

sted

günce

Cilt : 19

Sayı : 1

Ocak Şubat

2010

ISSN 1300-0853



STED'den

Türkiye'nin Sağlığını Okumak
"Sağlık Kuruluşu Dışında Doğuran Kadınlarımız"

Dr. Onur Hamzaoğlu

Yaşlı Sağlığı

"Yaşlılarda Üriner İnkontinans"

*Dr. Melahat Akdeniz, Dr. Ferhat Kılınç,
Dr. Hakan Yaman*

Dergilerden

*Dr. Özen Aşut, Dr. Yılmaz Yıldız,
Dr. Serdal Kanuncu*

İletişim

Ezgi Karadağ

Günlüğümden

Dr. Adnan Yüce

TTB-STED Fotoğraf

Yarışması 2009 Sonuçlandı

Ne Yapmalı?

Dr. Orhan Odabaşı, Av. Mustafa Güler

Sigara ve Sağlık

"Sigara Bırakma Merkezleri ve Halk Sağlığı Bakış Açısı"

Dr. Yasemin Açık

VII

XI

IX

X

XI

**Merhaba,**

Dergimiz 2005 yılından bu yana Türk Tıp Dizininde yer almakta. Türk Tıp Dizininde yer almanın en önemli koşullarından biri dergide yayımlanan makalelerin en azından yarısından bir fazlasının araştırma olması. Ülkemizde üzülenek belirtmek isteriz ki birinci basamakta yaptığımız çalışmaları görünür kılmada birinci basamakta çalışan hekimlerin, hemşirelerin, sağlık çalışanlarının çok önemli eksikleri var. Alana özgün çalışmalar daha çok akademisyenlerce yapılıyor. Bu çalışmalarda pratisyen hekimleri, sağlık çalışanlarını çoğunlukla göremiyoruz. Birinci basamakta araştırma yapmanın akademik çevrede olduğu gibi bir ödülünün olmaması, birinci basamakta araştırma yapmak isteyenler için gerekli alt yapının ve kaynakların yetersizliği yapılan araştırma sayısının ve niteliğini yakından etkilemekte. Çeşitli nedenlerle yapılmayan

araştırmaların sayısının gün geçtikçe daha da azaldığını üzülenek belirtmeliyiz.

Dergimizin özgün yanı birinci basamak araştırmalarına, derlemelerine yer vermesi yanısıra duygularımızı deneyimlerimizi duyarlılıklarımızı paylaştığımız süreli sayfalarımızı Türk Tıp Dizininin isteği üzerine geçmiş yıllarda romen rakamlarıyla numaralandırmış ve ana yazılardan ayırmıştık. Bu yılbaşında yaptığımız karşılıklı değerlendirmeler sonunda dergimizin bu sayfalarını bir ek olarak sunmamız gerektiği bizlere iletildi.

STED "Günce'nin doğuşunu sizlerle paylaşırken yaşadığımız günlerde birbirimizi anlamada, sıkıntılar kadar çözüm önerilerimizi de paylaşmada, zoru kolay kılmada, tek tek her bir hastamızdan toplum sağlığına bugünden yarına umudumuzu büyütüp soluklanmaya katkı sunması dileğiyle.

Bilimsel ve dostça kalın...



Dr. Onur Hamzaoğlu*

Tablo. Yıllara ve bölgelere göre sağlık kuruluşu dışında doğuran kadınlar (%)*

	1983	1993	2003	2008
Bölge				
Batı	37	19.8	8.5	4.0
Güney	67	37.2	21.5	7.8
Orta	49	36.0	11.8	1.7
Kuzey	63	35.9	14.7	4.4
Doğu	84	69.8	45.6	27.8
Hız Oranı (Doğu/Batı)	2.27	3.53	3.36	6.95
Topluma Atfedilen Risk(%)	36.2	51.0	62.6	83.5
Türkiye	58.0	40.4	22.7	10.3

*Araştırma tarihinden önceki son beş yılda yapılan doğumlar

Köşemizde önceki sayıda sizlerle paylaştığımız çalışmamız "Demografik Bölgelere Göre Doğum Öncesi Dönemde Bakım Alamayan Gebeler" di. Bu sayıda ise Türkiye'nin sağlığını, sağlık kuruluşu dışında doğuran kadınlarımızla ilgili veriler üzerinden okuyacağız. Bilindiği gibi, hem doğum öncesi dönemde bakım alamayan gebelerin, hem de sağlık kuruluşu dışında doğuran kadınların yüzdesi, sağlık hizmetlerine ulaşım ve sağlık hizmetlerinin kullanım durumuyla ilgili göstergelerdir. Her iki göstergeye dayalı olarak son zamanlarda sıklıkla yapıldığı gibi ilk bakışta, ülke genelinde durumun yıllar içinde iyiye gittiğini söyleyebiliriz. Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının, özellikle son 8-10 yılda Türkiye'de sağlıkla ilgili olumsuzlukları ortaya koyan, kurum, kuruluş, akademisyen her kim olursa olsun hiçbir farklılık gözetmeden "ideolojik" olmakla suçlamalarını, yazılı ve görsel medyaya yansıyan "tehditkar" değerlendirmelerine-yorumlarına tanık olduktan sonra, bundan öteye gitmemek bile düşünülebilir. Bunların üzerine bir de TBMM Genel Kurulu'nda ceketini çıkartıp, argo sözlerle hatibe saldıran bir Sağlık Bakanı'na sahip olduğumuzu görünce, bu durumu hiç tereddüt etmeden kabullenebileceğimiz bile düşünülebilir. Ancak, AKP Hükümeti de, onun Sağlık Bakanı da bilmelidirler ki kazın ayağı hiç de öyle değil. Bilimsel yöntemi kullanarak elde edilen bulguları, bilimsel bilgiyi paylaşmaya devam edeceğiz. Şakşakçılarının ve kendilerinin söylediklerinin aksine, hükümet

oldukları dönemde zenginlerle yoksulların, kırdaki yaşayanlarla kentlerde yaşayanların, doğuda yaşayanlarla batıda yaşayanların arasında sağlıktaki uçurumu daha da derinleştirdiler. Sağlık hizmetlerine ulaşmadaki farklılıkları artırdılar.

Yukarıdaki tablonun verilerine söz konusu yıllarda gerçekleştirilmiş olan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması raporlarından ulaştık ve eşitsizliklerin varlığını sorguladık.

Tablodaki verilere göre, 100 doğumdan 1983 yılında 58'inin, 1993 yılında 40'ının, 2003 yılında 23'ünün ve 2008 yılında 10'unun sağlık kuruluşu dışında gerçekleştiğini görmekteyiz. Bu rakamlara dayanarak sorunun ülke genelinde, son 25 yılda azaldığını söylemek yanlış olmayacaktır.

Bununla birlikte, Batı'da sağlık kuruluşu dışında gerçekleşen her bir doğuma karşılık Doğu'da 1983 yılında 2.3, 1993 yılında 3.5, 2003 yılında 3.4 ve 2008 yılında 7.0 doğumun sağlık kuruluşu dışında gerçekleştiğini görüyoruz. Aynı şekilde, bölgeler arasındaki sosyoekonomik eşitsizlikler kaldırılabilirse, Türkiye genelinde, sağlık kuruluşu dışında gerçekleşen 100 doğumdan 1983 yılında 36'sının sağlık kurumu dışında gerçekleşmesi önlenebilirken, 1993 yılında 51'i, 2003 yılında 63'ü ve 2008 yılında da 84'ü önlenebilir duruma gelmiştir. Özetle, sağlık kurumu dışında gerçekleşen doğumlardan sağlık kurumu dışında gerçekleşmesi önlenebilir olanlar yani bölgeler arası eşitsizlikler yıllar içerisinde derinleşmiştir.

AKP ülkenin ve sağlığın yönetimini aldığından, 2008 yılına kadar olan süre içerisinde Doğu ile Batı arasındaki hem sosyoekonomik hem de sağlık hizmeti alanındaki eşitsizlikleri %200'den fazla artırmıştır. Gerisi laf-ü güzaf dır.

Kaynakça

- Hacettepe University Institute of Population Studies (1987), Turkish Population and Health Survey 1983.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Macro Int. Inc (1994), Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü (2004), Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü (2009), Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008.
- Kunt AE, Mackenbach JP (1994), Measuring Socioeconomic Inequalities in Health, EUR/ICP/RPD 416, WHO, Copenhagen-28.

