



Kemik İliği ve Kök Hücre Transplantasyon İlkeleri	61
Bir İlköğretim Okulundaki Öğrencilerin Boy ve Ağırlık Durumları	65
65 Yaş ve Üzeri Nüfusta Hipertansiyon Prevalansı ve Etkileyen Etmenler	66
Yanlış Gluteal Enjeksiyona Bağlı Derin Ven Trombozu: Olgu Sunumu	75



## Yayın Yönetmenleri

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

## Yayın Kurulu

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

## Bilimsel Danışma Kurulu

Prof. Dr. Osman Abbasoğlu Prof. Dr. Nural Kiper  
 Doç. Dr. Dilek Aslan Yrd. Doç. Dr. Serdar Kula  
 Prof. Dr. Erdal Akalın Prof. Dr. Yeşim Gökçe Kutsal  
 Prof. Dr. Murat Akova Yrd. Doç. Dr. Esra Önal  
 Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu Doç. Dr. Nühket Örnekk Büken  
 Prof. Dr. Berna Arda Prof. Dr. İmran Özalp  
 Prof. Dr. Semih Baskan Prof. Dr. Orhan Öztürk  
 Dr. Aylin Sena Beliner Doç. Dr. Şevkat Bahar Özvarış  
 Prof. Dr. Ufuk Beyazova Dr. Alfert Sağdıç  
 Doç. Dr. Ümit Biçer Yrd. Doç. Dr. Özlem Sarıkaya  
 Prof. Dr. Ayşen Bulut Prof. Dr. İskender Sayek  
 Dr. Alper Büyükakkuş Dr. Mustafa Sülkü  
 Doç. Dr. Ali Süha Çalikoğlu Doç. Dr. Figen Şahin  
 Yrd. Doç. Dr. Deniz Çalışkan Prof. Dr. Selahattin Şenol  
 Dr. Naciye Demirel Dr. Fatih Şua Tapar  
 Doç. Dr. Önder Ergönül Doç. Dr. Cem Terzi  
 Doç. Dr. Muzaffer Eskiocak Prof. Dr. İlhan Tezcan  
 Prof. Dr. Haldun Güner Prof. Dr. Çetin Turgan  
 Prof. Dr. Hamit Hancı Doç. Dr. Duygu Uçkan  
 Prof. Dr. Şükrü Hatun Prof. Dr. Fatih Ünal  
 Dr. Sema İlhan Prof. Dr. Serhat Ünal  
 Doç. Dr. Levent İnan Doç. Dr. Hakan Yaman  
 Dr. Remzi Karşı Prof. Dr. Muharrem Yazıcı  
 Prof. Dr. Zeki Kılıçarslan

## Okuyucu Danışma Kurulu

Dr. Hasan Değirmenci Dr. Sibel Serin Kılıçoğlu  
 Dr. Ayça Gümüş Dr. Çağlar Özdemir  
 Dr. Şükrü Güvenç Dr. Mesut Yıldırım

## Sayı Sorumlusu

Dr. Arzu Dursun Dr. Tolga İnce

## Yayın Yönetim Merkezi ve İletişim Adresleri

Türk Tabipleri Birliği: Gazi Mustafa Kemal Bulvarı Şehit Daniş Tunalığı  
 Sok. 2 Kat: 4 Maltepe 06570 Ankara  
 Tel: (0.312) 231 31 79/33 Faks: (0.312) 231 19 52-53  
 E-posta: [sted@ttb.org.tr](mailto:sted@ttb.org.tr) İnternet: [www.ttb.org.tr/STED](http://www.ttb.org.tr/STED)  
 STED Okurları Haberleşme Listesi: [stedokur@yahoo.com](mailto:stedokur@yahoo.com)

## Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Prof. Dr. Gençay Gürsoy

## Yayın Türü

Yerel Süreli Yayın (Aylık)

## Hazırlık ve Tasarım

Yeter Canbulat

## Basımcının İletişim Bilgileri ve Basım Yeri

Matus Basımevi Reklam ve Yayın Ticaret Ltd. Şti. Tel: (0.312) 395 95 96  
 Adres: İvedik Organize Sanayi Matbaacılar Sitesi 558. Sok. No: 2 Yenimahalle - Ankara  
 Vergi Dairesi: Yenimahalle - Vergi No: 613 046 2266 - Ticaret Sicil No: 64/1828  
 Basım Tarihi: ???? Temmuz 2007

## Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED)

Türk Tabipleri Birliği tarafından birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin sürekli eğitimi için aylık olarak yayımlanmaktadır. STED, TÜBİTAK TÜRK TIP DİZİNİ içinde yer almaktadır. Abonelere ücretsiz gönderilir.

## Bu Sayıda

Cilt 16  
 Sayı 5  
 Mayıs 2007

### Kemik İliği ve Kök Hücre Transplantasyon İlkeleri 61

*Dr. Selin Aytaç Elmas, Dr. Duygu Uçkan Çetinkaya*

### Bir İlköğretim Okulundaki Öğrencilerin Boy ve Ağırlık Durumları 65

*Dr. Güngör Güler, Dr. Ferda Yıldırım, Dr. Emine Altun*

### 65 Yaş ve Üzeri Nüfusta Hipertansiyon Prevalansı ve Etkileyen Etmenler 66

*Dr. Yonca Sönmez, Dr. Tezcan Bozkurt, Dr. Burcu Tanrıkkulu, Dr. İsmail Keskin*

### Yanlış Gluteal Enjeksiyona Bağlı Derin Ven Trombozu: Olgu Sunumu 75

*Dr. Murat Orak\*, Dr. Mehmet Üstündağ, Dr. Mustafa Burak Sayhan, Dr. Emin Uysal, Dr. Yusuf Ali Altıncı*



Kapak Fotoğrafı:  
 "Zıp Zıp"

Dr. Salih Yılmazgöl, Konya  
 TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2006  
 Jüri Özel Ödülü



### Merhaba,

Dergimizin sizlerin beklentilerini karşılayacak yazılardan oluşması için çaba gösteriyoruz. Beklentilerinizi sizlerin bizlere ilettiği mektuplardan, e-posta iletilerinden, toplantılarda karşılaştığımız dostlarımızın isteklerinden belirlemeye çalışıyoruz. Sizlerin dergide yer alan yazılara gösterdiğiniz tepki sonraki sayıların biçimlenmesinde etkin oluyor.

Dergimizin amaçları arasında birinci basamak sağlık yapılanmasının gereksinimlerinin belirlenmesi, bilgilerin güncellenmesi kadar, ortak tutum alınması için birbirini dinleyen, anlayan, sorumluluk alan çalışanlar arasındaki ilişkilerin pekişmesi de vardır. Uzaklıkları yakınlaştıran, yüzlerini bilmesek de birbirimize tanış kılan özelliğimizdir bu. Dergimize yazı yazan, görüşlerini bizlerle paylaşan dostlarımız bir bilimsel derginin tüm özellikleri yanı sıra dergimizin bu içtenliğinin farkındalardır.

Yazı yazmak bir bakıma insanın kendini açması, ortaya koyması. Düşünceleriniz kadar duygularınızı da paylaşıyorsunuz. Kimi zaman kendinize sorup da yanıt almaya çekindiğiniz bir durumu yazdığınızda tüm çıplaklığı ile karşınızda buluyorsunuz. Yazılan kişisel belleğinizden, defterinizden, bilgisayarınızdan ayrılıp ortak kullanıma, belleğe geçtiğinde sizin karşınıza bir kimlikle çıkıyor. Genel geçer, bugüne kadar tartışmasız doğru bildikleriniz insanlarca eleştiriliyor, yargılanıyor. Bir pencere aralanıyor, gün ışığı belleğinizi aydınlatıyor.



Fotoğraf: "Kapi" Dr. Zümrüt Arda Kaymak  
STED Fotoğraf Yarışması 2006 Sergi Ödülü

Yazı yazmak bir sorumluluk. Önce insanın kendisine. Sonra ailesine, bir işin ucundan birlikte tuttuklarına karşı büyük sorumluluk. Yazdıkça insan olunuyor. En kolay görüneni belki de en gücü günce tutmak. Kimbilir bu yazıyı okuyanların kaç geçmişlerinde günce tuttular ya da tutmaktalar. Büyük, aşılmaz, çok önemli sandıklarımızın ne kadarı bizleri yanılttı. Gözümüzden kaçanların farkına günler, yıllar sonra varabildik mi?

Yazmak bir disiplin. "Dağınıklık" bile olsa yaşama karşı duruşunuz size iyi gelecek, dağınıklığınızın keyfini çıkaracaksınız. Değilse uzun söze gerek yok, sizi başta size hazırlayacak, yaşamın uçsuz bucaksızlığına sonradan...

Bir işi başından başlayarak yazmak, en önemli yanlarını, özelliklerini not almak başarmak kadar önemli. İnsan zaman zaman neyi başardığının ayırında olmayabiliyor. Farkında olmak başarının tadını çıkarmak, küçük de olsa mutluluğunu yaşamak için gerekli sanırım. Üzerimize üzerimize gelen ne yazık ki başıboş kaldığında hep başarısızlıklar, umutsuzluklar, yalnızlıklar oluyor. Başarı kadar mutluluk da çalışmadan, emek vermeden gelmiyor, gelse bile değeri bilinmediğinden gelip geçiyor.

Bize değer katan, değerli kılan neyimiz varsa bir yenidoğan bebek gibi ilgi, sevgi, saygı görmek istiyor. Büyüdükçe beklenti artıyor. Almak kadar vermenin de güzelliğini, değerini bilecek, gösterecek ilişkiler, ortamlar istiyoruz yaşımız ne olursa olsun. Değerbilirlik neden bize iyi geliyor? Değer verdiğimiz insanların size karşı gösterdikleri içtenlikli bir gülümseme yaşama karşın sizi ne denli donanımlı, hazır kılıyor. Yola çıkmada, yolda kalmada itici gücünüz oluyor.

Diğer durumu anmak, dile getirmek istemiyoruz. Değersizleştirmenin, sıradanlaştırmanın, birbirine uzaklık tanımlayan yaklaşımın farkında olursak kendimizden başlayarak ailemize, yakın çevremize, işimize, insanlara, çevreye zarar vermesine engel olabiliriz.

Bir yerden başlamak... Yazmak, yazdıklarımızı "eleştirel" okumak. Bir kitabı, bir yaşamı okumak kadar yazmanın da değerli olduğu bilinciyle bir yerden başlamak...

**Bilimsel ve dostça kalın...**



Dr. Selin Aytaç Elmas\*, Dr. Duygu Uçkan Çetinkaya\*\*

### Öz

Hematopoetik kök hücre transplantasyonu aplastik anemi, hematolojik malignansiler, doğumsal hematolojik defektler, immün yetmezlikler, kalıtsal hastalıklar ve solid tümörler gibi birçok hastalık için önemli bir tedavi yaklaşımıdır. Hematopoetik kök hücre transplantasyonuna hazırlanma, kemoterapi ve radyoterapi ile normal ve anormal hematopoezin baskılanmasını, verici hücrelerinin yapılanmasını sağlamak üzere etkin immünosupresyonu içermektedir. İmmün sistemi baskılanmış hastalarda fırsatçı mikroorganizmalar başta olmak üzere diğer enfeksiyonlar, verici hücrelerinin reddedilmesi, graft versus host hastalığı, primer hastalığın yinelenmesi gibi önemli ve mortalitesi yüksek komplikasyonlar gelişebilmektedir. Bu komplikasyonlar hematopoetik kök hücre transplantasyon başarısını sınırlamakta ise de son yıllarda transplantasyonla kurtulan hasta sayısının artmasıyla, tedavinin etkinliği de artmaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Kök hücre, transplantasyon.

### Abstract

Hematopoietic stem cell transplantation (HSCT) has become an important therapeutic modality for a wide variety of diseases including hematologic malignancies, aplastic anemia, immunodeficiency disorders, congenital hematologic defects, hereditary syndromes and solid tumors. Preparation for hematopoietic stem cell transplantation includes chemotherapy and radiotherapy to ablate normal and abnormal hematopoiesis and to provide immunosuppression to allow donor cell engraftment. Immunocompromised patients may suffer from important complications with high mortality, such as rejection of donor cells, graft versus host disease, recurrence of the primary disease and especially opportunistic and other types of infections. Although these complications limit the success of HSCT, recently, the efficacy of the treatment has improved as there has been an increase in the number of patients surviving as a result of transplantations.

**Key words:** Hematopoetic stem cell, transplantation.

### Hematopoetik Kök Hücre Transplantasyonu

Kök hücre bazı dokularda bulunan ve gereksinim durumunda birçok hücreyi oluşturabilecek potansiyele sahip sonsuz çoğalabilen, farklı dokulara dönüşebilen, kendini yenileyebilen ana hücrelerdir. Son yıllarda değişik dokulara ait kök hücreler tanımlanmış olup en çok bilineni kan hücrelerini oluşturan hematopoetik kök hücrelerdir. Hematopoetik kök hücre kaynaklarını kemik iliği, periferik kan ve kordon kanı oluşturmaktadır. Eskiden hematopoetik kök hücre nakli yerine kemik iliği nakli terimi kullanılırdı. Aslında yapılan işlem hematopoetik kök hücre verilmesi olup kemik iliği yalnızca kök hücrenin elde edilebildiği kaynaklardan birini oluşturmaktadır.

**Verici kaynağına göre de üç tip hematopoetik kök hücre nakli bulunmaktadır:**

1. **Allojenik kök hücre nakli:** Kök hücre bir başkası için kullanılabilir.
2. **Otolog kök hücre nakli:** Malign

hastalıklarda hastanın sağlıklı döneminde elde edilip saklanmış olan kök hücreler kendisi için kullanılabilir.

**3. Sinjenik nakil:** Tek yumurta ikizinden elde edilen kök hücrenin hasta için kullanılmasıdır.

İlk kez 1939'da düzenli transfüzyon gereksinimi olan aplastik anemili bir hastanın tedavisinde erkek kardeşinden elde edilen az miktardaki kemik iliği transfüzyonunun yapılmasıyla başlayan ve normal hematopoezin yapılandırılmasını amaçlayan girişimler sonraki yıllarda hayvan deneyleriyle sürmüştür. 1959 yılında ise Akut Lenfositik Lösemi (ALL)'li hastanın tedavisinde lethal dozda total vücut ışınlamasını izlemeye gerçekleştirilen kök hücre transplantasyonu ile bir çığır aşılmış ve 1960-1970'li yıllarda ise hematopoetik kök hücrenin gerçek anlamda modern çağı başlamıştır (1). Günümüzde kök hücre transplantasyonu birçok hastalık için (aplastik anemi, hematolojik malignansiler, doğumsal hematolojik kayıplar, immün



yetmezlikler, kalıtsal hastalıklar, solid tümörler) önemli bir tedavi edici yaklaşımdır.

Allojenik transplantasyonda en ideal verici doku tipi tam uygun kardeştir. Bunun dışında alternatif donörler yani doku tipi kısmi uygun ya da haploidantik aile bireyleri ya da aile dışı donörler kullanılarak yapılan transplantasyonlar doku reddi açısından daha riskli olmakla birlikte günümüzde başarıyla pekçok merkezde yapılabilmektedir.

Transplantasyon endikasyonu olan bir hastada, transplantta kullanılacak kök hücre kaynağı, hastalığın tipi, yaygınlığı, vericinin yaşı, vericinin doku uygunluğu gibi bazı etmenler gözönüne alınarak karar verilir.

