrason, 18- Okul Reddi,
- 19- Olgun Toplum, 20- Displazi, 21- Fizik Tedavi, 22- Hipokondriazis, 23- Galeazzi,
- 24- Öz Kırım, 5- Pelvipedal.