İletişim:
Dr. Onur
Hamzaoğlu
E-posta:
oahamzaoglu@
kocaeli.edu.tr



Dr. Melahat Akdeniz**, '8f'9A Ya 'Uj i _Ü İ İ ž '8f': Yf\ Uh? öbÜ İ İ ž '8f' < U_Ub 'Ma Ub İ İ İ İ İ

Laboratuvar ve radyolojik değerlendirmeler

Laboratuvar değerlendirmelerinde tam idrar tetkiki, idrar kültürü ve böbrek fonksiyon testlerini içeren testler yapılmalıdır. Bu biçimde hastalarda olası bir inkontinans nedeni olan üriner enfeksiyon ekarte edilmelidir. Eğer üriner enfeksiyon saptanırsa öncelikli olarak üriner enfeksiyon tedavi edilmeli ve sonuçlar gözlenmelidir. Enfeksiyon tedavisine karşın hala hastayı rahatsız eden sorunlar varsa, hastayı değerlendirmeye devam edilmeli ve enfeksiyon dışı nedenler de saptanıp tedavi edilmelidir.

Böbrek fonksiyon testlerinde yükselme olası bir postrenal yetersizliğe neden olabilecek ürolityazis ya da yüksek miktarda işeme sonrası rezidüel idrar gibi tabloları akla getirebilir.

Üriner ultrasonografi ve doğrudan üriner sistem grafileri, ürolityazis ya da yüksek miktarda işeme sonrası rezidüel idrar miktarını saptamakta tanı koyduracak tetkikler olduğundan, bu grup hastalarda rutin istenmelidir.

Tedavi ve bakım

Üriner inkontinansın tedavisinde hastaların bireysel tercihleri ve gereksinimlerinin dikkate alındığı hasta merkezli bir yaklaşım en iyi sonucu sağlayacaktır. Tedavi ve bakımda hasta, aile ve hekim arasında iyi iletişim ve güven ilişkisi kurulması tedavinin temelini oluşturur. Öncelikle hastanın durumunun ve inkontinansın tipinin belirlenmesi gerekir. Hastanın durumuna göre uygulanabilecek tedavi seçenekleri, bu tedavi seçeneklerinin etkinliği, yararları, riskleri, yan etkileri ve maliyeti hasta ve ailesi ile tartışılarak tedavi planı yapılır. Hastalara verilen tedavi, bakım ve bilgi kültürel olarak uygun olmalıdır. Üriner inkontinansı olan yaşlı hastaların bir kısmı bakıma muhtaç, bağımlı kişiler olabilir. Bu

durumda hastalara bakım verenlere ya da akrabalarına da gereksindikleri destek ve bilgiyi sağlamak gerekir. Temel değerlendirme inkontinansın geçici nedenlerini gösteriyorsa bu nedenlere yönelik tedaviler planlanır. Taşma inkontinansı ve fonksiyonel inkontinans varsa, altta yatan nedenin tedavisi gerekir. İnkontinans geçici bir duruma bağlı değilse diğer tedavi seçenekleri düşünülür.

Üriner inkontinansın tıbbi tedavi yöntemleri mesane eğitimi, pelvik taban kaslarının eğitimi (PFMT), biofeedback ve farmakolojik tedavidir. Pelvik taban kaslarının eğitimi (PFMT) günümüzde Kegels ve pelvik taban alıştırmaları yerine kabul edilen bir terimdir. Bir sağlık bakım profesyoneli tarafından öğretilen pelvik taban kaslarının yinelenen istemli kontraksiyonu olarak tanımlanır (16). NİCE rehberlerinde ilk tedavi olarak önerilmektedir (13). ICI kurulu (International Consultation On Incontinence) PFMT'nin elektriksel kas uyarımından üstün olduğunu ama cerrahi tedaviden daha az etkili olduğunu, mesane eğitimi ve adrenerjik agonistlerle benzer etkiye sahip olduğunu, aşırı aktif mesanede ise oxybutininden üstün olduğunu belirtmiştir (15). PFMT'nin başarılı olması için bir fizyoterapist tarafından sık ve yineleyen gözetimler gerekir. Etkinliğinin her gün ya da gün aşırı yinelenen periyotlarla ve sürekli yapılmasına bağlı olması nedeniyle hastaların PFMT'yi yaşam boyu sürdürmeleri gerekmektedir. Ancak birçok hasta bunu sürdürmemekte ve cerrahi tedaviye yönelmektedir (17).

Pelvik zemin kaslarının vajinal ya da anal proba elektriksel uyarılması pelvik kaslarını etkin olarak kontrakte edemeyen kadınlarda uygulanabilir. Bir RKC'da bu yöntemle tedavi edilen hastaların %48'inde kür sağlandığı görülmüştür (18). NİCE rehberleri elektriksel uyarı tedavisini rutin olarak önermemektedir (13)

*Yaşlılarda Üriner İnkontinans" başlıklı çalışmanın ilk bölümü Kasım Aralık 2009 sayımızda yayımlanmıştır.

**Yrd. Doç.; Akdeniz Ü. Tıp Fak. Aile Hekimliği AD, Antalya

***Serbest Hekim, Antalya

****Doç.; Başkent Ü. Adana Hastanesi, Üroloji Kliniği, Adana

*****Prof.; Akdeniz Ü. Tıp Fak. Aile Hekimliği AD, Antalya

Pseudoefedrin (15-30 mg) gibi alfaadrenerjik ilaçlar dinlenme üretral tonusunu artırarak stres inkontinans belirtilerini iyileştirebilir. Bu ilaçlarla öznel iyileşme %20 ila 60 arasında değişir (19). Vajinal atrofi postmenopozal kadınlarda intravajinal estrogen önerilmektedir.

Stres inkontinansın cerrahi tedavisi pek çok hasta tarafından tercih edilir. Retropubik üretropeksi ve subüretral askının hastaların %80-90'ında başarı sağladığı gösterilmiştir (20).

Aşırı aktif mesaneye bağlı inkontinansın ilk basamak tedavisi davranışsal tedavilerdir (mesane eğitimi biofeedback) (NİCE). Mesane eğitimi en az altı hafta süren bir tedavidir. Sıkışma ve mikst Üİ etkin olduğunu gösteren iyi kanıtlar vardır (NİCE). Bir kontrollü çalışmada bu yöntemi kullanan hastaların en az %50'sinde inkontinans epizotu sayısında azalma, %20'sinde tam kuruluk sağlandığı bulunmuştur (21). Trospiyum, tolterodin, oksybutiyinin, darifenasin, solifenacin ve propeverine gibi antikolinergik/muskarinik ajanlar sıkışma inkontinansı tedavisinde önerilirler (Öneri derecesi 1a) (19)

Mikst inkontinans grubunda hastalar iyice sorgulanmalı ve ağırlıklı olarak rahatsız eden yakınma değerlendirilmelidir. Bu grupta eğer hastanın yaşam kalitesini etkileyen sorun ağırlıklı olarak sıkışma inkontinansı ise hastalara tıbbi tedavi uygulanabilir ve tedavi sonrası yeniden değerlendirilebilirler. Hastalar tedaviden yarar görmüşler ve yaşam kaliteleri açısından tedaviyi yeterli bulmuşlarsa tedavi sürdürülür. Aksi durumda hasta üroloğa yönlendirilmelidir.

Sıkışma inkontinansının tıbbi tedavisinde etkin ve birincil yaklaşım antikolinergik (antimuskarinik) ilaçlardır. İlaçlar mesane detrüsoz kasındaki asetilkolin ile uyarılabilen muskarinik reseptörler üzerine etkilidir. Bu etkileri sayesinde mesanenin kontraksiyon yeteneğini azaltmaktadır. Mesanenin dolmuş fazı sırasında etkili olup acil idrar yapma duygusunu azaltıp mesane kapasitesini artırır.