Kök hücre transplantasyon basamakları; (hasta ve vericinin pre-transplant değerlendirilmesinde transplantasyon için engel bir durum saptanmamışsa),

- Hazırlık rejimi,
- Kök hücrenin toplanması,
- Kök hücrenin alıcıya verilmesi,
- Transplantasyon sırasındaki destek tedavileri,

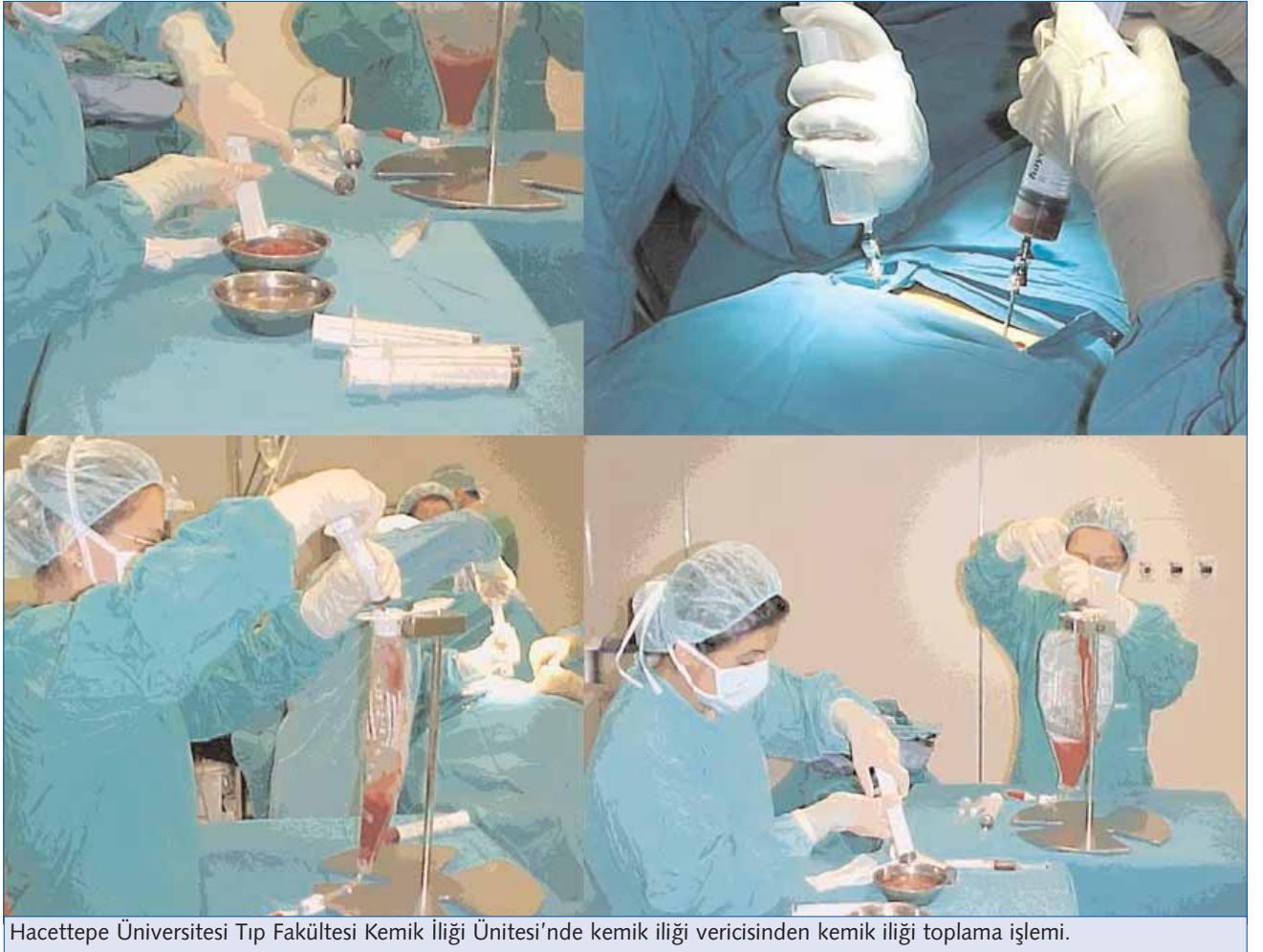
- Hematopoetik yeniden yapılanmanın (engraftman) değerlendirilmesi,
- Hastanın taburculuğunu içermektedir.

### Hazırlık Rejimi

**Kök hücre nakli öncesinde hastanın hazırlanması gerekmektedir. Hazırlık rejimi üç amaca yöneliktir:**

- Alıcıda hematopoetik ablasyon yaparak verici hücrelerine yer açmak,
- Alıcıda yeterli immüsupresyonu sağlayarak verici hücrelerinin reddini önlemek,
- Alıcıdaki primer hastalığın eradikasyonunu sağlamak.

En sık kullanılan hazırlık rejimi, myeloablasyon yapan busulfan ve siklofosfamidden oluşmaktadır. Total vücut ışınlaması da genellikle radyoterapiye iyi yanıt veren malignensilerde hazırlık rejimine eklenebilmektedir (2). Son yıllarda myeloablasyon yapmayan (non-myeloablatif, mini-transplant) rejimler de hazırlık rejiminde kullanılmaktadır. Özellikle erişkinlerin malign hastalıklarında düşük dozda total vücut



Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kemik İliği Ünitesi'nde kemik iliği vericisinden kemik iliği toplama işlemi.



Posterior iliak çıkıntısı bulunduktan sonra geniş delikli kemik iliği aspirasyon iğnesi ile direkt olarak cilt geçilerek kemiğe kadar ilerlenir.

Cilde iğne girişi yapıldıktan sonra kemik üzerindeki değişik yerlerden girilerek aspirasyon yapılır.

ışınlanması ve düşük doz busulfan, pürin analoglarının kullanımıyla verici T hücrelerinin alıcı hematopoetik hücreleri ve malign hücreleriyle savaşması prensibini içermektedir. Myeloablatif rejim başlamadan önce alıcıya *Pnömocystis carinii* pnömoni profilaksisinde *trimetoprim-sulfameteksazol* (TMP-SMX) başlanmalı ve kök hücre transplantasyonundan 48 saat öncesine kadar da verilmelidir. Herpes simplex virus seropozitif hastalara asiklovir profilaksisi verilmelidir. Oral asiklovir hazırlama rejiminin 1. günü başlanır, hastaneden çıkana kadar devam edilir. Antifungal profilaksi myeloablatif tedaviye başlarken başlanır,



posttransplant +75. güne kadar devam edilir. Transplant öncesi ya da sonrası kullanılacak olan tüm sellüler kan ürünleri ışınlanmalıdır. Ayrıca tüm Cytomegalovirus (CMV) seronegatif hastalara CMV-negatif kan ürünleri verilmelidir. Seronegatif ürünler sağlanamıyorsa kan ürünleri lökosit filtresi kullanılarak uygulanmalıdır (2).

### **Kök Hücrenin Toplanması**

Kök hücre kaynağı olarak kemik iliği toplanmasına karar verilmişse genel anestezi altında, vericinin posterior ya da anterior iliak kristasından standart steril teknikle toplama işlemi gerçekleştirilmektedir. Toplanan kemik iliği antikoagulan içeren torba içerisine konulur. İşlem sonunda çekirdekli hücre sayısına bakılarak alıcının vücut ağırlığı başına en az  $2 \times 10^8$  çekirdekli hücre olması amaçlanır.

Periferik kandan kök hücre toplama işlemi allojenik vericide G-CSF, otolog vericilerde de kemoterapi ile birlikte G-CSF kullanılarak sitaferez işlemi ile yapılır.

### **Kök hücrenin alıcıya verilmesi**

Kök hücre hazırlık rejimi uygulanmış, kemik iliği myeloablasyona uğratılmış alıcıya, kan transfüzyon prensibinde önceden takılmış santral kateterden 2-3 saatlik sürede enfüze edilir. Verici ile alıcı arasında majör ABO uyumsuzluğu varsa hemolitik reaksiyonları önlemek amacıyla toplanılan üründe eritrosit depleasyonu yapılması önerilmektedir. Transfüzyon reaksiyonları, ateş, titreme, bulantı, kusma, karın ağrısı gelişebilir. Tedavide antihistaminik, antipiretik ve steroid uygulanmaktadır.

### **Transplantasyon Sırasındaki Destek Tedavileri**

Transplantasyon sonrası en önemli sorun ağır mukozite bağlı beslenme sorunlarıdır. Hastaların ağızdan alımı bazal gereksinimi karşılayamazsa transplanttan sonra total parenteral beslenme bir süre için başlanmaktadır. Myeloablatif tedavi sonrası hastaların enfeksiyonlara yakalanma riski oldukça artmıştır. Profilaktik sistemik antibiyotikler absölu nötrofil sayısı  $500/\text{mm}^3$ ün altına düşünce başlanmakta ayrıca engraftmanın geciktiği durumlarda allojenik ve otolog transplantlardan sonra 5-10 mg/kg dozda G-CSF eklenmektedir. Ayrıca allojenik kök hücre transplantasyonu sonrası





(0-100.gün) intravenöz immünooglobulin (IVIG) verilmesinin enfeksiyonları önlemede etkili olduğu bilinmektedir (2).

Akut graft-versus host hastalığı (GVHH) transplant sonrası ilk 100 gün içinde görülebilen (daha sıklıkla 15-45. güne kadar ortaya çıkabilen) doku uygunluğu olan kardeşler arasında % 35 iken uyumsuz olanlarda %90 görülme oranı bildirilen, verici T lenfositlerinin hastanın epitel dokularını hasara uğratması sonucu genellikle cilt ve intestinal tutulumla giden mortalitesi yüksek bir komplikasyondur (3). GVHH profilaksisinde standart olarak siklosporin A ve Methotreksat kullanılmaktadır. Hepatik veno-oklüzif hastalık ise transplantasyondan sonra gelişebilecek bir diğer mortalitesi yüksek komplikasyondur. Veno-oklüzif hastalık profilaksisinde transplantasyon öncesi düşük dozda düşük moleküler ağırlıklı heparin ve ursodeoksikolik kullanımını içermektedir. Destek tedavileri olarak trombosit transfüzyonları kanama komplikasyon riskini azaltmak için trombosit sayısı  $20 \times 10^9/L$  ya da üstünde tutulacak biçimde yapılmalıdır. Eritrosit transfüzyonu ise doku oksijenizasyonunu yeterli biçimde temin edecek, yaşına uygun hemoglobin seviyesini sağlayacak biçimde yapılmalıdır (4).

#### **Hematopoetik yeniden yapılanmanın (engraftman) değerlendirilmesi**

Kök hücre transplantasyonu sonrası hematopoetik yeniden yapılanma genellikle lökositlerin ikinci ya da üçüncü haftada ortaya

çıkması, beyaz kürenin artmasıyla olur. Bu dönemde enfeksiyöz olmayan hafif ateş, deri döküntüsü, pulmoner infiltrasyonla karakterize engraftman sendromu görülebilir. Nötrofil engraftmanı absolü nötrofil sayısının ardışık üç gün  $500/mm^3$ 'ün üstünde olmasıdır. Trombosit engraftmanı, trombosit ihtiyacının bir hafta süreyle olmaması durumudur (1, 2, 5). Bazı durumlarda engraftman uzayabilir; alıcıya verilen çekirdekli hücre sayısının az olması, verici ile alıcı arasında HLA uyumsuzluğu, GVHH, araya giren enfeksiyonlar (özellikle CMV), methotreksat, gansiklovir, TMP-SMX gibi kemik iliği baskılanması yapan bazı ilaçların kullanılması gibi. Graft yetmezliği olduğunda G-CSF uygulanabilir, bazen de immünosupresif tedavinin kesilmesi gerekebilir. Yanıt vermeyen olgularda hasta ikinci transplantasyona gidebilmektedir.

Allojenik kök hücre transplantasyonu sonrası hematopoetik engraftman bazı yöntemlerle değerlendirilir (3,4).

1. Alıcı ile verici kan grubu farklı ise transplantasyon sonrası alıcının kan grubu verici tipinde olmalıdır.

2. Alıcı ile verici cinsiyet farklılığı varsa sitogenetik analiz ile alıcının genotipi verici tipinde olmalıdır.

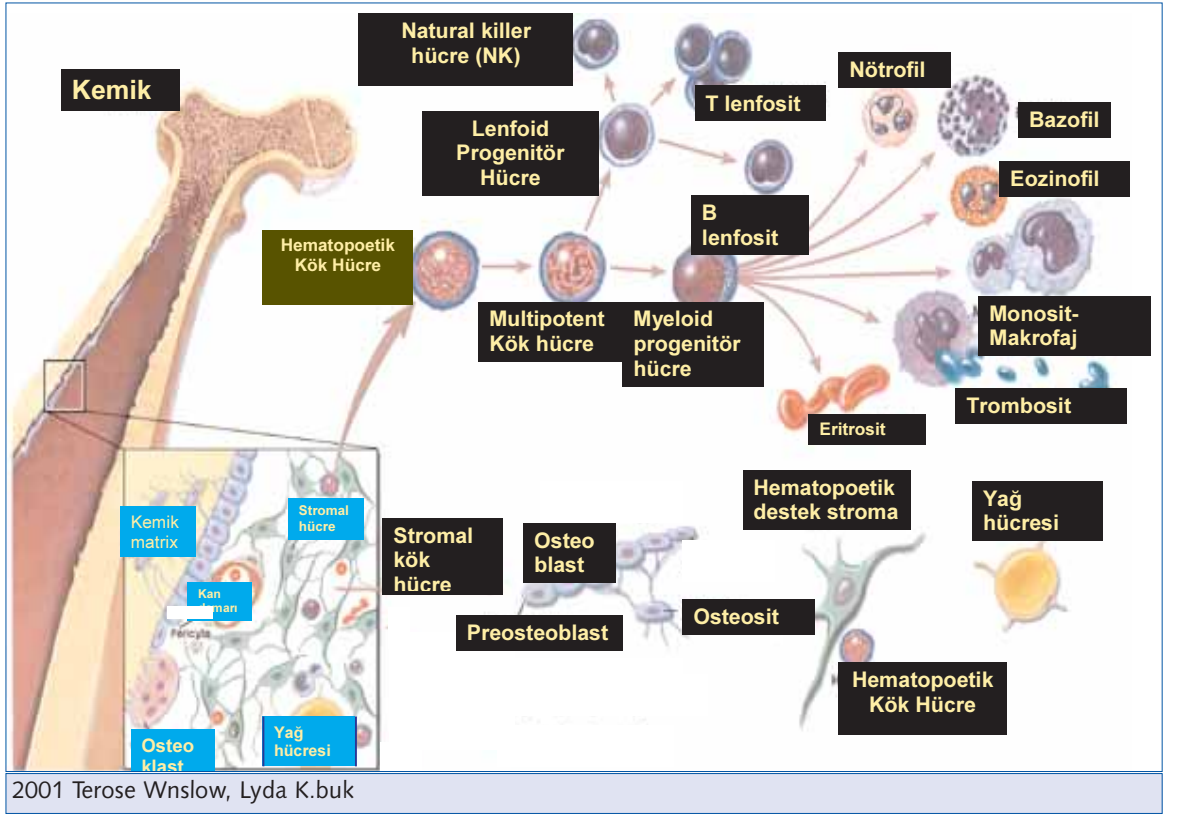
3. Kimerizm analizi (hematopoetik kök hücre transplantasyonu sonrası alıcının hematopoetik sistemi tamamen verici orijinli olabilir (donör kimerizm), alıcı ve verici hücreleri karışımıdır (mixed kimerizm) yada tamamen alıcı orijinlidir (graft rejeksiyonu).

#### **Hastaneden taburcu edilme.**

Hasta oral beslenebiliyor, aktif enfeksiyonu yok ve engraftman gerçekleşmişse aileye evde bakım eğitimi verilerek hasta taburcu edilir. İlk bir ay haftalık kontrollerle daha sonra iki haftada bir ve daha sonra aylık kontrollerde enfeksiyon, GVHH ve diğer organ ve sistem taramaları yapılır.

Kök hücre transplantasyonu ve transplantasyon sonrası hastaların izlemleri multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir. Tedavinin geç dönem komplikasyonları kronik GVHH (100 günden sonra), renal, pulmoner, kardiyak, nörolojik, oftalmolojik, endokrinolojik ve dental sorunları içermektedir (3).

Birçok hasta ve hastalık için umut verici olan kök hücre transplantasyonunda en önemli nokta, bu tedavi yönteminin bilinen diğer alternatif tedavi yöntemlerine göre avantaj ve



dezavantajlarının çok iyi değerlendirilmesidir. Rutin ve standart tedavi yaklaşımı olarak önerilen hastalıklarda kök hücre transplantasyonu en uygun zamanda öncelikli olarak yapılmalıdır. Ancak, sürekli olarak değil ikinci bir tedavi seçeneği olarak önerilen hastalıklarda gerek hazırlık rejiminde hastaların bir kısmının kaybedilebilmesi ve gerekse transplantasyon sonrası komplikasyonlar ve mortalitenin yüksek olması nedeniyle hasta ve ailesi ayrıntılı olarak bilgilendirilmelidir (4).