Bu ilaçlar kullanılmadan önce özellikle yan etkileri açısından hastalar bilgilendirilmelidirler. Çünkü iyi bilinen ağız kuruluğu, akomodasyon paralizi, konstipasyon, başağrısı taşikardi gibi periferik antikolinergik yan etkileri nedeniyle daha önceleri hastaların tedaviyi tolere

edemedikleri ve tedavi başarılı olsa bile yan etkiler nedeniyle tedaviyi bıraktıkları gözlemlenmekteydi. Fakat piyasaya son çıkan antikolinergik ilaçlar ile hastalarda ilaca toleransın arttığı ve tedaviyi bırakmanın azaldığı gözlemlenmektedir (22)

Trospiyum: Piyasada 30 miligramlık tablet formları var. Kullanım şekli sabahları 30 mg, öğleden sonraları 15 mg biçimindedir. Diğer antikolinergiklere göre en önemli avantajı karaciğerde metabolize olmamasıdır. Bu yüzden renal yetmezlikli hastalarda tercih edilmemeli ve karaciğer sorunu olan hastalarda özellikle tercih edilmelidir.

Tolterodin: Piyasada 1,2 ve 4 miligramlık tablet formları var. 1 ve 2 miligramlık tablet formları sabah ve akşam birer adet olmak üzere günde iki kez kullanılırken, 4 miligramlık tablet formları günde bir kez kullanılabilir. Doz ayarı hastanın yakınmasının derecesine göre belirlenebilir.

Darifenasin: Piyasada 7.5 ve 15 miligramlık tablet formları var. Her iki form da günde bir kez olarak uygulanabilmektedir.

Solifenasin: Piyasada 5 miligramlık tablet formu var. Günde bir kez alınır.

Antikolinergik ilaçlar kullanılırken, hastalarda mutlak kontrendikasyon olan dar açılı glokom sorgulanmalıdır. Glokom tanısı olan hastalarda göz hastalıkları konsültasyonu yapılmadan kullanılmamalıdır. Konstipasyon sorunları olan hastalarda birlikte laksatifler reçete edilebilir.

Cerrahi tedavi, konservatif tedavilere ve ilaç tedavisine yanıt vermeyen hastalarda uygulanır. Stres inkontinans tedavisi ağırlıklı olarak cerrahi yaklaşımları içerir. Üriner inkontinans için cerrahi seçenekler önerilirken, hastalar cerrahi tedavilerin ve cerrahi olmayan seçeneklerin risk ve yararları konusunda bilgilendirilmeli ve kendi kararlarını oluşturmaları desteklenmelidir.

Aşırı aktif mesanenin tedavisinde sakral sinir uyarımı konservatif tedavilere yanıt vermeyen detrusor kas hiperaktivitesine bağlı Üİ tedavisinde önerilir (13, 23) (Öneri derecesi D). Bu tedavi yönteminde sakral siniri uyaran bir elektrod cerrahi olarak sakral spinal korda yerleştirilir. Bu teknik, sıkışma inkontinans epizotlarını %50 azaltır. Hastaların %25'inde tam kuruluk sağlanır (23, 24). Çalışmalar bu etkinin yıllarca sürebildiğini göstermiştir.

Taşma inkontinansı olan kadınlarda

Durumlar	Sevk Ölçütleri
Öykü ile saptanabilen durumlar	Yeni başlayan (iki ay içinde) sıkışma inkontinansı ya da iritativ mesane belirtileri olması
	Geçirilmiş inkontinans cerrahisi Geçirilmiş radikal pelvik cerrahi Tekrarlayan semptomatik üriner infeksiyona eşlik eden inkontinans
Fizik muayene ile saptanan durumlar	Prostat nodülü ya da asimetrisi Büyük pelvik relaksasyon (himenin arkasına dek) Nörolojik bulguların eşlik ettiği Üİ
İdrar tetkiki ile saptanmış durumlar	İnfeksiyon olmaksızın hematüri Önemli derecede kalıcı proteinüri
Temel değerlendirmeden sonra ya da sırasında saptanan ya da artan diğer durumlar	Anormal rezidüel idrar volümü Olası tanı ve tedavi planına ulaşmada olanaksızlık Olası tanılarının tedavisine yanıt alınamaması

konservatif tedavilere yanıt yoksa cerrahi tedavi kullanılır. Mesane duvarına botulinum toksini enjeksiyonu idiyopatik detrusor hiperaktivitesinde konservatif tedavilere yanıt yoksa kullanılır (Öneri derecesi B). Taşma inkontinansında ise önerilmemektedir (13). Üriner inkontinansı olan hastalarda uzman muayenesi ya da sevk endikasyonları aşağıda bir tablo halinde gösterilmiştir (14).

Üriner inkontinans için hastaları değerlendirmede anahtar sorular:

- Gülerken, öksürürken, ağır bir şey kaldırırken ya da hapsirirken idrar kaçırıyor musunuz? Ne kadar sık?
- Hiç acil idrar yapma isteği ile tualete giderken idrarınızı tutamadığınız oldu mu?
- Gün içinde mesanenizi ne kadar sıklıkla boşaltıyorsunuz?
- Gece uyduktan sonra kaç kez idrar yapmak için kalkıyorsunuz? Hiç acil idrar yapma gereksinimi ile uyandınız mı?
- Siz fark etmeden külotunuzun ısladığı oluyor mu?
- İdrar yaptıktan sonra mesanenizi tam olarak boşaltamadığınızı hissediyor musunuz?

İletişim: Dr. Hakan Yaman

E-posta: hakanyaman@akdeniz.edu.tr

Kaynaklar

- 1- Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al: The standardisation of terminology in lower urinary tract function: Report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology* 2003;61:37-49.)
2. Mittness LS. Knowledge and beliefs about urinary incontinence in adulthood and old age. *J Am Geriatr Soc* 1990;38:374-8.
- 3- Santiago SK, Arianayagam M, Wang A. Urinary incontinence Pathophysiology and management outline. *Australian Family Physician* 2008: 37(3), 106-8
- 4- Thomas T M, Plymat K R, Blannin J, Meade TW. Prevalence of urinary incontinence *Br Med J* 1980;281:1243-1245
- 5- Burgio K, Matthews KA, Engel BT. Prevalence, incidence and correlates of urinary incontinence in healthy, middle-aged women. *J Urol* 1991;146: 1255-9.
- 6- Weiss BD. Diagnostic evaluation of urinary incontinence in geriatric patients. *Am Fam Physician* 1998;57(11):2665-2687.
- 7- Urinary Incontinence, The Merck Manual of Geriatrics, Edit. Abrams WB et al. Second Edit Merck research Laboratories C15, pp 169-199
- 8- Mc Kertich K. Urinary incontinence, Assessment in Women: stres, urge or both. *Australian Family Physician* 2008;37(3);112-17
9. Burgio K Hunskaar S, , Diokno AC, et al: Epidemiology and natural history of urinary incontinence (UI). In Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A (eds): Incontinence (2nd Edition) 2nd International Consultation on Incontinence. United Kingdom, Health Publications, 2002, pp 165-201
- 10-Yaman H (Çeviri Editörü). Yaşlı Dostu Birincil Bakım Merkezi Enstrümanı. Cenevre: DSO. 2007. <http://www.ailehek.org>. Erişim tarihi: 04.09.2009
- 11-Yaman H. Yaşlı Sağlığı: Bütüncül Geriyatrik Değerlendirme. *STED*. 2008;17(11);8-11
- 12- Urinary Incontinence: Epidemiology, Pathophysiology, Evaluation, and Overview of Management. Campbell-Walsh Urology, Ed. Wein A. J. 9th ed. 2007 Saunders Elsevier 13. <http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=byType&type=2&status=3>
- 14-Culligan J, Heit M. Urinary Incontinence in Women: Evaluation and Management. *American Family Physician* 2000;62:2433-44
- 15-Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, eds. Incontinence. 3rd International Consultation on Incontinence. Plymouth, Mass: Health Publication Ltd.; 2005

- 16-Bo K, Kvarstein B, Nygaard I. Lower urinary tract symptoms and pelvic floor muscle exercise adherence after 15 years. *Obstet Gynecol.* 2005;105(5):999-1005.
- 17-Victrup L Addressing the Need for a Simpler Algorithm for the Management of Women With Urinary Incontinence. *Medscape Family Medicine* 2005 Erişim: <http://www.medscape.com/viewarticle/506898> Erişim tarihi 28.09.09
- 18-Sand PK, Richardson DA, Staskin DR, Swift SE, Appell RA, Whitmore KE, et al. Pelvic floor electrical stimulation in the treatment of genuine stress incontinence: a multicenter, placebo-controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 1995;173:72-9.
- 19-Fantl AJ. Urinary incontinence in adults: acute and chronic management/urinary incontinence in adults. Guideline Panel Update. Rockville, Md.: US Department of Health and Human Services, 1996; Agency for Health Care Policy and Research; Clinical Practice Guideline Number 2: AHCPR publication no. 96-0682.
- 20-Leach GE, Dmochowski RR, Appell RA, Blaivas JG, Hadley HR, Luber KM, et al. Female Stress Urinary Incontinence Clinical Guidelines Panel summary report on surgical management of female stress urinary incontinence. *The American Urological Association. J Urol* 1997;158(3 pt 1):875-80.
- 21-Fantl JA, Wyman JF, McClish DK, Harkins SW, Elswick RK, Taylor JR, et al. Efficacy of bladder training in older women with urinary incontinence. *JAMA* 1991;265:609-13.
- 22-Zinner N, Gittelman M, Harris R, et al, Trosipium Study Group: Trosipium chloride improves overactive bladder symptoms: A multicenter phase III trial. *J Urol* 2004a;171(pt 1):2311-2315.
- 23-Weiss BD. Selecting medications for treatment of urinary incontinence. *American Family Physician.* 2005;71:315-22,329.
- 24-Strohbehn, K. Shades of Dry — Curing Urinary Stress Incontinence. *N Engl J Med.* 2007; 356;21: 2198-2220.



Fotoğraf: "Yaşlı Nalbant" Dr. İsmail Ertin, Aydın/ STED Fotoğraf Yarışması 2009 Arşivinden



Berrak Hücre Histolojili Renal Hücreli Kanser (RHK) ile Obezite İlişkisi

Kortikal böbrek tümörlü 1640 hasta üzerinde yapılan bir retrospektif olgu serisi çalışmasında bu hastaların %54'ünün kötü huylu berrak hücre histolojisi gösterdiği ve bu gruptaki hastalarda obezitenin (odds oranı 1,48; %95 GA: 1,19-1,84; p<0,001), erkek cinsiyetin ve tümör büyüklüğünün bağımsız risk faktörleri olduğu saptandı.
BJU Int. 2010;105:16-20.

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Kız Çocuklarda Psikiyatrik Hastalık Gelişme Riski Yüksek

On bir yıllık bir olgu kontrol çalışmasının sonuçları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı almış kız çocukların genç erişkinlik döneminde duygudurum bozuklukları (6,8 kat), anksiyete bozuklukları (2,1 kat), antisosyal bozukluklar (7,2 kat), gelişimsel bozukluklar (3,2 kat), madde bağımlılığı (2,7 kat) ve yeme bozuklukları (3,5 kat) yönünden risk altında olduklarını gösterdi. Bu risk artışına DEHB'li hastaların bağımlılık yapıcı maddeleri denemeye daha açık olmaları, okulda, arkadaş çevresinde ve aile içinde geçimsizlik yaşamaları sonucu moral bozukluğu yaşamalarının ve öfke duymalarının katkıda bulunabileceği ve eşlik edebilen bu rahatsızlıkların önlenmesi için DEHB'nin doğru tanı ve tedavisinin önem taşıdığı belirtildi.

Am J Psychiatry. Çevrimiçi basım, 15 Ocak 2010.

Günlük Kalsiyum ve D Vitamini Desteği, Kırık Riskini Azaltabilir

Ortalama yaşları 69,9 (47-107) olan, %14,7'si erkek, toplam 68.517 katılımcı üzerinde yapılan geniş bir randomize kontrollü çalışmada kalsiyum ve D vitamini içeren günlük destek haplarının serum 25-hidroksi D vitamini düzeyini yükselttiği, paratiroid hormon düzeyini düşürdüğü, kemik yoğunluğunu artırdığı, kalça kırığının ve vertebra dışı diğer kırıkların riskini azalttığı gözlemlendi. D vitamininin kalsiyum yokluğunda tek başına alınmasının bu etkiyi sağlamadığı görüldü.

BMJ. 2010 Jan 12; 340: b5463.

Diyabet ve Tüberküloz İlişkisi

The Lancet-Infectious Diseases dergisinde yayımlanan bir derleme, bu iki hastalığın

birlikteliğine dikkat çekiyor. 2008'de yayımlanan 1.786.212 bireyi kapsayan bir metaanalize göre diyabet, tüberküloz riskini 3.11 kat artırıyor. Hatta, tüberküloz prevalansının yüksek olduğu ülkelerden biri olan Hindistan'da, tüberküloz hastalarında %50'ye varan oranlarda diyabet görülebiliyor. Dünya çapında diyabet prevalansının yaklaşık %10 olduğu göz önünde bulundurulduğunda, tüberkülozlu hastalarda rutin diyabet taraması yapılmasının maliyet-etkin olabileceği belirtiliyor.

Lancet Infect Dis 2009 Dec 9 (12): 737-46

Non-Steroid Anti-Enflamatuvar İlaçların (NSAİİ) Kullanımında Öneriler

American Family Physician dergisinde yayımlanan bir derlemede, NSAİİ kullanımı ile ilgili güncellenmiş önerilere yer verildi. Bu derlemede hekimlerin, NSAİİ ile ilişkili ülser öyküsüne karşın NSAİİ kullanması gereken hastalarda proton pompası inhibitörlerinin (PPI), yüksek doz H² reseptör antagonistlerinin ya da misoprostol kullanılmasını düşünceleri öneriliyor. Miyokard enfarktüsü riski yüksek olan hastalarda selekoksib ve gebelerde misoprostol kullanılmaması gerekmektedir. Akut böbrek yetmezliğinin önlenmesi amacıyla sirozlu ve konjestif kalp yetmezlikli hastalar ile ve böbrek hastalığı olan bireylerde NSAİİ'den olabildiğince kaçınılmalıdır. Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri ya da anjiyotensin reseptör antagonistleri kullanan ve böbrek yetmezliği riski yüksek olan hastalarda NSAİİ tedavisi başladıktan sonra serum kreatinin düzeylerinin izlenmesi düşünülmelidir. Antikoagülan kullananlarda NSAİİ ve aspirin kullanımından da kaçınılmaya çalışılmalıdır. Kullanacak hastalarda INR izlemi, warfarin dozunun ayarlanması ve gastrointestinal profilaksi gereklidir. Emziren annelerde ibuprofen, indometazin ve naproksenin güvenli bir biçimde kullanılabileceği akılda tutulmalıdır.
Am Fam Physician. 2009;80:1371-1378.

Selektif Serotonin Gerialım İnhibitörleri Gastrointestinal Sistem Kanaması Riskini Artırıyor

Clinical Gastroenterology and Hepatology dergisinin Aralık sayısında yayımlanan bir makalede Danimarkalı araştırmacılar selektif serotonin gerialım inhibitörlerinin (SSGİ) trombosit agregasyonunu engellemeleri nedeniyle üst gastrointestinal sistemde (GİS)

ciddi kanama riskini artırdığını bildirdiler.

Güney Danimarka Üniversitesi'nden Dr. Michael Dall, gastroenteroloji branşı dışında çalışan hekimlerin de günlük klinik pratiklerinde bu ilişkiyi anımsayacaklarını umduğunu belirtiyor.

Dr. Dall ve diğer araştırmacılar, şiddetli üst GIS kanaması tanısı alan 3652 hasta ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş 36502 kişilik kontrol grubu arasında SSGİ kullanımını karşılaştırdılar.

Halen SSGİ kullanmakta olan, yakın dönemde ve uzun zaman önce SSGİ kullanmış hastalarda üst GIS kanaması riski, SSGİ kullanmayanlara göre sırası ile %70, %86 ve %24 daha fazla bulundu. Trisiklik antidepresan kullananlarda benzer bir risk artışına rastlanmadı.

En yüksek risk, yakın dönemde (0-30 gün) SSGİ kullanmaya başlamış hastalara aitti ve bu risk artışının hesaplanan günlük doz ile ilişkisi yoktu.

SSGİ'ye ek olarak, non-steroid anti-inflamatuar ilaçlar ve aspirin de kullanan hastalarda üst GIS kanaması riski anlamlı derecede artıyordu (üçünün birlikte kullanımında 28 kat risk artışı).