Günümüzde hematopoetik kök hücre transplantasyonu ile çeşitli hastalıklardan kurtulan hasta sayısının artması, dünyada yaklaşık dokuz milyon gönüllünün doku bilgilerinin uluslararası bankalarda kayıtlı olması ve bir hastaya kök hücre gerektiğinde, doku uygun kardeş vericisi yoksa bu bankalar aracılığıyla akraba dışı uygun vericinin araştırılabilmesi ile gelecekte de hematopoetik kök hücre transplantasyonunun çok önemli bir tedavi yaklaşımı olacağı düşünülmektedir.

İletişim: Dr. Selin Aytac Elmas  
E-posta:selinaytac@yahoo.com

#### Kaynaklar

- 1- Lehmann L, Haining WN, Guinan EC. Principles of bone marrow and stem cell transplantation. In: Nathan and Oski's Hematology of Infancy and Childhood (6th ed) Vol 1. Philadelphia: W.B Saunders,2003; pp 366-406
- 2- Flowers MED, Sullivan KM. Ambulatory care of patients undergoing marrow or blood stem cell transplantation. In: Atkinson K, ed. Clinical Bone Marrow and Blood Stem Cell Transplantation(2nd ed), London: Cambridge University Press 2000, p 177-192
- 3- Sullivan KM. Long term follow-up and quality of life after hematopoietic stem cell transplantation. J Rheumatol 1997,24: 46-52
- 4- Çetin M. Kemik iliği transplantasyonunda temel ilkeler. Katkı Pediatri Dergisi, 2002,5-6: 551-561
- 5- Blume KG, Amylon MD. The evaluation and counseling of candidates for hematopoietic cell transplantation. In: Thomas ED, Blume KG, Forman SJ. Hematopoietic Cell Transplantation (2nd ed) USA, Blackwell Science Ltd, 1999; pp 371-380



# Bir İlköğretim Okulundaki Öğrencilerin Boy ve Ağırlık Durumları

Determination of Height and Weight of Students in a Primary School



*Dr. Güngör Güler\*, Dr. Ferda Yıldırım\*\*, Dr. Emine Altun\*\**

## Öz

Araştırma Sivas il merkezinde Öğretmenler İlköğretim Okulu'ndaki öğrencilerin boy ve ağırlık durumlarını belirlemek amacı ile kesitsel olarak yapılmıştır. Araştırmaya 234 öğrencinin tamamı alınmıştır. Araştırmaya 2005 Mayıs ayında toplanmıştır. Öğrencilere araştırmacılar tarafından hazırlanan soru formu uygulanmış, boy ve ağırlık ölçümleri yapılmıştır. Öğrencilerin yaşları 7 ile 15 arasında, %50.9'u kız, %78.6'sının aile tipi çekirdek, %85'i bir sosyal güvenceye sahip, %34.6'sı kirada oturmaktadır. Öğrencilerin ebeveynlerinin çoğunluğu ilk ve ortaokul mezunu, %69.2'sinin ailesi 4-5 kişiden oluşmakta, %23.9'unun ailesinde ise altı ve daha fazla sayıda kişi yaşamaktadır. Annelerin çoğunluğu ev hanımı, babaların çoğunluğu sürekli gelir getiren bir işe sahip olup, %11.5'i işsizdir. Araştırma sonucunda öğrencilerin %5.9'unun kısa boylu, %5.9'unun zayıf, %2.2'sinin ise şişman olduğu bulunmuştur.

**Anahtar sözcükler:** Okul sağlığı, büyüme ve gelişme, okul çocuğu.

## Abstract

This is a cross-sectional study performed in May 2005 to determine the height and weight status of the students in Öğretmenler Primary School in Sivas city centre. It includes all the 234 students of the school. A questionnaire designed by the researchers was applied and height and weight measurements were made. The ages of the students ranged from 7 to 15; 50.9% were girls; 78.6% lived in nuclear families; 85% had social security and 34.6% lived on rent. The majority of their parents were primary or secondary school graduates. 69.2% of the students had families consisting of four or five people; 23.9% of the families consisted of six or more. Most of the mothers were housewives. The majority of the fathers had regular income but 11.5% were unemployed. It was found that 5.9% of the students were short, 5.9% were thin and 2.2% were overweight.

**Key words:** School health, growth and development, school child.

## Giriş

Sağlıklı çocuk gelişimi, genetik özelliklerin yanı sıra beslenme, temiz çevre, iyi bakım alma ve sosyal etkileşimler gibi dış etkenlere bağlıdır. Çocuklarda sağlıklı büyüme-gelişiminin sağlanması üzerinde özellikle beslenmenin etkisi olduğu düşünülmektedir. Çocukluk çağı hastalıklarından korunmak, sağlıklı büyüme-gelişme göstermek ve yaşamın niteliğini artırmak için, her çocuğun yeterli ve dengeli beslenmeye gereksinimi vardır (2).

Günümüzün değişen yaşam koşulları, farklı sosyoekonomik ve kültürel yapı, beslenme alışkanlıklarında ve beslenme şeklinde değişikliklere neden olmuştur. Gelişmiş ülkelerde besin fazlalığı ve buna bağlı aşırı beslenme sorunları giderek önem kazanırken, gelişmemiş ülke toplumlarının %20'si hala beslenme yetersizliği içindedir (9).

Yetersiz beslenmeye bağlı ortaya çıkabilecek sorunlar açısından özellikle okul

çağı çocukları önemli bir risk grubunu oluşturmaktadır. Çünkü okul çağı, büyüme ve gelişmenin hızlı olduğu, yaşam boyu sürebilecek davranışların büyük ölçüde kazanıldığı bir dönemdir. Bu dönemdeki beslenme sorunları çocuğun fiziksel ve zihinsel gelişimini ve buna bağlı olarak ta okul başarısını olumsuz yönde etkilemektedir (3). Okul çağındaki çocukların beslenme ile ilgili sorunlarının erken dönemde belirlenmesi ve uygun çözümler üretilmesi, çocuğun sağlıklı büyüme, zihin gelişimi ve bunların sonucunda okul başarısına önemli oranda katkı verebilir.

Bu araştırma Sivas il merkezindeki Alibaba mahallesinde yer alan Öğretmenler İlköğretim okulundaki öğrencilerin boy ve ağırlık durumlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır

## Gereç ve Yöntem

Bu araştırma Sivas il merkezindeki Alibaba mahallesinde yer alan Öğretmenler İlköğretim okulundaki öğrencilerin boy ve ağırlık

durumlarının belirlenmesi amacıyla kesitsel olarak yapılmıştır. Araştırma yeri olarak bu okulun seçilme nedeni, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Halk Sağlığı Hemşireliği dersinin uygulama alanı içinde yer almasıdır. Araştırmanın yapıldığı okuldaki toplam öğrenci sayısı 250'dir. Evrenin tamamının araştırma kapsamına alınması planlanmış, ancak araştırmanın verilerinin toplandığı sırada okulda bulunan 234 öğrenci araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından geliştirilen soru formu aracılığı ile toplanmış, ayrıca öğrencilerin boy ve ağırlıkları ölçülmüştür. Bu formda öğrencileri ve ailelerini tanıttığı bilgiler, öğrencilerin sürekli hastalıklarının olma, ilaç kullanma vb. durumlarına ilişkin sorular yer almaktadır.

Öğrencilerin boy ölçümü, çelik mezur, vücut ağırlıkları banyo baskülüyle yapılmıştır. Boy ölçümü sırasında öğrencilerin ayakkabıları çıkartılmış, baş, omuzlar, kalçalar ve topukların duvara dayandırılmasına dikkat edilmiştir. Vücut ağırlıkları ölçülürken, öğrencilerin ayakkabıları çıkartılmış ve üzerinde yalnızca önlük olması sağlanmıştır.

Öğrencilerin boy ve ağırlıklarının değerlendirilmesinde, Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen yaşa göre boy ve kilo

standartları kullanılmıştır (6). Araştırmada elde edilen tüm veriler SPSS 10.0 yazılım programında veri tabanı oluşturularak değerlendirilmiştir.

### Bulgular ve Tartışma

Tablo 1'de öğrencileri, Tablo 2'de ise öğrencilerin ailelerini tanıttığı bilgiler yer almaktadır. Araştırmaya alınan öğrencilerin yaşları 7 ile 15 arasında değişmektedir. Öğrencilerin %50.9'u kız, %49.1'i erkek, %78.6'sının aile tipi çekirdek, %18.8'inin geniş, %85'i bir sosyal güvenceye sahipken, %15'inin sosyal güvencesi bulunmamakta ve %34.6'sı kirada oturmaktadır.

Öğrencilerin anne babalarının çoğunluğu ilk ve ortaokul mezunu olup, yalnızca %17.1'inin annesi lise ve üzerinde eğitim almışken, babalarda bu rakamın annelerin iki katından daha fazla (%36.3) olduğu dikkati çekmektedir. Annelerin %86.8'i ev hanımı ve yaklaşık olarak beşte biri örgün eğitim almamışken, babalarda örgün eğitim almayanların oranının %8.5 olduğu görülmektedir. Babaların çoğunluğunun (%74.8) sürekli bir geliri olup, %11.5'i işsizdir. Ailelerin %69.2'si 4-5 kişiden oluşmakta, %23.9'unda ise altı ve daha fazla sayıda kişi yaşamaktadır. Ayrıca öğrencilerden birinin annesinin, beşinin ise babasının yaşamını yitirmiş olduğu öğrenildi.

Öğrencilerin ifadelerine göre ailelerinin ekonomik durumlarına bakıldığında (Tablo 3), yarıdan fazlası (%69.7) ekonomik durumlarını orta düzeyde tanımlarken, düşük ve yüksek düzeyde tanımlayan öğrenci sayısının hemen hemen eşit düzeyde olduğu görülmektedir. Öğrencilere sürekli bir hastalıklarının olup olmama durumu sorulduğunda, yalnızca dört öğrenci kendisinde diyabet, astım, romatizma ve ülser hastalığı olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 4'te öğrencilerin boy ve ağırlık ölçümlerinin değerlendirme sonuçları verilmiştir. Buna göre öğrencilerin çoğunluğunun boy ve ağırlıkları normal değerlerde (-2 ve +2 standart sapma arasında) iken, boy kısalığı ve zayıflık prevalansı (-2 standart sapmanın altında) %5.9 oranında bulunmuştur. Şişmanlık prevalansı öğrenciler arasında yalnızca %2.2'dir. Koçoğlu ve arkadaşlarının il genelini kapsayan, 11-14 yaş grubu çocuklarda yaptıkları çalışmada obezite prevalansı %3.1,

Tablo 1. Öğrencileri tanıttığı özellikler		
Tanıttığı özellikler	Sayı	%
<b>Sınıf</b>		
Birinci sınıf	28	12.0
İkinci sınıf	31	13.2
Üçüncü sınıf	26	11.1
Dördüncü sınıf	25	10.7
Beşinci sınıf	20	8.5
Altıncı sınıf	26	11.1
Yedinci sınıf	42	17.9
Sekizinci sınıf	36	15.4
<b>Yaş (yıl)</b>		
7	20	8.5
8	30	12.8
9	30	12.8
10	23	9.8
11	22	9.4
12	28	12.0
13	44	18.8
14 ve üzeri	37	15.8
<b>Cinsiyet</b>		
Kız	119	50.9
Erkek	115	49.1
<b>Toplam</b>	<b>234</b>	<b>100.0</b>

Tablo 2. Öğrencilerin ailelerini tanıttıcı özellikler		
Tanıttıcı özellikler	Sayı	%
<b>Anne eğitimi</b>		
Okur yazar değil, okur yazar	45	19.2
İlkokul, ortaokul	148	63.2
Lise	29	12.4
Yüksekokul	11	4.7
Anne yaşamıyor	1	0.4
<b>Anne mesleği</b>		
Ev hanımı	203	86.8
Memur	18	7.7
İşçi	7	3.0
Serbest meslek	4	1.7
Emekli	1	0.4
Anne yaşamıyor	1	0.4
<b>Baba eğitimi</b>		
Okur yazar değil, okur yazar	20	8.5
İlkokul, ortaokul	124	53.0
Lise	66	28.2
Yüksekokul	19	8.1
Baba yaşamıyor	5	2.1
<b>Baba mesleği</b>		
İşi yok	27	11.5
Memur	45	19.2
İşçi	75	32.1
Serbest meslek	55	23.5
Çiftçi	16	6.8
Emekli	11	4.7
Baba yaşamıyor	5	2.1
<b>Sosyal güvence</b>		
Var	199	85.0
Yok	35	15.0
<b>Aile tipi</b>		
Çekirdek	184	78.6
Geniş	44	18.8
Parçalanmış	6	2.6
<b>Ailedeki kişi sayısı</b>		
İki-üç	16	6.8
Dört-beş	162	69.2
Altı-yedi	47	20.1
Sekiz ve üzeri	9	3.8
<b>Yaşadıkları ev</b>		
Kira	81	34.6
Kendilerine ait	151	64.5
Kira vermeden oturan	2	0.9
<b>Toplam</b>	<b>234</b>	<b>100.0</b>

Tablo 3. Öğrencilere göre ailelerinin ekonomik durumu		
Ailenin ekonomik durumu	Sayı	%
Düşük	36	15.4
Orta	163	69.7
Yüksek	35	15.0
<b>Toplam</b>	<b>234</b>	<b>100.0</b>

zayıflık prevalansı ise %7.6 olarak belirlenmiştir (4). Seçginli ve arkadaşlarının İstanbul'da bir ilköğretim okulunda yaptıkları çalışma sonucunda ise, öğrencilerin %4'ünün boyu kısa, %5'inin zayıf, %2'sinin ise şişman olduğu bulunmuştur (10). Bizim çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar söz konusu araştırmaların sonuçları ile benzerdir.

Günümüzde birçok ülkede çocuk ve yetişkinler arasında obezite prevalansının giderek arttığı belirtilmektedir (5,8). Gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmalarda çocuk ve adolesanlarda obezite oranı %20-27 olarak bildirilmektedir (1). Ülkemizde 6-12 yaş grubu çocuklar arasında yapılan bir çalışmada ise şişmanlık prevalansının gelişmiş ülkelerdeki prevalans değerlerine yakın olduğu belirlenmiştir (7). Oysa bizim araştırmamızın sonucunda şişmanlık prevalansı çok daha düşük, zayıflık prevalansı ise daha yüksek düzeyde bulunmuştur. Bu durum malnütrisyonun bizde hala önemini koruyan bir sorun olduğunu göstermektedir.

#### Sonuç ve Öneriler

Öğretmenler İlköğretim Okulu'ndaki öğrencilerin boy ve ağırlık durumlarını belirlemek amacı ile yapılan bu çalışmanın sonucunda; öğrencilerin %5.9'unda boy kısalığı, %5.9'unda zayıflık, %2.2 sinde ise şişmanlık belirlenmiştir.

Bu doğrultuda, öğrencilerin okuldaki beslenme saatlerinde sağlıklı beslenmeleri için öğretmenler tarafından yakından izlenmesi, okulun bağlı olduğu sağlık ocağında çalışan hemşireler ve doktorlar tarafından okuldaki öğretmen, öğrenci ve ailelerin bu yaş grubu çocukların beslenmesi konusunda bilgilendirilmesi, bu yaş grubu çocukların yılda bir kez boy ve ağırlık ölçümlerinin yapılması ve

Tablo 4. Öğrencilerin boy ve ağırlık durumları		
Boy ve ağırlık durumu	Sayı	%
<b>Boy</b>		
Normal	218	93.2
Kısa	14	5.9
Uzun	2	0.9
<b>Ağırlık</b>		
Normal	215	91.9
Zayıf	14	5.9
Şişman	5	2.2
<b>Toplam</b>	<b>234</b>	<b>100.0</b>



boy ve ağırlık artışıyla ilgili sorunu olan öğrencilerin daha yakından izlenmesi önerilmiştir.