SSGİ ile birlikte proton pompası inhibitörü (PPI) kullanan hastalarda üst GIS kanaması riski artmamıştı. SSGİ kullanan hastalara PPI verilmesi ile ilgili olarak Dr. Dall, tüm hastalardan çok, özellikle nonsteroid anti-enflamatuvar ilaç kullanan yüksek riskli hastalara, GIS kanaması öyküsü olan yaşlı hastalara PPI önerilebileceğini belirtti.

Araştırmacılar, güvenilir olduğu bilinen ilaçların olası yan etkilerine karşı daha dikkatli olunmasının altını çizirken, SSGİ kullanımı ile komplike olmamış peptik ülser arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalarının sürdürdüğünü belirttiler.

Clin Gastroenterol Hepatol 2009; 7: 1314-1321.

İletişim

"Trajik Bir Staj Öyküsü"

Doktora eğitiminin teorik ders döneminde yaşadığım trajik olaylardan birisiydi. Her zamanki günlerden birisi olmasını beklerken çok farklı bir gün yaşayacaktım. Stajımızı bir Onkoloji Hastanesi'nde yapıyorduk. Üç sınıf arkadaşı o gün bir hasta alıp vaka olarak hazırlayacak, hastaya fiziksel, psikolojik, kültürel özellikleri ile bir bütün olarak yani bütüncül (holistik) şekilde yaklaşacaktık. Evet hasta seçimine karar verdik. Hemşirelik süreciyle ele aldığım hasta sağ kolu ampute, osteosarkom tanılı olan bir hastaydı. Bu hastayla yaşadığım diyalog çok ilginçti. Hasta, Ödemiş'in bir köyünde oturuyordu ve tedavi için Onkoloji Hastanesi'ne gelmişti. Evli ve bir çocuk babasıydı. 27 yaşında ve işsizdi. Çocuğu 1 yaşındaydı. Hastadan hastalık öyküsünü anlatmasını istedim. Hasta kendi ifadesiyle durumunu şu şekilde ifade etti : " Kolumda çok kötü beni çok rahatsız eden bir ağrı vardı. Bu ağrıdan kurtulmak için sağlık ocağına başvurdum. Sağlık ocağındaki doktor bir merhem verdi. Merhemi iki hafta kullandıktan sonra kolumdaki ağrı geçmedi. Kolum şişmeye başladı. Üç ay sonra üniversite hastanesine başvurdum. Çok geç kaldığımı, kolumu keseceklerini söylediklerinde üzülmedim. Aksine sevindim. Çünkü işsizim ve sosyal güvencem yok, yeni evliyim, çocuğum var.

Özürülere daha kolay iş veriyorlar. Ben de iş bulabileceğim için seviniyorum ve şükrediyorum ". Bunları hasta anlattıkça içimde öfkeyle karışık değişik duygular ortaya çıkıyordu. Nasıl bir sistem nasıl trajik bir olaydı ki bu, insanının kolunun ampute edilmesi düşüncesi endişe, öfke yerine mutluluk duygusu verebiliyordu. Evet hastam haline şükretmeyi, sağlık sistemindeki yanlışlıkları, kendisine konulan tanının gecikmesini, sağlık güvencesinin olmamasını, işsiz olmasını bir tarafa bırakıyor ve böyle bir savunma mekanizması geliştiriyordu. İşte hastaya bütüncül yaklaştığımda maalesef bu duygularla baş başa kalıyordum...

Hastalar ve toplumdaki diğer bireyler, gitgide içine düşecekleri bu çıkmazlara gerçekçi olmayan çok farklı açılardan bakarak benliklerini, belki de bütünlüklerini korumaya çalışıyorlar. Maalesef bireyler; Niçin böyle oldu?, Neler yapabilirim?, Benim üzerime düşenler neler?, Tepkimi nasıl koyabilirim?, Neden işsizim? vb. sorularını yanıtlamak yerine her şeyi kabullenmeyi tercih ediyorlar.

Bir sağlık profesyoneli olarak endişelendim, korktum, öfkelenim ve daha bir çok farklı duyguyu hissettim...

Ezgi Karadağ/İnönü Ü. Malatya SYO





Bu ayki Günlüğünden sayfalarında, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED) Yayın Kurulu üyemiz Dr. Adnan Yüce'nin "Yaşadıklarından öğrendiğim bir şey var" konulu anılarına yer veriyoruz.

"Tecrübe çok zalim bir öğretmendir. İnsanı önce sınavdan geçirir, sonra dersini öğretir." Spuitem

Şair Ataol Behramoğlu şöyle başlıyor şiirine: "Yaşadıklarından öğrendiğim bir şey var..." ve "Çünkü ömür dediğimiz şey, yaşama sunulmuş bir armağandır/ Ve yaşam, sunulmuş bir armağandır insana..." diye bitiriyor. Doğru, yaşam insana sunulmuş bir armağandır ve biz hekimler bu armağanı insanlar daha iyi, acı çekmeden sürdürsün diye yaşadıklarımızdan her zaman çok fazla şeyler öğrenmek zorundayız.

Günlüğünden diye başlayan bir yazıyı sürdürmek pek kolay değil benim için. Otuz iki yıldır acil nöbetleri dışında yalnızca çocuk muayene eden ve erişkin hastayla karşılaşınca ne yapacağını şaşırın biri olarak işin kolayına kaçacağım ve nelerden ders aldığımı anlatmayı deneyeceğim.

Kimi zaman çalışarak öğreniyoruz kimseye zarar vermeden, kimi zaman ise aldığınız ders başkasına verdiğiniz bir zarar üzerinde yükseliyor. İlk sene asistanıyım, iki-üç aylık bir bebeğe lomber ponksiyon yaptım bin bir güçlükle. Kültürü aldım, örnek aldığım tüpü de gömleğin üst cebine koydum ve laboratuvara yöneldim, hücre sayımı yapmak için. Mikroskopun başına geçtim, sayma kamarasına uzanmak için eğildim. Ve BOS cebimdeki tüpten fayansın üzerine döküldü. Ben tüpleri cebimde taşımamayı, o bebeğin ağlamalarıyla bir daha LP yaparken öğrendim. Bebek bağırarak ağlıyordu, ben içimden ağlıyordum canını yaktığım için.

Servise bir bebek geldi sepsis tanısıyla, tedavisine başlandı. Giderek bozuldu, siyanoz gelişti, ardından solunumu gitti. Kalbi tıkrık tıkrık, solunum yok... Ambu ile solutmaya başladık, spontanı gelmedi. Abimiz geldi baktı, ambulamaya devam dedi. Aradan saatler geçti, her şey yolunda görünüyör spontan solunumu yok. Tabii neden ventilatöre bağlamadınız diye soranlar olabilir, 1978 yılında servisimizde öyle bir aygıt yoktu. Biz biraz vazgeçmek üzereydik aslında, abimiz geldi, nöbete iki intörn daha ekledi, olduk altı kişi. Devam dedi... İtiraf etmem gerekir ki, boşa kürek çektiğimizi düşündüm! Ben kідemsiz ve öğrenciler yarım saatlik vardiyalarla sürdürdük ambulama işlemini. Tabii bu ertesi gün ve gece de sürdü. Üçüncü günün ortalarında abimizin haklılığı, boşa kürek çekme düşüncesinin yersizliği ortaya çıktı, bebek solumaya başladı. Çok sevindik ve vazgeçmemeyi öğrendik...

Başka bir çocuk, üç gündür yatıyor, ateşi düşmüyor, tetkiklerinde de olayı açıklayacak hiçbir şey yok. Vizitteyiz... Özgen Abi de (Eralp) var. Şöyle baktı, bana döndü, "Adnan" dedi, "Buna İVP çektirin. Kulakları düşük..." İçimden gülümsemişimdir mutlaka. Üç gün sonra ise elimde at nalı böbreği gösteren grafilerle servisteydim. Çocuğun ateşi ne zaman düştü anımsamıyorum ama bu meslekte deneyim nedir, onu öğrendim.

İkinci sene asistanıyım, doğumhaneden çağırıldılar, sıkıntılı bir bebek geliyor diye. Ambuyu, adrenalini kaptım gittim karşı servise. Yaklaşık beş dakika sonra bebek doğdu... Mosmor, bradikardik, spontan solunumu yok... Baktım ambuyla olmayacak, bir kare gaz alıp ağızdan solutmaya başladım. Akciğerler dolunca aspire ettim, yine aynı yöntemle solutmayı sürdürdüm. Personel gönderdim portabl kuvözü getirmeleri için, bu arada çocuk hafif iç çekmelere başladı. Yavaş yavaş siyanozu kaybordu ama apatik durum devam... Kuvözü geri gönderdim, sedye üzerinde ambulayarak servise götürdüm. Serviste nazogastrik tüp takarak mideyi boşalttım. Ambulamaya devam... Yirmi dakika kadar sonra spontan solunum geldi, kalp tepe atımı düzene girdi. Hood takarak oksijen vermelerini söyledim ve yenidoğan odasından çıktım. Dışarıdan belli olmuyordu mutlaka ama nasıl gurur duyuyordum kendimle. Öyle ya, Apgar 1-2 bebeği yaşatmıştım... Mutlu bir biçimde vizite katıldım. Viziten sonra babası geldi, bebeği sordu, durumu anlattım, teşekkür etti ve gitti. Dört beş gün sonra anne sütünü alır durumda hastaneden çıkardık bebeği. On günlük olduğunda kontrole geldi, beslenme tanımlanarak gönderdim. Bir yıldan fazla geçti aradan. Öyle olmalı çünkü Özgen Abiyle nöroloji polikliniği yapıyordum. Kucakta bir çocuk getirdiler. Fenobarbital dozu artırıldığı halde konvülsiyon geçiriyormuş. Özgen Abi çocuğa baktı, ikinci bir ilaç ekledi sanırım. Ben de muayene ettim çocuğu... Başını tutamayan, oturamayan, belli ki beslenemeyen bir çocuk. Babası bana döndü, 'anımsadınız mı?' dedi. Hayır deyince anlattı doğumdan sonra olanları. Anımsadım... Yıllardır düşünürüm, ben o bebeği kurtarmış mı oldum diye! Ve bakıyorum, bu olayın bana öğrettiği bir şey yok ya da ben anlamamakta direniyorum.

Belki de "Yine olsa, yine aynı şeyi yaparım" demeyi öğretmiştir bana ve bunu yalnızca kendime söylememi de tembih etmiştir.

TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2009 Sonuçlandı



Türk Tabipleri Birliği ve Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi'nce 2009 yılında düzenlenen fotoğraf yarışması sonuçlandı. Fotoğraf Sanatçısı İbrahim Demirel, Prof. Dr. Mehmet Beyazova, Fotoğraf Sanatçısı Hafize Kaynarca, Dr. Mehmet Gökağaç, Prof. Dr. Ufuk Beyazova ve Dr. Mehmet Özen'den oluşan Seçici Kurul, 18 Şubat 2010'da gerçekleştirdiği toplantısında, yarışmaya başvuran 16 adayın gönderdiği 68 adet fotoğrafı değerlendirdi. Otuz beş fotoğraf sergilenmeye değer bulundu. Bunların

arasında yapılan seçmede, ödüle değer görülen ve 2010 yılında STED'in kapak fotoğrafı olacak yapıtlar belirlendi.

Buna göre:

Büyük Ödül: Erdinç Yılmaz'n "Aralamak" adlı fotoğrafı.

Başarı Ödülleri: İsmail Ertin'in "Balıkçının Kızı" ve "Keramik Ustası", Dilek Eren'in "Gizli Buluşma" adlı fotoğrafları.

Jüri Özel Ödülü: Dilek Eren'in "Dar Açı" adlı fotoğrafı.

Galeri Sanatçayım Ödülü: Dilek Eren'in "Cafede" adlı fotoğrafı.

Bu fotoğraflar ödül alanlardan başlanarak, STED'in 2010 yılında yayımlanacak olan STED'in kapağında yayımlanacaktır.

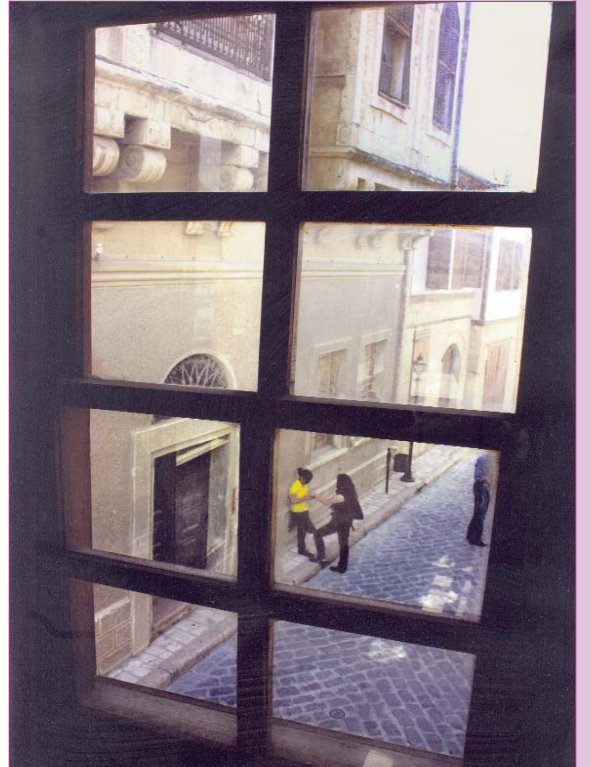
17 Mart 2010 tarihinde gerçekleştirilen ödül töreni sırasında, yarışmada dereceye giren yapıtların sahiplerine ödülleri verilecek. Fotoğraflar daha sonra düzenlenecek olan çeşitli etkinliklerde de sergilenecek, Yarışmaya



"Aralamak " Sağ. Mem. Erdinç Yılmaz



"Balıkçının Kızı" Sağ. Mem. Erdinç Yılmaz



"Dar Açı " Dr. Dilek Eren



"Cafede" Dr. Dilek Eren

gönderilen fotoğraflar, TTB yayınlarında, sağlıkla ilgili, eğitim ve sanat etkinliklerinde ad belirtilerek yayımlanacaktır.

Yarışmada dereceye girenleri kutlar, katılan tüm okurlarımıza teşekkür ederiz.

2010 yılında düzenlenecek olan yarışmaya, fotoğrafa meraklı tüm STED okurlarının katılımını bekliyoruz.



"Keramik Ustası" İsmail Ertin

Ne Yapmalı?



Dr. Orhan Odabaşı, Av. Mustafa Güler***

Olay: Sağlık ocağında çalışan hekim istifa ederek özel sektöre geçmiştir. Özel sektörde çalışma koşullarını beğenmeyen hekim işletme sahibi ile durumu değerlendirmiş, tekrar sağlık ocağına dönmek istediğini bildirmiştir.

Sağlık ocağından ayrılalı on iş günü olmuştur.

Ne Yapmalı?

657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun Çekilme başlıklı 94. maddesi ve devamında devlet memurlarının istifa ederek görevden ayrılmaları düzenlenmiştir. Yasa'nın 97. maddesinin (A) bendinde belirtildiği üzere 94. maddenin 2. ve 3. fıkralarına uygun olarak istifa etmiş olanlar istifanın üzerinden altı ay geçmeden tekrar atanamazlar. Bir başka söyleyişle devlet memurluğundan istifa ederek ayrılmış olan hekimin tekrar memuriyete dönmesi, istifanın üzerinden altı ay geçmesiyle mümkün olabilecektir. Hekim memuriyetten Yasa'da belirtilen istifa sürecini izlemeden ayrılmış (müstafi sayılmış) ise yeniden memuriyete dönme süresi bir yıldır.

Anılan Yasa'nın 92. maddesinin 1. fıkrasına göre ise en fazla iki defa istifa etmiş olanların devlet memurluğuna yeniden ataması yapılabilir.

Bu kurallara göre hekim, istifasının üzerinden -en azından- altı aylık süre geçmeden yeniden memuriyete dönemeyecektir. İstifa ettiğinde kendisinden görevi devralacak kişiyi beklediği bir aylık süreyi beklemeden ya da istifası kabul edilmemiş iken doğrudan görevden ayrılmış ise istifa etmiş (müstafi) sayılacak ve yeniden memurluğa dönebilmesi için bir yıl beklemek zorunda kalacaktır. Hekim, devlet memurluğundan son istifasından önce iki kez daha istifa etmiş ise (toplam üç kez istifa etmiş ise) aradan geçen süre ne olursa olsun yeniden memurluğa dönemeyecektir.