**İletişim: Dr. Güngör Güler**

**E-posta:** gguler@cumhuriyet.edu.tr

### Kaynaklar

- 1- Babaoğlu K, Hatun Ş, Çocukluk Çağında Obesite. Sted. 2002;11(1):8-10
- 2- Baş M, Okul Çağı Çocuklarında Beslenme, Çoluk Çocuk, 2001;9:58
- 3- Bülbül S.H, Çocuk Beslenmesinde Demirin Yeri ve Önemi, Sted, 2004;13(12):446-450.
- 4- Koçoğlu G, Özdemir L, Sümer H, ve ark, Prevalence of obesity among 11-14 years old students in Sivas- Turkey. Pakistan Journal of Nutrition, 2003;2(5): 292-5.
- 5- McCarty H.D, Jarrett K.V, Obesity and Overweight in Children-Problems with Definition and Assessment. III. Uluslararası Beslenme ve Diyetetik Kongresi Kitabı, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 2000;105-107.
- 6- WHO.Measuring Change In Nutritional Status, Guidelines for Assessing the Nutritional Impact of Supplementary Feeding Programmes for Vulnerable Groups, Geneva.1983
- 7- Pala K, Aytekin N ve Aytekin H, Aşırı Kiloluluk ve Şişmanlık Prevalansı. Sted, 2003;12(12):448-450
- 8- Pekcan G, Şişmanlığın Tanımı ve Saptanması. III. Uluslararası Beslenme ve Diyetetik Kongresi Kitabı., Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 2000;93- 104.
- 9- Özgür T, Özgür S, Sosyal Pediatri, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir,1994.
- 10- Seçginli S, Erdoğan S ve Demirezen E, Okul Sağlığı Tarama Programı: Bir Pilot Çalışma Örneği, STED, 2004; 13 (12): 462-5.

## Tıp Terimleri İçin Türkçe Karşılık Önerileri



Tıp terimleri için Türkçe karşılık kullanmayı, kullananları yüreklendirmeyi, bu duyarlılığın geliştirilmesi için uyarılarda bulunmayı önemsiyoruz. Duyarlılığımızın geliştirilmesinde stedokur@ttb.org.tr adresini ve dergimizin sayfalarını kullanabiliriz. Bilimsel ve dostça kalın...

Omfalit	Göbek yangısı	Patent	Açık
Ondulan fever	Dalgali ateş	Patognomonik	Tanıtsal
Opak	Bulanık	PDA	Duktus arteriyosus açıklığı
Oral	Ağız, ağızdan	Pectus carinatum	Güvercin göğsü
Orbita	Göz çukuru	Pectus excavatum	Kunduracı göğsü
Oryantasyon	Yönelim	Pediküloz	Bitlenme
Oskültasyon	Dinleme	Pelvis	Leğen
Osteit	Kemik yangısı	Penetran	Delici
Osteoartrit	Kemik-eklem yangısı	Per os	Ağızdan
Osteoid	Kemiksi	Perforasyon	Delinme
Osteoliz	Kemik erimesi	Perfüzyon	Kanlanma
Osteomiyelit	Kemik iliği yangısı	Periferik	Çevresel
Ostomi	Ağızlaştırma	Periferik yayma	Kan yayması
Otonom	Kendi kendine çalışan	Perikardial knock	Perikardiyal vuru
Otoskop	Kulak göreci	Perikardiektomi	Perikard çıkarılması
Output	Debi	Perikardiotomi	Perikardın açılması
Over	Yumurtalık	Perikardit	Kalp zarı yangısı
Pacemaker	Uyarı yapan	Perikardiyal Friksiyon	Perikardiyal sürtünme
Palpitasyon	Çarpıntı	Periodonti	Çocuk diş hekimliği
Papül	Kabartı	Perkütan	Deriden
Paralizi	İnme	Permeabilite	Geçirgenlik
Parapleji	Alt inme	Permeabl	Geçirgen
Parasentez	Periton sıvısı alma	Persistan	Kalıcı
Parazit	Asalak	Pertusis	Boğmaca
Pasif	Edilgen	Pes planus	Düz taban

# Altmış Beş Yaş ve Üzeri Nüfusta Hipertansiyon Prevalansı ve Etkileyen Etmenler

Hypertension Prevalence and Influencing Factors a Population Aged 65 and Over



Dr. Yonca Sönmez\*, Dr. Tezcan Bozkurt\*\*, Dr. Burcu Tanrıku\*\*, Dr. İsmail Keskin\*\*

## Öz

Bu çalışmanın amacı 65 yaş ve üzeri nüfusta hipertansiyon prevalansını ve etkileyen etmenleri saptamaktır.

Araştırma kesitsel tiptedir. Evreni İzmir Nusret Fişek Sağlık Ocağı 2 Nolu ebe bölgesinde yaşayan 65 yaş ve üzerindeki 313 kişidir. Örnek büyüklüğü %70 prevalans, %5 hata, %95 güven aralığı için 159 kişi olarak hesaplanmıştır. Örnek sistematik örnekleme kullanılarak seçilmiştir. Araştırmanın bağımlı değişkeni hipertansiyon prevalansıdır (Ortalama sistolik kan basıncı 140 mmHg ve üzeri ve/ya da ortalama diyastolik kan basıncı 90 mmHg ve üzeri ve/ya da önceden hipertansiyon tanısı almış olanlar). Bağımsız değişkenler yaş, cins, medeni durum, öğrenim, sağlık güvencesi, gelir, sigara içme, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite durumu, süregen hastalık, kolesterol yüksekliği varlığı, aile öyküsü ve beden kütle indeksidir. Katılımcılara yüz yüze görüşmeyle veri toplama formunun uygulanmasından ardından, kan basıncı, boy ve ağırlık ölçümleri yapılmıştır. Verilerin çözümlenmesinde ki-kare, eğitimde ki-kare ve Fisher'in Kesin Testi kullanılmıştır.

Yaşlılarda hipertansiyon prevalansı %69.5 olarak bulunmuştur. Şişmanlarda, ailesinde hipertansiyon öyküsü olanlarda, ek süregen hastalığı ve kolesterol yüksekliği olanlarda hipertansiyon prevalansı anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Hipertansiyon prevalansı yaşla birlikte anlamlı olarak azalmaktaydı.

Çalışma bölgesinde yaşlılarda hipertansiyon prevalansı yüksekti. Bunun yanında hipertansiflerin %58.4'ünün kan basınçları kontrol altında değildi. Yaşlılar arasında hipertansiyonun daha iyi kontrolünü sağlamak için birinci basamak sağlık çalışanları tarafından evlerinde ziyaret edilerek kan basıncı ölçümlerinin yapılması ve risk etmenlerine yönelik bilgilendirilmesi gerekmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Hipertansiyon, yaşlı, prevalans, risk etmenleri.

## Giriş

Yaşam koşulları ve tıptaki gelişmelere paralel olarak bebek ölümlerinin azalması, ortalama yaşam süresinin artması ve doğurganlığın azalması ile tüm dünyada yaşlı nüfus hem sayısal hem de oransal olarak giderek artmaktadır. 2025 yılında dünyadaki sekiz yüz milyon kişinin 65 yaş ve üzerinde olacağı bunların da üçte ikisinin gelişmekte olan ülkelerde yaşayacağı tahmin edilmektedir

## Abstract

The objectives of this study were to determine the prevalence of hypertension and affecting factors of population over 65.

It was a cross-sectional study. The study population consisted of 313 elderly aged 65 and over living in a midwife region of Nusret Fişek Health Centre, İzmir. The sample size was calculated 159 people for prevalence 0.7, standard deviation 0.05, confidence interval 95%. The sample was selected by using systematic sampling. The dependent variable was hypertension prevalence (Mean systolic blood pressure 140 mmHg and/or mean diastolic blood pressure 90 mmHg and/or previously diagnosed hypertension). The independent variables were age, gender, marital status, education, social security, income, smoking, dietary habits, physical activity status, chronic disease, hypercholesterolemia, family history for hypertension and body mass index. The questionnaire was administered to participants with face to face and then their blood pressure, weight, height were measured. Chi-square, chi-square for trend and Fisher Exact Test were used for data analysis.

The prevalence rate of hypertension was 69.5%. The prevalence of hypertension was significantly higher in obese, in having family history, in having additional chronic diseases and hypercholesterolemia. The prevalence of hypertension significantly decreased by aging.

The prevalence of hypertension was high among elderly in study population. Moreover, for 58.4% of the hypertensives, blood pressure levels were not controlled. To achieve a better control of hypertension among elderly, blood pressure should be measured and education should be provided regarding the risk factors by the primary care workers by home visits.

**Key words:** Hypertension, elderly, prevalence, risk factors.

(1). Yaşlı nüfusun artması ile birlikte hipertansiyon gibi kronik hastalıklar giderek daha önemli halk sağlığı sorunlarından olacaktır. Dünya Sağlık Örgütü bir milyar kişinin hipertansif olduğunu ve her yıl 7.1 milyon ölümün hipertansiyona bağlı olduğunu öngörmektedir (2).

Hipertansiyon (HT) prevalansı yaşla birlikte artmaktadır. 60-69 yaş grubunun yarısından

fazlasının, 70 yaş ve üstünün ise dörtte üçünün hipertansif olduğu düşünülmektedir (3). Yaşlılarda yüksek kan basıncı inme, kalp damar hastalıkları ve mortalite için önemli bir risk etmenidir (4,5,6).

Türkiye'de HT prevalansı 18 yaş üzeri erişkin nüfusta %31.8 olmasına karşın 60 yaş üzeri nüfusta %72.2 olarak saptanmıştır (7).

Yaşlılarda HT prevalansının daha yüksek olması sağlık hizmetlerinin daha fazla ve daha uzun süreli kullanımına, bağımlılık ile birlikte sosyal destek gereksiniminde artışa yol açmaktadır. Ancak HT gibi süregelen hastalıkların önlenmesi, başlangıcının geciktirilmesi, yetersizliğin azaltılmasına yönelik müdahalelere öncelik veren politikalarla yaşlıların daha uzun süre bağımsız yaşaması ve uzun süreli bakımın azaltılması sağlanabilir (8).

Bu çalışma yaşlı nüfusun yoğun olarak yaşadığı Nusret Fişek sağlık ocağı bölgesinde, 65 yaş ve üzeri bireylerde HT prevalansını ve etkileyen etmenleri saptamak amacıyla gerçekleştirilmiştir.

#### **Yöntem**

Araştırma kesitsel tipte, evreni Balçova Nusret Fişek Sağlık Ocağı 2 nolu ebe bölgesinde yaşayan 65 yaş ve üzerindeki 313 kişidir. Örnek büyüklüğü %70 prevalans, %5 hata payı ve %95 güven düzeyinde 159 kişi, %10 yedek ile 175 olarak saptanmıştır. Örnek seçimi sistematik örnekleme ile yapılmıştır. Araştırma Mart-Nisan 2006 tarihlerinde gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın bağımlı değişkeni kişide HT varlığıdır. Bağımsız değişkenler ise yaş, cins, medeni durum, eğitim, sağlık güvencesi, gelir durumu, sigara ve beslenme alışkanlığı, haftada en az üç gün 30 dakika süre ile olacak şekilde fiziksel aktivite yapma durumu, süregelen hastalıkları, kolesterol yüksekliği, birinci derece akrabalarda HT varlığı ve beden kütle indeksidir. Beslenme alışkanlığı içinde zeytinyağı, bitkisel ve hayvansal olarak tüketilen yağ tipi, kendi algılarına göre hiç, az, orta ve çok olarak tuz miktarı, var ve yok olarak kırmızı et ile koyu çay/kahve tüketimi sorgulanmıştır. Veri toplama formu yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulmuştur. Görüşme yapılan her bireye araştırmanın amacı aktarılarak sözlü onayları alınmıştır. Kan basıncı ölçümü kalibrasyonları yapılmış aneroid tip sfigmomanometre ile, katılımcıların ölçümden en az 30 dk. öncesine kadar çay, kahve ve sigara içmemiş olmasına dikkat edilerek

yapılmıştır. 10 dakika dinlenmeyi izleyerek, oturur pozisyonda 5 dakika aralarla sol koldan 2 kez ölçüm alınmış, sistolik ve diyastolik değerlerin ortalamaları saptanmıştır. Sistolik kan basıncı (SKB) 140 mmHg ve üzeri ve/ya da diyastolik kan basıncı (DKB) 90 mmHg ve üzeri ve/ya da doktor tarafından HT tanısı almış olanlar hipertansif olarak kabul edilmiştir (3). SKB 140-159 mmHg ve/ya da DKB 90-99 mmHg olanlar evre 1, SKB 160 mmHg ve üzeri ve/ya da DKB 100 mmHg ve üzeri olanlar ise evre 2 olarak gruplanmıştır.

Ağırlık ölçümleri ev tipi baskül ve boy ölçümleri mezura ile yapılmıştır. Beden kütle indeksi (BKİ) ağırlık/boy<sup>2</sup> olarak hesaplanmıştır. BKİ 25 kg/m<sup>2</sup> üzeri olanlar şişman kabul edilmiştir.

Verinin çözümlenmesinde SPSS 11.0 programı, çözümleme yöntemi olarak ki-kare, eğitimde ki-kare ve Fisher'in kesin testi kullanılmıştır. Ortalama değerler standart sapmaları ile birlikte sunulmuştur (22).

#### **Bulgular**

Araştırmanın sonunda 219 kişiye (%80.5) ulaşılmıştır. Ulaşılamama nedenleri ölüm, red, göç ve evde bulamamadır.

Araştırma grubunun yaş ortalaması 72.2±5.3'tür. %39.1'i 65-69 yaş grubunda yer almaktadır. Yaşlıların %55.5'i kadın, %54.7'si evli, %50.0'ı ilköğretim mezunu, %46.9'u SSK'lı, %64.8'inin geliri 500 YTL'nin altındadır.

Beslenme alışkanlıkları incelendiğinde %75.8'inin koyu çay/kahve içmediği, %27.3'ünün kırmızı et tüketmediği, %63.3'ünün zeytinyağı kullandığı ancak %51.0'ının kendi algılarına göre orta ya da çok miktarda tuz tükettiği belirlenmiştir. %14.1'i sigara içmektedir. Araştırmaya katılanların %20.3'ü fiziksel aktivite yapıyor kabul edilmiştir. %66.4'ü beden kütle indeksine göre şişman olarak gruplandırılmıştır. %33.6'sında HT için aile öyküsü, %58.6'sında HT dışında süregelen hastalık saptanmıştır.

Yaşlılarda HT prevalansı %69.5 (89 kişi) olarak bulunmuştur. HT saptanan bireylerin %13.5'i (12 kişi) hipertansif olduğunu bilmemektedir ve kan basıncı ölçümleri sonrasında yeni tanı almıştır. Daha önce HT tanısı olan kişilerin %58.4'ünün kan basıncı ölçümleri yüksek olarak saptanmıştır.

Kan basıncı değerleri yüksek olarak saptananların %70.2'sinin Evre 1'de yer aldığı görülmüştür (3).

Yaşın artışıyla birlikte HT prevalansının



anlamli olarak azaldigi saptanmistir (p=0.028). Kadınlarda HT erkeklere gore daha sik gorulmekle birlikte aradaki fark anlamlı değıldir (p>0.05). Öğrenim durumu, medeni durum, sağıık guvencesi ve gelir durumu ile HT prevalansı arasında anlamlı ilişki olmadigi (p>0.05) gorulmuştur (Tablo 1).

Sigara ve fiziksel aktivite, tuketilen tuz miktarı, kırmızı et ve koyu çay/kahve tuketimi ile HT prevalansı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (Tablo 2). Yaşlıların tamamına yakınının zeytinyağı ve bitkisel yağı kullanması

nedeniyle hayvansal yağı kullanımına ilişkin çözümlenici inceleme yapılamamıştır. Şişmanlarda, birinci derece akrabalarında HT olanlarda, HT dışında süregen hastalık varlığında ve kolesterol yüksekliği belirtenlerde diğer gruplara gore prevalans anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo 3).