İletişim: Dr. Orhan Odabaşı

E-posta: odabasi@ttb.org.tr



Dr. Yasemin Açıık*

Dünyada yaklaşık 1.3 milyar insan sigara içmektedir. 2025'te, bu sayının 1.6 milyarı aşması beklenmektedir. Tütün ürünleri her yıl, tüm dünyada 5 milyon insanın ölümüne neden olmaktadır. Eğer mevcut durum değişmez ise, 2020 yılında tütün, yılda 10 milyon insanın ölümüne neden olacaktır (1).

Dünya Sağlık Örgütü, sigara kullanımını dünyanın en hızlı yayılan ve en uzun süren salgını olarak nitelendirmektedir. Bu kadar yaygın bir bağımlılık çeşidi olan sigara kullanımı ile mücadelede; toplumun bilinçlendirilmesi, gençlerin sigaraya ulaşılabilirliğinin önlenmesi ve yasal düzenlemelerin yanı sıra, sigara içen kişilere sunulacak sigarayı bırakmaya yardım hizmetleri de önemlidir. Bu hizmetin sunumunda halk sağlıkçılar kilit rol üstlenmelidirler. Sigara bağımlılığının tedavisi; alkol ve diğer bağımlılık yapıcı maddelerin tedavisinde olduğu gibi özel yardım gerektirir. Tüm profesyonel yardımlara rağmen, gelişmiş ülkelerde dahil olmak üzere dünyada sigarayı bırakma polikliniklerinin başarı oranları %25-60 arasında değişmektedir. Özelleşmiş sigara bırakma polikliniklerinde kişi motive edilerek, yakın takibe alınarak, psikiyatrik destek ve gerektiğinde ilaç desteği sağlanarak yapılması başarı olasılığını artırmaktadır (2,3).

Sigara Bağımlılık Yapıcı Bir Maddedir!

ABD Sağlık Bakanlığı 1988 yılı raporunda; sigara kullanımının eroin ve alkol gibi bağımlılık yapıcı olduğu belirtilmiştir. Sigara, içinde bulunan nikotin nedeniyle bağımlılık yapıcı bir maddedir. Bu nedenle sigara bağımlıları bıraktıktan sonra tekrar başlama eğilimindedirler. Yapılan çalışmalar; akciğer kanseri nedeniyle ameliyat olanların yaklaşık yarısının, kalp krizi geçirenlerin %38'inin, gırtlak kanseri nedeniyle ameliyat olanların %40'ünün sigara kullanımını tekrar denediğini göstermektedir (4).

Tüm bağımlılık yapıcı maddelerde olduğu gibi, sigara bağımlılığının da taşıdığı temel özellikler vardır ve aşağıdaki şekilde sıralanabilir (5):

- Kompulsif kullanım ,
- Maddenin psikoaktif etkilerinin varlığı,
- Maddenin kullanma davranışını pekiştirmesi,
- Belirli bir düzenle tekrarlanan kullanma

davranışı,

- Zararlı etkilere rağmen kullanma,
- Bırakmayı takiben yeniden başlama eğilimi,

- Tekrarlayan içme istekleri,
- Tolerans,
- Yoksunluk (çekilme) sendromu
- Hoşa giden (öfori yapıcı) etki

Nikotin; tütün yapraklarında, malik ve sitrik asitle kombine durumda %2-8 oranında bulunur. Bir sigarada yaklaşık 1-2 mgr civarında nikotin vardır. Doz ve içinde bulunulan ruh hali ile kişiler içme hızı ve derinliğini ayarlarlar. Nikotinin pekiştirici özelliği vardır ve sigara içicilerde tolerans gelişir.

Sigara bağımlısı bir kişi sigara içmediği zaman yoksunluk belirtileri ortaya çıkar. Bu yoksunluk belirtileri;

- Sigaraya yönelik aşırı arzu
- Konsantrasyon güçlüğü
- Sinirlilik
- Sersemlik
- Uyku bozukluğu
- Diyare gibi gastrointestinal sistem

belirtileridir.

Bir kişinin sigara bağımlısı olduğunu söyleyebilmek için;

- a-En az bir aydır sürekli tütün kullanması ve
- b-Aşağıda belirtilen durumlardan en az birinin olması gerekir:

- 1-Sigarayı bırakmak ya da düzenli ve sürekli bir şekilde azaltmak için girişilen ciddi denemelerde başarısızlık,
- 2- Sigarayı bıraktıktan sonra yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması,
- 3- Kişinin sigara nedeniyle ortaya çıktığını bildiği önemli bir hastalığının olması ve buna rağmen sigara içmeyi sürdürmesi

Sigara (Nikotin) Bağımlılığının Tedavisi İçin Aşamalı Hizmet Yaklaşımı ve Başarı Oranları

I. Basamak: Kendi kendine bırakma: Bu amaçla geliştirilmiş materyal desteği ile başarı oranı %8-15

II. Basamak: Hasta muayenesi ve tedavisi işlemleri içine “sigarayı bırakmalısın” tavsiyesinin ve bırakmaya yardım işlemlerinin dahil edilmesi, (ilaçla destek dahil özellikle nikotin preparatları)ile başarı oranı %20-25

III. Basamak: Bu konuda uzmanlaşmış birimlerin hizmeti (8-20 hafta süre ile bilişsel ve davranışçı müdahale + ilaçla tedavi) ile başarı oranı %25-60'dır.

Yalnızca hekim tavsiyesi ile başarı oranı %5-10 kadardır.

*Prof., Fırat Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Tütün ile Mücadele Çalışma Grubu Üyesi

Bu nedenle tüm hekimlerin her muayene sırasında hastalarına sigara içip içmediğini sorarak, sigara içicisi olanlara bırakma tavsiyesinde bulunması ve bırakmayı düşünenler aşamasına getirmesi son derece önemlidir (5).

Sigara içicilerine bazı sorular sorularak sigarayı bırakmayı düşünüp düşünmedikleri anlaşılabilir. Böylece kişiye yönelik yaklaşım oluşturulur.

Sigarayı bırakma süreci aşamalarını saptamak için sorulacak sorular;

1-Önümüzdeki 6 ay içinde sigarayı bırakmayı düşünüyor musunuz?

A-Evet B-Hayır

2- Önümüzdeki 1 ay içerisinde sigarayı bırakmayı düşünüyor musunuz?

A-Evet B-Hayır

3-Geçen yıl sigarayı bırakmayı denediniz mi?

A-Evet B-Hayır

4-Sigarayı ne zaman bıraktınız?

Sigarayı bırakma süreci aşamaları, beş aşamalı bir süreç olarak değerlendirilmektedir.

Bu aşamalar;

- Bırakmayı düşünmeyenler
- Bırakmayı düşünenler
- Bırakma hazırlığı içinde olanlar
- Bırakmayı deneyenler
- Bırakmada sebat edenler aşamalarıdır (6).

Halk Sağlığı Anabilim Dalı Sigarayı

Bırakma Deneyimi

Fırat Üniversitesi Hastanesi Sigarayı Bırakma Polikliniği, 7 Mart 2006 tarihinde; Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'na bağlı olarak Fırat Üniversitesi Hastanesi bünyesinde, Psikiyatri, Göğüs Hastalıkları ve KBB anabilim dalları ile iş birliği içerisinde faaliyet göstermeye başladı. Doğu Anadolu Bölgesinde konu ile ilgili olarak eğitim ve hizmet vermekte olan ilk poliklinikti. Bu yıl bizim de desteğimiz ile Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesinde de sigarayı bırakma polikliniği açıldı.

Sigarayı Bırakma Polikliniğinde Yapılanlar;

Poliklinikte; konu ile ilgili olarak eğitim almış bir halk sağlığı asistanı sürekli bulunmakta ve hastaların ilk başvurusunu alarak hastayı görüşmeye hazırlamaktadır. Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyeleri ise sırayla ve randevu sistemi ile polikliniğe başvuran kişilere sigarayı bırakmaya yardım hizmeti sunmaktadırlar. Her gün 2-3 yeni hasta, 3-5 kontrol hastası olmak üzere ortalama 5-7 hasta ile görüşme yapılmaktadır. Her hastaya ilk görüşmede yaklaşık 30-45 dakika, kontrol görüşmelerinde 15-20 dakika zaman ayrılmaktadır.