### Tartışma

Çalışma sonunda yaşlılarda HT prevalansı %69.5 olarak bulunmuştur. HT prevalansı aynı yaş grubunda yapılan çalışmalarda Sivas'ta %60.9, Mersin'de %63.0, Manisa'da %61.8, Balıkesir'de %43.0, Kayseri'de 30 yaş üstünde gerçekteştirilen çalışmada 60 yaş üstü için %54.0 olarak saptanmıştır (9,10,11,12,13). Bulunan prevalans Sivas, Mersin ve Manisa çalışmalarına benzerdir. Kayseri'deki çalışmada bulunan daha düşük prevalansın nedeni bireylerin sadece kan basıncı ölçümleriyle değerlendirilmesidir. Bu durumda tanısı olan ancak kan basıncı değerleri kontrol altındaki bireyler hipertansif olarak kabul edilmemiştir. Balıkesir'de yapılan çalışmada ise kan basıncı ölçümü yapılmamış kişilerden alınan bilgi ile HT var kabul edilmiştir. Araştırmanın Balıkesir'in köylerinde yapıldigi da göz önüne alınarak tanı almamış hipertansif yaşlılar nedeniyle bu oranın daha yüksek olduğu düşünölebilir.

Yaşlılarda yapılan diğer çalışmalarda prevalans İspanya'da %68.3, İtalya'da %64.8, Amerika Birleşik Devletlerinde %67.0, Bangladeş ve Hindistan'da %65.0, Danimarka'da %35.0 olarak bulunmuştur (14,15,16,17,18). Danimarka'da yapılan çalışma dışında prevalanslar benzerdir. Danimarka'da saptanan düşük prevalans hızının nedeni araştırmanın 55 yaş ve üstü yaş grubunda yapılması ve HT tanısı için eşik değerin 160/95 olarak alınmasıdır.

Yaşlılarda yapılan çalışmalarda tanı almış süregen hastalıklar içinde de HT ilk sırada gelmektedir (19,20,21).

Hipertansiflerin %86.5'i daha önceden tanı almış, durumunun farkındadır. Bu oran birçok çalışmada bulunan orandan yüksektir. HT için farkında olma Mersin'de %59.3, Manisa'da %49.7, Bangladeş ve Hindistan'da %44.7, İspanya'da %65.0, İtalya'da %65.6, ABD'de %77.0 olarak bulunmuştur (10,11,17,14,15,16). Bu da araştırma yapılan bölgede yaşayan yaşlıların tamamına yakınının sağıık guvencesi olması nedeniyle sağıık hizmetlerine kolay ulaşabildiklerini düşöndürmektedir. Bununla

**Tablo 1.** Öğrencilerin ailelerini tanıttıcı özellikler

Özellik	n (128)	Hipertansiyon (%)	p
<b>Yaş</b>			
65-69	50	78.0	0.028*
70-74	34	73.5	
75 ve +	44	56.8	
<b>Cins</b>			
Erkek	57	66.7	0.528
Kadın	71	71.8	
<b>Eğitim durumu</b>			
OY değil/OY	46	67.4	0.846†
İlköğretim	64	71.9	
Lise/Üniversite	18	66.7	
<b>Medeni durum</b>			
Evli	70	64.3	0.157
Evli değil	58	75.9	
Sağıık guvencesi			1.000?
Yok	4	75.9	
Var	124	69.3	
<b>Gelir durumu</b>			
500 YTL'nin altı	83	71.1	0.604
500 YTL ve +	45	63.4	

\* Eğimde ki-kare, † Çok gözlü düzende ki-kare, ?Fisher'in kesin testi

**Tablo 2.** Hipertansiyon prevalansının sigara, spor ve beslenme alışkanlıklarına göre dağılımı

Alışkanlıklar	n (128)	Hipertansiyon (%)	p
<b>Sigara</b>			
İçiyor/bırakmış	34	73.5	0.554
Hiç içmemiş	94	68.1	
<b>Spor</b>			
Yapmıyor	102	71.6	0.321
Yapıyor	26	61.5	
<b>Tuz kullanımı</b>			
Orta+çok	64	68.8	0.848
Hiç+az	64	70.3	
<b>Kırmızı et tuketimi</b>			
Var	93	67.7	0.473
Yok	35	74.3	
<b>Koyu çay/kahve</b>			
Yok	31	71.0	0.842
Var	97	69.1	

\* Eğimde ki-kare, † Çok gözlü düzende ki-kare, ?Fisher'in kesin testi

**Tablo 3.** Hipertansiyon prevalansının diğer bağımsız değişkenlere göre dağılımı

Değişkenler	n (128)	Hipertansiyon	p
<b>Beden kütle indeksi</b>			
Şişman	85	78.8	0.001
Normal	43	51.2	
<b>Ailede HT varlığı (n=91)*</b>			
Var	43	93.0	<0.001
Yok	48	58.3	
<b>Ek süregen hastalık varlığı</b>			
Var	75	78.7	0.008
Yok	53	56.6	
<b>Hiperkolesterolemi (n=93) †</b>			
Var	56	85.7	0.003
Yok	39	58.9	

\* 37 kişi birinci derece akrabalarında HT varlığını bilmemektedir.

† 35 kişi kolesterol yüksekliği olup olmadığını bilmediğini söylemiştir.

birlikte daha önceden tanı almış olan yaşlıların %58.4'ünün kan basıncı değerleri yüksek saptanmıştır.

Yapılan çalışmada HT kadınlarda daha yüksek olmakla birlikte anlamlı fark saptanmamıştır. Kaynaklarda bu bulguyu destekler yayınlar (11,13,17) yanında çoğunlukla kadınlarda anlamlı olarak daha yüksek prevalans görülmektedir (9,10,14,15,18).

Araştırma sonunda HT prevalansının yaşla birlikte anlamlı olarak azaldığı görülmüştür. Bu durum hipertansif kişilerin daha azının ileri yaşlara kadar yaşam şansı bulabildiğini düşündürse de kesin yorum yapmak güçtür. Tersine bir bulgu olarak İtalya'da 75-84 yaş, İspanya ise 70-79 yaş grubunda prevalans daha genç yaş grubuna göre daha yüksektir (15,14). Danimarka çalışmasında da yaşla prevalansın arttığı görülmüştür (18). Bununla birlikte yaşla anlamlı ilişki saptanamayan çalışmalar da bulunmaktadır (9,10,11,17). Medeni durum ile HT prevalansı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Bu bulgu başka çalışmalarla da uyumludur (11,15,18). Mersin ve İspanya'da yapılan çalışmalarda ise evli olmayanlarda prevalans daha yüksek bulunmuştur (10,14).

Kaynaklarda HT prevalansının eğitim, gelir, iş gibi sosyoekonomik göstergelerle ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (7,14,20,21). Oysa yapılan çalışmada HT prevalansının eğitim, sağlık güvencesi ve gelir gibi değişkenlerle ilişkisi gösterilememiştir. Olasılıkla bunun nedeni araştırma bölgesinin sosyoekonomik açıdan gelişmiş ve homojen bir özellik gösteriyor olmasıdır.

Yapılan çalışmada sigara ve beslenme

alışkanlıkları ile HT arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Beslenme alışkanlığının değerlendirilmesinde kişinin geçmişteki davranışına yönelik sorgulama yapılmamış olması özellikle HT tanısı olanlar açısından yan tutmaya neden olmuş olabilir. Kişi hipertansif olduğu için tuzu kısıtlamış ya da kırmızı eti diyetinden çıkarmış olabilir. Bu durumda bir farklılık söz konusuysa bile bunun saptanabilmesi olasılığının ortadan kalktığı düşünülebilir.

Fiziksel aktivite ile HT arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Bununla birlikte fiziksel aktivite alışkanlığı yaşlılar arasında çok düşük, beden kütle indeksi büyük çoğunluğunda yüksek bulunmuştur. Şişmanlarda HT prevalansı diğer gruba göre anlamlı olarak daha yüksektir. Yapılan birçok çalışmada da beden kütle indeksi yüksek olanlarda HT prevalansı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (10,11,14,15).

Kolesterol yüksekliği olanlarda hipertansiyon prevalansı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. İspanya ve İtalya'da yapılan çalışmalarda da benzer sonuca rastlanmıştır (14,15). Başka bir süregen hastalık varlığı ile ailede HT tanısı almış birey olması da HT prevalansını anlamlı olarak artırmaktaydı.

Sonuç olarak HT prevalansının yüksek olduğu ve yaşlılar için öncelikli bir halk sağlığı sorunu olduğu görülmüştür. Araştırma bölgesinde HT tanısı koyma açısından sıkıntı olmamasına karşın tanı alanların önemli bölümünün kan basıncının normal değerler içinde tutulmadığı görülmüştür. Özellikle yaşlı nüfusun yoğun olduğu bölgelerde sağlık ocaklarının bölgelerindeki yaşlılara yönelik olarak planlanmış sağlık hizmeti sunmaları önemlidir. Yaşlıya yönelik sağlık hizmetinin önemli bir parçası olan izlemler yaşlıların yaşadıkları yerde sunulmalı, aile öyküsü gibi risk etmeni olanlar için daha sık olmalı ve kan basıncı ölçümü yanında sağlıklı yaşam alışkanlıkları kazandırmaya yönelik eğitimi de içermelidir. Sağlıklı yaşam alışkanlığı kazandırılmasının HT'nin hem önlenmesinde hem de tanı almış olanlarda kan basıncının kontrolünde önemi büyüktür. Araştırmanın sonunda şişmanlığın yaşlılarda çok sık görüldüğü ve HT prevalansını artıran bir etmen olduğu saptanmıştır. Şişmanlığın azaltılabilmesi için fiziksel aktiviteyi artırmak, sağlıklı beslenme alışkanlıkları sağlamak önemlidir. Bu konuda sadece sağlık kurumlarına değil merkezsel ve yerel

yönetimlere, medyaya da görev düşmektedir. Yaşlılar için yürüyüş alanların sağlanması, yazılı ve görsel basında konunun önemini anlatan yayınların yapılması önemlidir.

**İletişim: Dr. Yonca Sönmez**

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

### Kaynaklar

- 1- WHO. World Health Report 1998. Life in the 21st century: A vision for all. Geneva. World Health Organization 1998. Erişim Adresi: [http://www.who.int/whr/1998/en/whr98\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/1998/en/whr98_en.pdf), Erişim Tarihi: 07.03.2006.
- 2- World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva. World Health Organization 2002. Erişim Adresi: [http://www.who.int/whr/2002/en/whr02\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf), Erişim Tarihi: 07.03.2006
- 3- JNC VII Complete Version. National High Blood Pressure Education Program. Seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. Hypertension 2003;42:1206-52.
- 4- World Health Organization, International Society of Hypertension Writing Group. 2003 World Health Organization (WHO)/ International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. Journal of Hypertension 2003;21:1983-92.
- 5- Bennet N. Hypertension in the elderly. Lancet 1994; 344: 447-9.
- 6- McGowan MP, McGowan-Chopra J. The Hypertension Sourcebook. Mc Graw-Hill Professional Publishers. 2001; 235-8.
- 7- Altun B, Arıcı M, Nergizoğlu G, Derici Ü, Karatan O, Turgan Ç et al. Prevalance, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the patenT study) in 2003. Journal of Hypertension 2005;23:1817-23.
- 8- Uçku R. Yaşlılık ve Sağlık. Nalçacı E, Hamzaoğlu O, Özalp E(ed) Eleştirel Sağlık Sosyolojisi Sözlüğü içinde. İstanbul, 2006: 472-83.
- 9- Özdemir L, Koçoğlu G, Sümer H, Nur N, Polat H, Aker A ve ark. Sivas il merkezinde yaşlı nüfusta bazı kronik hastalıkların prevalansı ve risk faktörleri. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2005;27:89-94.
- 10- Şaşmaz C. T, Buğdaycı R, Tezcan H, Kurt A. Ö. Mersin ilinde 65 yaş ve üzerinde hipertansiyon, farkında olma, tedavi alma ve kontrol durumu: 14 sağlık ocağı bölgesinde 1143 kişiyi kapsayan bir prevalans çalışması. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi 2002, Diyarbakır. Erişim Adresi: <http://www.dicle.edu.tr/~halks/m131.htm>, Erişim Tarihi: 06.03.2006.
- 11- Altıparmak S, Karadeniz G, Altıparmak O, Ataseven M, Şahin R. Yaşlılarda Hipertansiyon prevalansı: Manisa Örneği. Türk Geriatri Dergisi 2006;9(4):197-201.
- 12- Özkan H, Yalvarmış F, Güler M, Çalışkan T, Türker S, Sunay F. B. Yaşlı nüfusun Sosyodemografik Özellikleri:Pamukçu Kasabası, Balıkesir. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2006;15(11):199-201.
- 13- Taşçı S, Öztürk A, Öztürk Y. Hisarcık Ahmet Karamancı Sağlık Ocağı Kiranardı Bölgesi'nde 30 yaş üstü nüfusta hipertansiyon prevalansı ve etkileyen faktörler. Sağlık Bilimleri Dergisi 2005;14:59-65.
- 14- Banegas JR, Rodriguez-Artalejo F, Ruilope LM, Graciani A, Luque M, Cruz-Troca J et al. Hypertension magnitude and management in the elderly population of Spain. Journal of Hypertension 2002;20:2157-64.
- 15- Prencipe M, Casini A.R, Santini M, Ferretti C, Scaldaferrri N, Culasso F. Prevalance, awareness, treatment and control of htpertension in the elderly:results from a population survey. Journal of Human Hypertension 2000;14:825-30
- 16- Ostchega Y, Dillon C. F, Hughes J. P, Carroll M, Yoon S. Trends in Hypertension Prevalence, Awareness, Treatment, and Control in older U.S. Adults: Data from the National Health and Nutrition Examination Survey 1998 to 2004. Journal of the American Geriatrics Society 2007;55:1056-65.
- 17- Hypertension Study Group. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension among the elderly in Bangladesh and India: a multicentre study. Bull World Health Organ 2001;79:490-500.
- 18- Van Rossum C. T. M, Van de Mheen H, Witteman J. C. M, Hofman a, Mackenbach J. P, Grobbee D. E. Prevalance,treatment, and control of hypertension by sociodemograohic factors among the dutch elderly. Hypertension 2000;35:814-21.
- 19- Gülbayrak C, Açık Y, Oğuzöncül F. A, Devenci E. S, Ozan T. A. Yenimahalle Eğitim Araştırma Sağlık Ocağına başvuran yaşlılardaki kronik hastalıkların sıklığı ve maliyeti. Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi 2003;35:7-12.
- 20- Diker J. Körfez 6 No'lu Sağlık Ocağı ile Yüzbaşılar Sağlık Ocağı Bölgeleri'nde 65 yaş üzerindeki kişilerde kronik hastalıklar ve ilaç kullanımı. Geriatri 2000;3:91-7.
- 21- Bilir N, Aslan D, Güngör N ve ark. Ankara'da Altındağ Sağlık Ocağı Bölgesi'ne bağlı Sakarya Mahallesi'nde yaşayan 65 yaş üzeri kişilerin bazı sağlık ve sosyal durumlarının saptanması. Geriatri 2002; 5:97-102.
- 22- Regidor E, Gutierrez-Fisac J,Banegas J. R, Dominguez V,Rodriguez-Artalejo F. Association of adult socioeconomic position with hypertension in older people. J Epidemiol Community Health 2006;60:74-80.
- 23- Sabri S, Bener A, Eapen V, Abu Zeid M.S.O, Al-Mazrouei A. M., Singh J. Some risk factors for hypertension in the United Arab Emirates. Eastern Mediterranean Health Journal 2004; 610-9.
24. Aksakoğlu G. Sağlıkta Araştırma ve Çözümleme. İkinci yazım. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Yayınları; 2006.



# Yanlış Gluteal Enjeksiyona Bağlı Derin Ven Trombozu: Olgu Sunumu

Deep Venous Thrombosis Caused by Wrong Intramuscular Injection to Gluteal  
Zone: a case Report



*Dr. Murat Orak\**, *Dr. Mehmet Üstündağ\*\**, *Dr. Mustafa Burak Sayhan\*\**,  
*Dr. Emin Uysal\*\**, *Dr. Yusuf Ali Altıncı\*\**

## Öz

Derin ven trombozu (DVT) bir ekstremitenin venlerini aniden tıkanan ve nekroza kadar ilerleyebilen akut venöz trombozudur. DVT gelişimi mortalite ve morbidite üzerine direkt etkili olduğundan özellikle yaşlı hastalarda, prognozu etkileyen en önemli etmenlerden biri olarak değerlendirilmektedir. DVT'nin risk faktörleri 1842'de Virchow tarafından staz, ven duvarında hasar, hiperkoagülabiliteden oluşan bir triad olarak tanımlanmıştır. DVT kuşkusu olan olgularda yapılan venografik ve doppler USG karşılaştırmalı çalışmalarda doppler USG' in üstünlüğü kanıtlanmıştır.

DVT yaşam kalitesini olumsuz etkilediği gibi tedavisinde ciddi sağlık harcamalarına neden olur. Özellikle yaşlı hastalarda, prognozu etkileyen en önemli faktörlerden biri olarak değerlendirilmektedir. Biz bu çalışmamızda, DVT olgusunu literatür ışığında tartışmayı amaçladık. Bireylerin sağlık konusunda etkili bir biçimde bilgilendirilmesi gerektiğini ve hastalara gereken tıbbi müdahalelerin ehli olmayan kişiler tarafından yapılması durumunda üzücü sonuçlara neden olabileceğini vurgulamak istedik.

**Anahtar sözcükler:** Derin ven trombozu, yanlış gluteal enjeksiyon.

## Giriş

Derin ven trombozu (DVT) bir ekstremitenin venlerini aniden tıkanan ve nekroza kadar ilerleyebilen akut venöz trombozudur. DVT klinik bulgu vermeyen baldır ven trombozundan ekstremitenin kaybına kadar ilerleyebilen geniş bir klinik yelpaze oluşturur (1). DVT gelişimi mortalite ve morbidite üzerine direkt etkili olduğundan özellikle yaşlı hastalarda prognozu etkileyen en önemli etmenlerden biri olarak değerlendirilmektedir (2).

Literatürde derin ven trombozu insidansı yüzde 0.016, pulmoner emboli insidansı ise yüzde 0.006 olarak bildirilmiştir (3). Enjeksiyon sonrası DVT gelişmesi oldukça ender olarak

## Abstract

Deep venous thrombosis (DVT) is an acute venous thrombosis which suddenly clogs the veins of an extremity and can lead to necrosis. Since DVT directly affects mortality and morbidity, it is regarded as one of the most important prognostic factors, especially in the elderly. The risk factors of DVT were defined in 1842 by Virchow as the triad of stasis, vessel wall injury and hypercoagulability. In the comparative studies conducted in cases with DVT, Doppler USG has been found to be superior to venography. Besides affecting the quality of life negatively, DVT also causes significant health expenditures. Especially in the elderly, it is considered to be one of the most important factors which affect mortality. In this study, we aimed to evaluate a DVT case in the light of the literature. We wanted to emphasize that individuals need to be thoroughly informed about their health and that sad outcomes may occur when medical interventions are performed by unauthorised persons.

**Key words:** Deep venous thrombosis, incorrect gluteal injection.

rastlanılan bir durumdur. Biz bu çalışmamızda DVT olgusunu literatür ışığında tartışmayı amaçladık.

## Olgu

73 yaşında bayan hasta ondört gün önce yaygın kas ağrısı şikayeti ile özel bir kliniğe gitmiş. Hastaya intramusküler uygulanmak üzere ağrı kesici ve kas gevşetici reçete edilmiş. Bu ilaçlar evde sağlık personeli olmayan bir kişi tarafından sol uyluk posterior üst median hatta intramusküler uygulanmış. Hastanın son üç gün içinde önce sol bacağına ağrı, morarma ve daha sonra şişlik yakınmaları olmaya başlamış. Bu şikayetlerle sınıklıya (halk arasında hastalıkları tedavi eden kişi) giden hastanın sol bacağına jilet ile çok sayıda yüzeysel kesiler yapılmış. Hasta, sol alt ekstremitesindeki şişliğin ve ağrının artması

\*Yrd. Doç.; Dicle Ü. Tıp Fak. Acil Tıp AD, Diyarbakır

\*\*Arş. Gör.; Dicle Ü. Tıp Fak. Acil Tıp AD, Diyarbakır

üzerine acil servisimize başvurdu. Öyküsünden on yıldır diyabet hastalığının olduğu ve ağızdan antidiyabetik kullandığı öğrenildi.

Hastanın fizik incelemesinde genel durumu orta, şuuru açıktı. Aksiller ölçümle ateş: 37,1°C, nabız: 92/dakika, arter kan basıncı: 140 /85 mmHg idi. Kalp sesleri disritmik, ek ses ve üfürüm yoktu. Sol uyluk posterior üst median hatta yaklaşık 2x2x2 cm'lik kızarıklık ve enjeksiyon giriş izi bulunmaktaydı (**Resim 1**). Sol alt ekstremitte diz altında çok sayıda jilet kesileri, hafif kızarıklık ve sol uyluk bölgesine kadar uzanan ödem bulunmaktaydı (**Resim 2**). Ekstremiteler arasında ısı farkı yoktu. Sol alt ekstremitte femoral ve popliteal nabızlar alınıyordu. Arteria tibialis anterior, arteria tibialis posterior ile arteria dorsalis pedis nabızlar alınamıyordu. Ancak manüel doppler ile nabızlar alındı. Sol alt ekstremitte homans testi pozitif saptandı.

Laboratuvar değerlerinde; WBC 31,7 K/UL, pH 7.345, pCO<sub>2</sub> 35,8 mmHg, pO<sub>2</sub> 71 mmHg, sO<sub>2</sub> %87, Glukoz 675 mg/dl, Üre 118g/dl, kreatinin 1.81 mg/dl, LDH 2249 U/L, PTZ: 17.5, INR.1.49, D-dimer: 2.4, sedimentasyon 47 mm/saat. Tam idrar tetkikinde; lökosit (-), protein (-), glukoz 1 000, keton (-) idi.

**EKG:** Düşük ventrikül yanıtı atrial fibrilasyon bulunmakta.

#### **Sol alt ekstremitte venöz ve arteriyel renkli doppler ultrasonografide (RDUSG):**

Sol alt ekstremitte ana femoral ven ve dallarında yaygın trombüs, sol alt ekstremitte yumuşak dokularda yaygın ödem, sol alt ekstremitte ana femoral arter ve dalları açık olup, spektrumları doğal izlendi.



**Resim 1.** Hiperemi ve enjeksiyon giriş izi

Hastada ön tanı olarak DVT düşünüldü. Sol alt ekstremitteye elavasyon uygulandı. Damar yolu açıldı. İntravenöz sıvı replasmanı, on ünite kristalize insülin, 0,6 cc subkutan enoksiparin yapıldı. Tetanoz ve antibiyotik profilaksisi uygulandı. İnsizyon yerlerine günlük pansuman yapıldı. Beşinci günden itibaren ağızdan antikoagülan tedavisi sürdürüldü. Kalp damar cerrahisi konsültasyonu istendi. Hasta, acil kliniğinde on gün süreyle izlendi. Tüm klinik bulgular ve laboratuvar değerleri düzelenek şifa ile taburcu edildi. Hastanın taburcu sonrası izlemlerinde herhangi bir patolojiye rastlanılmadı.

#### **Tartışma**

Venler, genişleme kapasitesi yüksek olan damarlardır. Çünkü venlerin duvarları, arter duvarına göre daha az elastik doku ve düz kas içerir. Ven duvarı hasarında; subendotelyal yapılar kanın pıhtılaşma elementlerine daha çok maruz kalır ve tromboz oluşabilir. DVT'nin risk faktörleri 1842'de Virchow tarafından staz, ven duvarında hasar, hiperkoagülabiliteden oluşan bir triad olarak tanımlanmıştır. Bu triadın elemanlarından birine ya da daha fazlasına sahip kişilerde DVT gelişme riski oldukça yüksektir (3). DVT için risk faktörleri; malignite, immobilitate, yeni geçirilmiş operasyon (özellikle alt ekstremitte ortopedik operasyonları), protein C, protein S, antitrombin III proteinlerinin genetik eksikliği, oral kontraseptif ajan kullanımı, postpartum dönem, diyabet ve çok ender görülmekle birlikte intramüsküler enjeksiyonun uygunsuz lokalizasyona uygulanmasıdır (4). Yaşlı olgularda; kronik ve yatağa bağlayıcı hastalıkların artması ve fizyolojik olarak soleus ve gastrokinemius adalelerinin zayıflaması, venöz kanın pompalanma kuvvetini azaltmakta ve tromboz riskini artırmaktadır (5). Olgumuzda DVT için bilinen risk etmenlerinden yakın zamanda geçirilen operasyon, malignite, uzun süreli yatağa bağlı kalma öyküsü bulunmamaktadır. Bizim olgumuz yetmiş üç yaşında, on yılı aşkın süredir diyabet hastalığı olan ve evde sağlık personeli olmayan bir kişi tarafından sol uyluk posterior üst median hatta enjeksiyon yapılmış yaşlı bir hasta olmasına karşın uygunsuz bölgeye yapılan enjeksiyonun derin ven trombozuna neden olduğu kesin olarak söylenemez. Bu nedenle yüksek riskli sayılan



**Resim 2.** Sol alt ekstremitte diz altında multipl insizyon, hafif hiperemi ve yaygın ödem

bu grup olgularda da erken tanı ve uygun tedavinin öneminin kavranmasının yararlı olacağı kanısındayız.

Fizik incelemesinde tromboze olmuş damar kordon gibi ele gelebilir ya da dorsifleksiyon ile ağrı artabilir. Bu bulguya *Homans* belirtisi denir. DVT'de *homans* belirtisi pozitif ya da negatif olabilir (6). Bizim olgumuzda *Homans* testi pozitif idi. DVT' de venöz basınç normalin 2-5 misli artmıştır. Bu nedenle baldır ve bilekte çap artışı vardır. Baldırın en kalın ve ayak bileğinin en ince yerlerinin çevresi ölçülerek diğer ekstremitte ile karşılaştırılabilir. Bu venler boyunca basınç hassasiyeti ve ağrı çoğu kez bacadaki ödemden önce çıkar. Ödem çoğu kez diz seviyesinin üstüne kadar çıkar. Şişliğin miktarı trombüsün yayılmasına ve gelişen koruyucu kollateral dolaşıma bağlıdır. Bunun yanında motor ve duyu kusurları da tabloya eklenebilir. Hastalarda izah edilemeyen ateş yükselmesi ve nabız artışı olabilir (6). Bizim olgumuzda sol uyluğa kadar uzanan ödem bulunmakta idi ve ağrı ödemden daha önce başlamıştı. Hastamızın fizik incelemesinde; duyu, motor kaybı, hipertermi ve taşikardi görülmedi.

DVT tanısının erken konulması ve tedavinin doğru bir biçimde uygulanmasının mortalite ve morbiditeyi azaltacağı açıktır. Tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi, hastaların tam olarak tedavi ve izlemlerinde büyük kolaylık sağlamıştır (7). Amerika'da yılda iki milyon kişide DVT saptanmakta ve bunlardan 600.000'inde pulmoner emboli gelişmektedir. Bu veriler de konunun önemini vurgulamaktadır (1).

Tedavi edilmeyen baldır bölgelerindeki tromboz %20 oranında popliteal vene ilerleyebilir ve popliteal vene ilerleme gösteren olgularda pulmoner tromboemboli (PTE) gelişme riski %40 ile %50 arasındadır. Femoral ven trombozu, birçok durumda baldır ven trombozu ile birlikte bulunursa da, femoral venlerin sınırlandırılmış trombozları da oldukça sık görülür (8). Bizim olgumuzda trombüs sol femoral ven ve dallarında sınırlandırılmış idi. Hastanın klinik izleminde PTE gelişmedi.

DVT kuşkusu olan olgularda yapılan venografik ve doppler USG karşılaştırmalı çalışmalarda doppler USG' in üstünlüğü kanıtlanmıştır (9). Doppler USG, trombüsleri ekarte edebilmek için derin venler üzerine basınç oluşturmaya dayalı bir yöntemdir, içinde trombüs olan venler sıkıştırılmaz. Ancak doppler USG' nin dezavantajı tetkiki yapan kişinin deneyimine ve baldır venlerini genişletmek için hastaya verilen pozisyonlardaki varyasyonlara bağlı olmasıdır. Doppler USG' de venöz reflünün 0,5 saniyeden fazla olması anormal olarak kabul edilir. Semptomatik hastaların yalnızca %25'inde trombüs vardır (10). Bu nedenle, DVT'nin ekarte edilmesi için klinik risk değerlendirilmesi ve d-dimer ölçümü yapılır. Sedimentasyon çoğu kez hafif yükselmiş olabilir (11). Bizim olgumuzda sedimentasyonla birlikte d- dimer artmıştı ve trombüs sol femoral vende saptandı.

Tedavide ilk adım bacak elevasyonu ve yatak istirahatıdır. Ülsürlere lokal yara bakımı yapılır (12). Tedavinin temeli sistemik antikoagülasyondur. Bu amaçla hastaya intravenöz heparin başlanır ve hasta heparin alırken warfarin başlanır. Yaklaşık 3-5 gün sonra heparin kesilir ve warfarine en az 3-6 ay sürdürülür. Düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH) de i.v heparin kadar etkilidir. Özellikle riskli hastaların profilaksisi de önemlidir (13). Geriyatrik yaş grubunda en büyük sorunlardan biri de heparin tedavisine bağlı gelişebilen kanamalardır. DMAH kullanılması oluşabilecek kanama riskini azaltmaktadır (14). Bizim hastamıza sol bacak elevasyonu, DMAH, günlük yara pansumanı, parenteral antibiyotik tedavisi verildi ve beşinci günden itibaren oral antikoagülan tedavisi sürdürüldü.

Sonuç olarak; DVT yaşam kalitesini olumsuz etkilediği gibi tedavisinde ciddi sağlık harcamalarına neden olur. Özellikle yaşlı

hastalarda, prognozu etkileyen en önemli etmenlerden biri olarak değerlendirilmektedir.

Biz bu çalışmamızda, bireylerin sağlık konusunda etkili bir biçimde bilgilendirilmesi gerektiğini ve hastalara gereken tıbbi müdahalelerin ehli olmayan kişiler tarafından yapılması durumunda üzücü sonuçlara neden olabileceğini vurgulamak istedik.

**İletişim: Dr. Murat Orak**

**E-posta:** drm.orak@dicle.edu.tr

### Kaynaklar

- 1- Heijboer H, Büller HR, Lensing AWA, Turpie AGG, Colly LP, ten Cate JW: A comparison of real-time compression ultrasonography with impedance plethysmography for the diagnosis of deep-vein thrombosis in symptomatic outpatients. *N Engl J Med* 1993; 329: 1365-9.
- 2- Hull RD, Hirs J, Carter CJ, Jay RM, Ockelford PA, Buller HR, Turpie AGG, Powers P, Kinch D, Dodd PE, Gill GJ, Leclere JR, Gent M: Diagnostic efficacy of impedance plethysmography for clinically suspected deep vein thrombosis: a randomized trial. *Ann Intern Med.* 1985; 102: 21-28
- 3- Dallen JE, Alpert JS. Natural history of pulmonary embolism. *Prog Cardiovasc Dis* 1975; 17: 259-270.
- 4- Alikhan R, Cohen AT, Combe S, et al. Risk factors for venous thromboembolism in hospitalized patients with acute medical illness: analysis of the MEDENOX Study. *Arch Intern Med* 2004; 164: 9638.
- 5- Hume M, Sevitt S, Thomas DP: Mechanism of venous thromboembolism. In: Hume M, Sevitt S, Thomas DP. *Venous Thrombosis and Pulmonary Embolism.* Cambridge. Mass: Harvard University Press; 1970: 85-114
- 6- Gottlieb RH. Venöz Hastalık. In Crawford MH, DiMarco JP (Eds) *Kardiyoloji 1st ed.* And Danışmanlık, Eğitim, Yayıncılık ve Organizasyon Ltd. Sti., 2003, pp: 1.14.1-1.14.10
- 7- Gallus AS, Hirsh J: Treatment of venous thromboembolic disease. *Semin Thromb Hemost.* 1976; 2: 291-331.
- 8- Joseph J, Piotrowski J, Jeffrey Alexander, Christopher P, Brandt, Christopher RM, Joel PY, David Jacobs: Is deep vein thrombosis surveillance warranted in high-risk trauma patients? *The American Journal of Surgery,* 1996 August Volume 172. s 242-246.
- 9- Ünlü, Y., Becit, N., Veliöğlu, Y., Ceviz, M., Koçak, H. Derin ven trombozu: 485 olgunun değerlendirilmesi. *Fleboloji Dergisi* 2002; 4: 7-15.
- 10- Cogo A, Lensing AW, Koopman MM, et al. Compression ultrasonography for diagnostic management of patients with clinically suspected deep vein thrombosis: prospective cohort study. *BMJ* 1998; 316: 1720.
- 11- Hirsh J and Lee AYY. How we diagnose and treat deep vein thrombosis. *Blood* 2002; 99: 3102-10.
- 12- Yaycıoğlu A, Arıbal D, Tatlıcıoğlu E. Cerrahi Damar Hastalıkları. *Türkiye Klinikleri Yayınevi.* 1978; 364-82.
- 13- Uğurlu, B., Oto, Ö., Kazaz, H., Dicle, O., Açık, Ü., Hazan, E. Derin ven trombozu tedavisinde sistemik trombolitik tedavi. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi* 1999; 7: 247-250.
- 14- Kakkar v, Howe GT, Flane C, Clarke MB: Natural history of postoperative deep vein thrombosis. *Lancet.* 1969; 2: 23(1-232).