Sigarayı bırakmak isteyenlerle görüşme planı

- İlk başvuru ve hazırlık
- İlk görüşme ve sigarayı bırakma günün tespiti

• 1. İzlem	Sigarayı bırakma günü görüşmesi
• 2. İzlem	7. gün
• 3. İzlem	15.gün
• 4. İzlem	1. ay
• 5. İzlem	3. ay
• 6. İzlem	6. ay
• 7.İzlem	1. yıl
• Telefon görüşmeleri	

İlk başvurusu ve hazırlık döneminde yapılanlar;

- Öykü alınması; özgeçmişleri, soy geçmişleri, alışkanlıkları, geçirdiği hastalıklar, ameliyatlar ve sürekli aldığı ilaçlar
- Fizik muayene, kan basıncı, boy, kilo ölçümü, BMI hesabı (beden kitle indeksi)
- Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ile bağımlılık düzeyinin belirlenmesi,
- Karbonmonoksit monitörü ile solunum havasında karbonmonoksit ve karboksihemoglobin hemoglobin düzeylerine bakma
- İstenen tetkikler; tam kan sayımı, total kolesterol düzeyi, HDL, LDL, Tg, AST, ALT, AKŞ, Sedimantasyon, üre, kreatinin, solunum fonksiyon testi, EKG, PA Akciğer grafisi
- Hasta, akciğer grafisi ve solunum fonksiyon testi sonuçlarıyla birlikte Göğüs Hastalıkları Kliniğine konsültasyona gönderilir.

İlk Görüşme ve Sigarayı Bırakma Günü Tespiti

- İlgili bir karşılama ve "Kayıt ve Değerlendirme Formu" nun incelenmesi, hastanın öykü, fizik muayene sonuçları, tetkikler ve Göğüs Hastalıkları AD. konsültasyon notunun değerlendirilmesi
- Sigaranın sağlığa zararları, sigarada bulunan zararlı maddeler, bağımlılık ve sigaranın bağımlılık yapıcı etkisi, sigara kullanımının sosyal yaşamına, mesleğine olumsuz etkisi konusunda bilgi verme
- Sigarayı bırakma gününün tespit edilmesi, hasta değerlendirme formuna yazılması ve sigarayı bırakacak kişi tarafından imzalanması
- Yoksunluk belirtileriyle baş etme hazırlıklarının görüşülmesi
- İçme isteğini savuşturma tekniklerinin görüşülmesi: Sigara içme isteklerinin dalgalar halinde geldiği ve üç dakika sürdüğü, önemli olanın üç dakikayı savuşturmak olduğu ve içme

isteklerinin savuşturuldukça söndüğü anlatılır. İçme isteklerini savuşturmak için derin nefes egzersizi, düzenli fizik egzersiz, ortam değiştirme, su içme, sakız çiğneme, çerez, neneli şeker vs alma önerilebilir.

• Kişinin bu hazırlık döneminde içtiği sigaraları kaydetmesi istenir. Böylece günün hangi saatlerinde ne yaparken, yanında kim var iken ve hangi ruh hali içinde iken sigara içtiği tespit edilmekte ve sigarayı bıraktığı dönemde buralara müdahale etmeye çalışılmaktadır.

• Sigarayı bırakma günü öncesi, kendisine sigarayı hatırlatacak küllük, çakmak vb. ne varsa evden ve ortamdaki uzaklaştırması ve kalan sigaralarını kırıp çöpe atması önerilir. En üst düzeyde içme isteği oluşturma riski olan yer, kişi ve durumlardan uzak kalması önerilmektedir. En yakın ilişki içinde bulunduğu, kendini seven kişilere bırakma kararı bildirilip destekleri sağlanmalıdır.

• Düzenli beden eğitiminin sigara bırakmaya ve genel sağlığa etkisi ile ilgili açıklamaların yapılması

• Stresle başa çıkma

(Ödev: Derin nefes egzersizini kullanmaya başlayacak)

• Önemli olan, kişinin sigarayı beyinde öldürmesi ve içme istekleri geldiğinde iradesini kullanarak inatlaşması ve içme isteklerini savuşturmasıdır.

• Bırakmayı boşa çıkartıcı etkilere karşı güvenli ve kararlı tepki oluşturulması. Bırakmaya hazırlık döneminde yapması gerekenlerle ilgili bir bilgilendirme formu verilmektedir.

Sigarayı Bırakma Teknikleri

Kişinin bağımlılık düzeyine göre ya tek başına davranışsal ve bilişsel teknikler ya da davranışsal ve bilişsel teknikler + ilaç tedavisi verilmektedir.

A-Davranışsal ve Bilişsel Teknikler

1- Sigaraya karşı olumsuz tepki geliştirmeye yönelik teknikler

a- Elektrik şok gibi bir uyarana eşleştirme

b- Alınan sigara miktarının önemli düzeyde arttırılması

c- Sigarayı zihinde olumsuz durumlarla eşleştirme

2- Bırakma gününün saptanması ve bırakma sözünün verilmesi

3- Bırakma nedenlerinin yazılı hale getirilip yanında taşınması

4- Ödül ve ceza uygulamaları

5- Sigara içme davranışının kaydedilmesi

6- Koşullanmaların söndürülmesi

7- Sigara ile ilgili nesnelere evden ve iş yerinden uzaklaştırılması

8- İçme isteğini savuşturma teknikleri

9- Sosyal destek

10- Gevşeme eğitimi

11- Düzenli beden eğitimi

12- Yeniden başlamaya karşı önleyici yaklaşım

B- İlaç Tedavisi

1- Nikotin Replasman Tedavisi (NRT)

-Nikotin bantı

-Nikotin sakızı

-İnhaler

-Nazal sprey

2- Bupropion (Antidepresan)

3- Vereniklin Tartarat

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Sigarayı Bırakma Polikliniği'nin başarı oranı %45'tir. Sigarayla mücadelede başarılı olabilmek için, sigarayı bırakmaya yardım hizmetleri yaygınlaştırılmalıdır (7).

21. yüzyılda halk sağlığı anabilim dallarının önemi her geçen gün artmaktadır. Halk sağlığıcular, sadece sahada ve birinci basamakta değil, aynı zamanda 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarında da koruyucu sağlık hizmeti sunmalıdırlar.

Sonuç olarak; Dünyada yaklaşık 1.1 milyar insan sigara içmektedir. Tütün ürünleri her yıl, tüm dünyada dört milyon insanın ölümüne ve 200 milyar ABD doları ekonomik kayba neden olmaktadır. Eğer mevcut durum değişmez ise, 2020 yılında tütün, yılda 10 milyon (%70'i gelişmekte olan ülkelerde) insanın ölümüne neden olacaktır. Ülkemizde her yıl yaklaşık 100 bin kişi sigara nedeniyle ölmekte, iki milyar dolar ekonomik kayıp olmaktadır. Sigarada dört bin kadar zehirli madde vardır ve birçok hastalığın ve kanser türünün en önemli nedenlerinden biridir. İçerisinde bu kadar çok zehirli madde bulunduran ve bir çok hastalığa yol açan bir nesnenin para ile alınıp içilmesinin engellenmesi için; sigarayı bırakmaya yardım hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve sigaraya başlama yaşı öncesi dönemdeki gençlerin sigaraya başlamasını engelleyici eğitim ve bilinçlendirme çalışmalarının yapılması son derece önemlidir.

Kaynaklar

1- <http://www.who.int/en/>

2- <http://www.tobacco.org>

3- <http://www.tobaccopedia.org>

5- Sezer R.E. Nikotin Bağımlılığının Tedavisi. Sağlık İçin Sigara Alarmı. 1995;1(2):7-12.

6- Prochaska JO, Goldstein MG. Process of smoking cessation. Clinics in Chest Medicine 1991;12 (4):727-736.

4- Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.

7- T.C.Sağlık Bakanlığı. Ulusal Tütün Kontrol Programı ve Eylem Planı 2008-2012, TŞOF Plaka Matbaacılık A.Ş.Ankara, 2008.

İletişim:

Dr. Yasemin Açık

E-posta:

yacik23@gmail.com