## STED Okuyucu Danışma Kurulu'nda yer almak ister misiniz?

Lütfen bize Dergi ile ilgili değerlendirmelerinizi yazınız. Bundan sonraki sayılar sizin de katkınızla oluşsun. Sizden gelecek her türlü katkı, öneri ve eleştiri bizim için çok önemli... İletişim kolaylığı için açık adresinizi, telefon numaralarınızı ve varsa elektronik posta adresinizi eklemeyi unutmayınız.



	STED'den	I		ilaç	X
	STED Yazarlarına Bilgi	II		"Yaşlılıkta Akılcı İlaç Kullanım" Dr. Alper B. İskit	
	31 Mayıs 2007 ve Anlamı Sigarasız Çevre Smoke-free environment	IV		Okuduklarımızdan	XI
	Dr. Nazmi Bilir, Dr. Dilek Aslan,			İletişim	XI
	Türkiye'nin Sağlıkını Okumak	VI		Mesleki Beceri	XII
	Dr. Onur Hamzaoğlu			"Radial Arterden Nabız Bakma ve Kan Basıncı Ölçme Becerisi" Dr. Orhan Odabaşı, Dr. Melih Elçin	
	Dergilerden	VII		TTB-STE Kredi Puanı ve Kitap Kazananlar	XIV
	Kadın ve Sağlık	VIII		Ödüllü Bulmaca	XV
	"Toplumsal Cinsiyet Temelli Şiddet" Dr. Şevkat Bahar Özvarış				

## STED Yazarlarına Bilgi



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

### Dergide yayımlanacak makalelerin aşağıda belirtilen özellikleri taşıması gerekmektedir:

- Yazılar daha önce başka yerde yayımlanmamış olmalıdır.
- Konuların 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, ancak yeterince bilgi verici ve ilgi çekici olmalıdır.
- **Yazarlar:** Her yazarın en üst akademik derecesi, çalıştığı kuruluş ve iletişim bilgileri ile adı, ikinci adı varsa baş harfi ve soyadı belirtilmelidir. Yazar olarak gösterilen herkes yazırlığa hak kazanmış olmalıdır. (Bkz, STED Temmuz 2004 ya da [www.ttb.org.tr/STED/sted\\_yazar.pdf](http://www.ttb.org.tr/STED/sted_yazar.pdf))

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Tipik dergi makalesi**

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

ya da

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

**Kitap**

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

**Kitap bölümü**

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

**Web Sitesi**

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

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

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

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

**10. Şekiller ve Fotoğraflar**

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

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

**Yazılarda Uygulanacak Biçimsel Özellikler Kılavuzu**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Metinlerin Gönderilmesi**

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

Yazılar; "STED, TTB, GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sok. No:2 Kat:4 Maltepe 06570 Ankara" adresine postayla ya da [sted@ttb.org.tr](mailto:sted@ttb.org.tr) adresine e-posta ile gönderilebilir. Yayımlanması uygun görülen yazılarda, belirlenen eksikliklerle ilgili düzeltme ve düzenlemeler Yayın Kurulu'nca yapılabilir. Yayımlanmayan yazılar geri gönderilmez. Klinik ve toplumsal araştırma çalışmalarında yerel etik kurul onayı alınmış olmalıdır. Etik kurulun bulunmadığı yerler için [sted@ttb.org.tr](mailto:sted@ttb.org.tr) e-posta adresinden bilgi istenebilir.

**Ayrıntılar için:** [http://www.ttb.org.tr/STED/sted\\_yazar.pdf](http://www.ttb.org.tr/STED/sted_yazar.pdf)

# 31 Mayıs 2007 ve Anlamı

## Sigarasız Çevre (Smoke-free Environment)



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

Dünya Sağlık Örgütü bu yıl 31 Mayıs "Dünya Sigara İçmeme Günü"nü'nün temasını "Sigarasız Çevre" (Smoke-free Environment) olarak belirledi.

Sigara kullanımının sağlık üzerindeki olumsuz etkileri ortaya konduktan sonra bu salgının kontrol edilebilmesi amacı ile çeşitli programlar uygulanmıştır. Bunlardan önemli bir tanesi de 31 Mayıs "Dünya Sigara İçmeme Günü"dür. Dünya Sağlık Örgütü ilk kez 1970 yılında sigaranın insan sağlığı için tehlikeli olduğunu ifade etti. On yıl sonra 1980 yılında da "Sigara ya da Sağlık; siz sağlığı seçin" (Smoking OR Health; choose health) sloganı

ile bu konudaki kararlılığını pekiştirdi. Dünya Sağlık Örgütü yıl boyunca değişik günlerde sağlık konularını toplumların gündemine taşıyabilmek amacı ile programlar yapmaktadır. Bu çerçevede 1988 yılındaki DSÖ genel kurulunda kabul edilen bir karar ile 31 Mayıs günü "Dünya Sigara İçmeme Günü" (World No-Tobacco Day) olarak belirlenmiştir. Her yıl 31 Mayıs günü için bir tema belirlenir ve yıl boyunca bu tema çerçevesinde etkinlikler yapılması beklenir. Dünya Sigara İçmeme Günü için 1988 yılından bu güne kadar belirlenmiş olan temalar aşağıda görülmektedir:

1988	Sigara ya da Sağlık: Siz Sağlığı Seçin Tobacco or Health: Choose Health
1989	Kadın ve Tütün Women and Tobacco
1990	Tütünsüz Bir Çocukluk ve Gençlik Childhood and Youth Without Tobacco; Growing up Without Tobacco
1991	Topluma Açık Alanlar ve Toplu Taşıma Araçları Tütünsüz Daha Güzel Public Places and Transport: better be tobacco free
1992	Tütünsüz İşyerleri: Daha Güvenli ve Daha Sağlıklı Tobacco-free Workplaces: safer and healthier
1993	Sağlık Hizmetleri: Tütünsüz Bir Dünyaya Açılan Pencerelerimiz Health services: our window to a tobacco free world
1994	Tütün Karşıtı Medya The Media Against Tobacco: getting the health message across
1995	Tütün Ekonomisi; Tütün Düşündüğünüzden Daha Maliyetlidir The Economics of tobacco; Tobacco costs more than you think
1996	Tütünsüz Spor ve Sanat Sports and The Art Without Tobacco; play it tobacco free
1997	Tütünsüz Bir Dünya İçin Birlikte Hareket Edelim United for a Tobacco-Free World
1998	Tütünsüz Büyüme Growing up Without Tobacco
1999	Tütün Bırakılabilir Cessation: Leave the Pack Behind
2000	Tütünsüz Eğlence Sektörü The Entertainment Industry Without Tobacco
2001	Sigara Dumanından Pasif Etkilenim Öldürür Secondhand Smoke Kills. Let's Clear the Air
2002	Tütünsüz Spor Tobacco Free Sports: Play it Clean
2003	Tütünsüz Sinema, Tütünsüz Moda Tobacco-Free Film, Tobacco-Free Fashion
2004	Tütün Mücadelesi ve Yoksulluk Tobacco Control and Poverty
2005	Tütün Mücadelesinde Sağlık Profesyonellerinin Rolü Role of Health Professionals in Tobacco Control
2006	Tütün Her Formda Öldürür Tobacco is harmful in every form or disguise
2007	Sigarasız Çevre Smoke-free environment

\*Prof.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Ankara, Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi (SSUK) Üyesi

\*\*Doç.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Ankara, (SSUK) Üyesi

## İç Ortam Kirliliği

Bu yıl dünya sigara içmeme günlerinin yirminci yılıdır. Geçtiğimiz 20 yıllık süre incelendiğinde Dünya Sağlık Örgütü'nün her yıl değişik konularda belirlediği temalarla sigara mücadelesi konusunda çaba gösterdiği görülmektedir. Bu yılın teması olan sigarasız çevre konusu hem genel çevre hem de iç ortam hava kalitesi olarak değerlendirilebilir. Son yılların önemli konuları arasında yer alan iç ortam hava kalitesi konusu, sigara kullanımı ile yakından ilişkilidir. Sigara dumanı içinde bulunan çeşitli kimyasallar ve partiküller iç ortam hava kalitesini bozmaktadır. Sigara dumanı bulunan ortamda bulunan kişilerin kanında karbon monoksit ve idrarında kotinin düzeyi yüksek bulunmaktadır. Kendileri sigara içmediği halde sigara dumanından pasif olarak etkilenen kişilerde de akciğer kanseri, koroner kalp hastalığı ve beyin damar hastalıklarının yüksek olduğu çalışmalarla ortaya konmuştur. Bu nedenle sigara dumanından pasif etkilenimin önüne geçilmesi gerekir. Bu yönden bebekler ve çocuklar özel olarak korunmalıdır. Zira sigara içilen evlerde büyüyen bebekler ve çocuklarda solunum sistemi hastalıkları, orta kulak iltihabı gibi sağlık sorunları daha fazla görülmektedir.

## Genel Çevre Kirliliği

Genel çevre olarak yaklaşıldığında sigara kullanımı çevreyi kirletmektedir. Bu kirlenme yakın çevredeki hava kalitesinin bozulması şeklinde olabildiği gibi içilmiş sigara artıklarının (izmarit) çevrede yol açtığı görüntü kirliliği şeklinde de düşünülebilir. Sigara içilmesinin yasaklandığı sağlık kuruluşları vb. binaların yakınında bu tür kirlenmeyi gözlemek mümkündür. Türkiye'de sigara içen 17 milyon kişinin günde 10 adet sigara içtiği varsayıldığında her gün 170 milyon (bir izmaritin ağırlığı 1 gram olsa 170 ton) sigara izmaritinin ortalığa atılmakta olduğu hesaplanır. Görüldüğü gibi yalnızca fiziksel atık ele alındığında bile sigara kullanımının sonucu olarak büyük miktarda kirlenmeye eklenmekte, çevre kirliliğinde önemli rol oynamaktadır. Tam söndürülmeden atılan izmaritlerin yol açtığı yangınlar konusu da önemlidir. İtfaiye müdürlüğü kayıtlarına göre Ankara ve İstanbul'daki yangınların yarısından fazlası sigaradan kaynaklanan yangınlardır. Çevre kirliliği bakımından önemli bir başka nokta da ormanların tahribi konusudur. Sigara yapımı amacı ile kullanılan kağıt ve karton temini için yılda 2.5 milyon hektar orman alanı yok olmaktadır.

## Ne Yapmalı?

Sigaranın yol açtığı her türlü sorunun önüne geçmek bakımından en kesin yol kuşkusuz sigara kullanımının tümü ile önlenmesidir. Ne var ki bütün ülkelerde çok sayıda kişi sigara içme davranışını sürdürmektedir. Hem sigara içmeyenleri ve çevreyi korumak, hem de sigara içenlere yardımcı olmak bakımından sigara kullanımının belirli kurallar içinde yapılması gereklidir. Bu kurallar içinde kapalı ortamlarda sigara kullanımının yasaklanması çok önemlidir. Bu biçimde sigara içmeyenlerin sigara dumanından pasif olarak etkilenmesinin önüne geçilmiş olur. Esasen Anayasa'nın 56. maddesi herkesin "sağlıklı ve dengeli bir çevrede" yaşama hakkına işaret etmektedir. Sigara dumanı ile kirlenmiş bir ortamın havası "sağlıklı" olma niteliğini yitirmiştir. Sigara içmeyenler açısından sigara dumanı bulunmayan bir hava soluma hakkı bir anayasal haktır. Sigara içmeyenlerin bu haklarını bilmesi ve sahip olması gerekir. Kapalı ortamlarda sigara içilmesinin yasaklanması, sigara içenlerin özgürlüğünün kısıtlanması şeklinde algılanmamalıdır. Gerçekte bu uygulama sigara içenlerin de sağlığının korunması bakımından yarar sağlayacaktır.

Ülkemizde 1996 yılında yürürlüğe girmiş olan "Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun" çok sayıda kapalı mekanda (eğitim ve sağlık kuruluşları, spor salonları, toplu taşıma araçları ve bunların bekleme salonları) sigara içilmesini yasaklamaktadır. Bu bakımdan toplu taşıma araçlarındaki uygulama oldukça başarılıdır, eğitim ve sağlık kuruluşlarında giderek artan olumlu gelişmeler vardır, ancak kanunda tarif edilen kapalı ortamlarda henüz tam anlamı ile "sigarasızlık" sağlanamamıştır. Bu bakımdan yasa uygulayıcılarının yanı sıra toplumdaki her bireye de görev düşmektedir. Kapalı yerlerde sigara içilmesinin kısıtlanması konusunda başarılı uygulamaların yapıldığı ülkelerde, bu ortamlarda havadaki kirlenme miktarında ve bu ortamda çalışan kişilerin idrarındaki kotinin miktarında belirgin azalma olduğu saptanmıştır.

**İletişim: Dr. Nazmi Bilir**

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

## Kaynaklar

- 1- The Introduction of Smoke-free Hospitality Venues in Norway, K.E. Lund, Norwegian Institute for Alcohol and Drug Research, 2006.
- 2- The Tobacco Atlas, J. Mackay, M. Eriksen, O. Shafey, UICC, 2006.



# Türkiye'nin Sağlıkını Okumak



Dr. Onur Hamzaoğlu\*

**Tablo:** 2001-2005 Mali yıllarına göre Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bütçe oranları ve gider gruplarından bazılarının göre dağılımı (%)

Yıl	SB/GB*	TSHGM/SB**	Yatırım***	Diğer Cari***
2001	2.66	37.16	3.9	7.2
2005	3.55	30.11	2.2	15.6
Görelî Değişim	1.33	-1.23	-1.8	2.2
Mutlak Değişim	0.89	-7.05	-1.7	8.4

\*Sağlık Bakanlığı bütçesinin genel bütçeye oranı

\*\*Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bütçesinin Sağlık Bakanlığı bütçesine oranı

\*\*\*Gider grubunun Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bütçesine oranı

Yukarıdaki tabloda tercih edilen yıllar, ülkemizde, önümüzdeki günlerde erken genel seçimlerle tamamlanacak bir yürütme dönemine karşılık geliyor. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü her yıl sonuna doğru bir önceki yılın faaliyetlerini çalışma yıllığında yayımlıyor. 2006 yılı verileri henüz yayımlanmadı. Sağlık Bakanlığı'nın bugünkü kadrosu, 2002 yılı sonunda göreve geldiklerinde 2001 Çalışma Yılığını 2003 yılında yayımlamışlardı. Özetle tablodaki yıllarla ilgili veriler günümüz Bakanlığının öncesi ile bugününe ait son veriler ve tümünün doğruluğu ile ilgili sorumluluk kendilerinin.

Yayımlanan verilere göre, 2005 yılı uygulamalarında, 2001 yılı uygulamalarına göre, Bakanlığın genel bütçeden aldığı pay, görelî olarak %33 artırılırken, Bakanlık bütçesinden, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne ayrılan pay görelî olarak %23 azaltılmıştır. Benzer şekilde, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bütçesinden yatırım için ayrılan pay görelî olarak %80 oranında azaltılırken, cari harcamaların payı ise %122 oranında artırılmıştır.

Bilindiği gibi, kamu kurum ve kuruluşlarının bütçeleri, Türkiye'nin idari yapılanmasında merkezi idarenin yardımcı kuruluşları grubunda olup, mali denetim organı olarak görev yapan, başka bir kamu kurumu -Sayıştay- tarafından denetlenmektedir. Bu kurumun -Sayıştay'ın- üyeleri, yasama organı tarafından seçilmekte ve yürütmeden bağımsız olarak görev yapmaları gerekmektedir. Bu nedenle yürütmenin organlarının mali alandaki

açıklamaları, kendi dışından denetçiler tarafından incelenmekte ve her verinin bir defa da bu kurum tarafından doğrulanması gerekmektedir. Oysa hizmetle ilgili verilerin denetimi düzenli olarak yapılamamakta, yapılabilesi için kapsamlı ve maliyetli araştırmalar gerekmektedir. Çünkü hizmet verileri toplandığı kaynağından itibaren denetlenebilir olmadığı gibi, bu zamana kadar yapılmış olan yerel çalışmalarda da genellikle birçok tutarsızlık saptanmıştır.

Bu açıklamalardan sonra yeniden tablomuza dönelim. Tablodaki verilere göre, Bakanlığa 2005 yılı genel bütçesinden ayrılan pay yaklaşık 1/3 oranında artırılmış; ancak, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunum için yetkili birimin bütçesi aynı yıllar için yaklaşık 1/4 oranında azaltılmıştır. Bu da yetmiyormuş gibi azalan bu bütçe içinde de, birinci basamak için yapılan yatırımlarda da 3/4 oranında azaltmaya gidilmiştir. Bir başka ifadeyle, birinci basamağa hemen hemen hiçbir yatırım yapılmamıştır. Buna karşın, cari harcamalarda 2 kattan fazla artışa gidilmiştir. Yani 2005 yılında birinci basamak için kalıcı bir şeyler yapılması yerine, sarf harcamaları tercih edilmiştir.

Mali veriler böyleyken bu kaynakların kullanımıyla üretilen hizmet verilerinde tam bir karşıtlık yaşandığı çalışma yıllıkları verilerinde dikkati çekmektedir. Aşılmalara, personel doluluğu vb. alandaki birçok veri, yukarıdaki mali tercihlerle açıklanamayacak kadar iyi hatta deyim yerindeyse son yılların 'en iyi' sonuçlarına ulaştığını göstermektedir. Bu çelişki açıklanmaya muhtaçtır.

Buradan bir öneriyi paylaşmak istiyorum. Görev yaptığımız sağlık ocağı, sağlık grup başkanlıklarımızdaki verileri ya da göndermek durumunda olduğumuz verilerle ilgili gözlemlerimizi, uygun gördüğünüz kapsam ve biçimde paylaşalım.

İletişim: Dr. Onur Hamzaoğlu

E-posta: ohamzaoglu@kou.edu.tr

## Kaynak

Sağlık Bakanlığı(2005), Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yılıığı 2004, Ankara.



## Hormon Tedavisinde Yeni Gelişmeler

Şubat 2007'de, Kuzey Amerika Menopoz Derneği'nin bilimsel danışma paneli, hormon tedavisi kullanımı konusunda yeni bir bildiri yayımlandı. Bildiride, derneğin daha önce almış olduğu kararların yumuşadığı görülüyor. Derneğin başkanı ve panelin yöneticisi Wulf Utian, son menstruasyon periyodundan sonra yalnızca birkaç yıl geçmiş ve şiddetli menopoz belirtileri olan kadınlarda hormon tedavisinin bahsedildiği kadar korkutucu olmadığını söylüyor. "Ancak, belirtileri geçmeyen ya da tedaviyi kestikten sonra tekrar başlayan, bu nedenle tedaviye başlamak ya da devam etmek isteyen daha yaşlı kadınlarda kanser ve kalp hastalığı gibi risklerin göz önünde bulundurulması gerekiyor. Bu, hastanın tüm getirileri ve riskleri düşünerek vermesi gereken kişisel bir karar."

Dr. Utian'a göre tedaviye en düşük dozla başlanmalı ve doz, ancak belirtilerde rahatlama sağlanamıyorsa artırılmalı. Panelin kararları, tedavinin süresi konusunda bir kısıtlama getirmeme yönünde. Sürenin, hastanın gereksinimleri ve risk profili temel alınarak düzenlenmesi daha uygun.

Eldeki bilimsel veriler, gerek birincil, gerekse ikincil korunma için olsun, sırf kardiyovasküler hastalıklardan korumanın, hormon replasman tedavisine başlamak için endikasyon olmadığını gösteriyor; ancak Dr. Utian, menopoza yakın kadınlarda miyokard enfarktüsü riskinin düşük olduğunu, kalp krizi korkusunun abartılmış olduğunu belirtiyor. Aynı şey, meme kanseri ve venöz tromboemboli için de geçerli. Ancak, Dr. Utian, özellikle daha yaşlı kadınlarda inme riskinde hafif bir artış olduğunu ekliyor.

Dr. Utian, hormon tedavisinin henüz osteoporoz gelişmemiş olan kadınlarda kırıkları azaltan tek tedavi yöntemi olduğunu söylüyor. Ayrıca, östrojen/progesteron hormon tedavisi, kolon kanserinde anlamlı bir düşüş sağlıyor; ancak bu, yalnızca östrojen alanlar için geçerli değil.

Uterusu olan kadınlarda endometrium kanserini önlemek için kullanılan kombine

ürünlerdeki progesteronun meme kanseri ve kardiyovasküler olaylar gibi yan etkilerden sorumlu olup olmadığı ise halen tartışılıyor. Bu, panelin "önerilen araştırma konuları"ndan bir tanesi. Panel, Women's Health Initiative çalışmasında hem kombine tedavi, hem yalnızca östrojen tedavisi alan gruplarda diyabet insidansında azalma olması konusunu da tartışmış; ancak kanıtların perimenopozal kadınlarda diyabeti önleme endikasyonu ile hormon tedavisi başlamak için yeterince güçlü olmadığı düşünülmüş. Bunun da önemli bir araştırma alanı olduğu üzerinde durulmuş. Önerilen diğer araştırma konuları arasında şunlar yer alıyor:

- Kardiyovasküler, bilişsel ve diğer sağlık alanlarındaki etkiler de göz önünde bulundurularak hormon tedavisine ne zaman başlanması gerektiği

- İnme (Strok), kardiyovasküler hastalık ve meme kanseri oluşumunun nedenleri ve patogenezinin aydınlatılması

- Hormon tedavisinin Alzheimer hastalığı, diğer demans formları ve nöropsikiyatrik rahatsızlıklar üzerindeki etkileri

- Derin ven trombozu ve venöz tromboemboli riski altında olan kadınları belirleyebilmek için bir yöntem bulunması.

Dr. Utian, menopoza giren kadınların üçte birinin belirtisinin olmayacağını, üçte birinin hormon tedavisine gerek duymayacak kadar hafif rahatsızlıkları olacağını, kalan üçte birinin ise hormon tedavisine gereksinim duyacağını belirtiyor. Tedavi alan kadınların yarısı, tedaviyi kestiklerinde belirtilerin tekrarlamasıyla karşı karşıya kalıyor. Bunların yarısı yeniden tedaviye başlamaya gereksinim duymazken, geri kalanların yakınmaları tedaviye yeniden başlamayı gerekli kılıyor. Dr. Utian'a göre bu durum, kişinin önemli risk faktörleri olmadığı sürece kabul edilebilir. Dr. Utian, bazı kadınların yakınmalarının uzun yıllar sürdüğünü, bazen 80'li yaşlara kadar uzayabileceğini belirtiyor.

*Medscape Medical News 2007*

*Sayfayı Hazırlayanlar: \*Dr. Özen Aşut,*

*\*\*Stj. Dr. Yılmaz Yıldız*



*Dr. Şevkat Bahar Özvarış\**

## Toplumsal Cinsiyet Temelli Şiddet\*\*

Kadına karşı şiddet ya da toplumsal cinsiyet temelli şiddet bir bütün olarak kadının insan haklarının ihlalidir. Bu, kadının sağlığı ve yaşamı üzerinde çok büyük bir etkiye yol açmaktadır. Son beş yılda dünyanın pek çok yerinden elde edilen kadına karşı uygulanan şiddet verileri, özellikle yakın partner (eş, erkek arkadaş) şiddetinin görülme sıklığına ilişkin veriler artmıştır. Tüm dünyada, kadınların %10- %50'den fazlası yaşamlarında yakın partnerleri tarafından fiziksel istismara maruz kaldıklarını bildirmişlerdir (1).

Kadına yönelik şiddet; fiziksel ve ruh sağlığı sorunları, adam öldürme, intihar etme ve HIV/AIDS gibi olaylar nedeni ile ölüm gibi geniş bir yelpazedeki birçok konuyla ilişkilidir. Şiddetin ortak sağlık sonuçları; her türden yaralanmalar, kronik ağrı belirtileri, pelvik enfeksiyon (PID), istenmeyen gebelikler, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, depresyon, ve anksiyete bozuklukları gibi sağlık sorunlarını içermektedir (1).

Kadının "toplumsal cinsiyet" bağlamında yaşadığı eşitsizlikler, ayrımcı uygulamalar onun yaşama hakkını bile kullanamaması ortamını hazırlamaktadır. Bu açıdan ülkemizde varolan ve kadına yönelik şiddetin en uç örneği olan "namus cinayetleri" dikkat çekici düzeydedir. Ülkemizde, resmi kayıtlarda 2000-2005 tarihleri arasında namus cinayeti nedeniyle öldürülen yaklaşık 500 kadın olduğu bildirilmektedir (2). Ancak, bu suçu tanımlamak pek de kolay olmadığından gerçek rakamın bundan daha fazla olduğu söylenebilir. Namus cinayetleri Türkiye dışında Pakistan, Ürdün, Mısır ve Amman gibi ülkelerde de bildirilmiştir (1).

Bekaret kontrolü, kadının insan haklarının ihlal edilmesidir ve haklı gösterilemez, ancak özellikle Türkiye'nin kırsal yörelerinde genç kızlar ve kadınlar keyfi bir biçimde bekaret kontrolüne maruz kalmaktadırlar (1). Adli tıp uzmanlarınca yapılan "hymen muayenesi", anne-babaların, nişanlı ya da kocanın ya da kanunun "masumiyetini" ispatlamak için kadınların kendileri tarafından yaptırılmaktadır (3). Türk Tabipleri Birliği Etik Komitesi, kadının isteği dışında uygulandığı zaman bu kontrollerin

Birliğin ilkelerine aykırı olduğunu bildirmiştir. Pratisyen hekimler, tecavüz olguları dışında bekaret testi uygulamamalıdır. Türk Tabipleri Birliği bekaret kontrolünü toplumsal cinsiyet temelli şiddet olarak kabul etmektedir ve 1999'da Adalet Bakanlığı savcılara, cinsel bir tecavüz olmaması halinde bu uygulamayı yasaklama hükmünü getirmiştir (4).

### Toplumsal Cinsiyet Eşitliği

Sağlık hizmeti sunanların ve karar vericilerin, politika, strateji ve uygulamalara "toplumsal cinsiyet eşitliği" perspektifinden bakabilmesi gerekmektedir. Çoğu kez bu bakış açısının gelişmemiş olması toplumsal olaylarda tanıyı ve korunma önlemlerini, çözümleri geciktirmektedir.

Geleneksel olarak kadın sağlığı hizmetleri, özellikle kadınların üreme çağında, özellikle kontrasepsiyon ve güvenli-sağlıklı doğuma odaklanmıştır. Bu yaklaşım ana-çocuk sağlığı sorunlarının yoğun yaşandığı ve anne ve bebek ölümlerinin yüksek olduğu bölgelere uygun bir yaklaşımdır. Ancak, geleneksel bakışın tersine, kadın sağlığının yalnızca üremeye/doğurganlığa ilişkin sağlık olmayıp bundan çok daha fazla olduğunun kavranması önemlidir. Aynı zamanda cinsel ve üremeye ilişkin alanlar belki toplumsal cinsiyet ayrımcılığının en fazla yapıldığı yerdir. Kadın-erkek ilişkisindeki eşitsizlik, kadının cinsel ve üreme sağlığı üzerinde en fazla etkiye sahiptir. Ekonomik, sosyal ve kültürel nedenler sıklıkla kadınları erkeklerle olan ilişkilerinde daha güçsüz yapmaktadır. Bu güçsüzlük, kadınları istenmeyen cinsel ilişki, istenmeyen gebelik, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve şiddete karşı kendilerini koruyamamalarına neden olabilir.

Kadın sağlığındaki çağdaş yaklaşım, yaşam boyu, bütün yaş gruplarını ve etkileyici bütün bu etmenleri göz önüne alan kapsamlı bir yaklaşımdır. Türkiye'de kadın sağlığı sorunları incelendiğinde; daha doğumda erkek çocuğun tercih edilmesinin yaygınlığından başlayan, ergenlik döneminde, özellikle kırsal alanda ve doğuda erken evlilik ve ergen gebeliği ve bunun yarattığı sorunlarla karşılaşmaktadır.

Doğurganlık döneminde kadınlar arasında riskli gebeliklerin yaygın olmasından, aşırı

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

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

doğurganlık ve bunun yarattığı sağlık sorunlarına, menopoz-menopoz sonrası dönemde ve yaşlılık döneminde ise kadınların neredeyse "yok sayıldığı" bir sorunlar yumağı ile karşılaşmaktadır.

Kadın sağlığı/üreme sağlığı konusunda hizmet sunumunda ilkesel olarak kabul edilmiş olsa bile, ülke düzeyinde kadın sağlığı hizmetlerinde, "bütüncül" bir yaklaşım yerine, doğurganlık dönemine odaklanmış "geleneksel" yaklaşım hakimiyetini sürdürmektedir. Bu konuda adölesanlar, menopoz-menopoz sonrası dönemdeki kadınlar ve yaşlı kadınlar en ihmal edilen grupları oluşturmaktadır. Aile planlaması ile ilgili bilgilendirme-eğitim-iletişim ve klinik hizmetlerde erkekler hedef grup olarak ele alınmamaktadır.

Ülkemizde Cumhuriyet döneminde sağlanan tüm iyileşmelere karşın, kadının toplumsal statüsü, sağlığını ve sağlık hizmetlerinden yararlanmasını önemli ölçüde etkileyecek kadar düşüktür. Eğitim, hukuk, sosyal ve siyasal alanda cinsiyetler arasındaki eşitsizlikler kadının toplumda, özel olarak aile içinde kadın sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Aile içinde bireyler arasındaki iletişim eksikliği, başlık parası ve zorla evlendirme konularındaki geleneksel uygulamalar, kadına yönelik şiddet sorunları hala varlığını sürdürmektedir. Medyada kadının cinsel bir meta olarak ele alınması da kadının toplumsal statüsünü olumsuz olarak etkilemektedir. Ülkemizde, kentsel alanda yaşayanlara göre kırsal alanda yaşayan, batı bölgesinde yaşayanlara göre doğu bölgesinde yaşayan kadınların daha olumsuz sosyal ve ekonomik statüsü, bu kadınların sağlığını daha da fazla olumsuz yönde etkilemektedir.

Yıllar içinde önemli gelişmeler kaydedilmesine karşın, doğum öncesi bakım ve sağlıklı koşullarda doğum hizmetleri ve aile planlaması konularında, kırsal alanda ve doğuda yaşayan kadınlar için, kentte ve batıda yaşayan kadınlara göre, eğitimsiz kadınlara göre, eğitim düzeyi yüksek olan kadınların, temel sağlık hizmetlerine bile erişebilirliği açısından sorunlar vardır. Topluma en yakın mesafede ve sürekli olarak verilmesi gereken birinci basamak sağlık hizmeti (sağlık ocağı-sağlık evi kompleksi) ünitelerinin sayısal yetersizliği, personel dağılımındaki dengesizlik ve varolan personelin de mesleki bilgi-beceri eksikliği, doğuda yaşayan eğitimsiz kadınlar için dil sorunu gibi faktörler hizmetlerden yararlanmayı olumsuz yönde etkilemektedir. Daha önceki bölümde ayrıntılı rakamlarla ortaya konduğu gibi; doğurganlık davranışları, sağlık hizmetlerinden yararlanma, özellikle doğum öncesi bakım alma ve

doğumların sağlıklı koşullarda yapılması konularında, kadının eğitim durumu ve yerleşim yeri özelliği (kent-kır, batı-doğu) belirleyici faktörler olmaktadır.

Ülkemizde sağlık hizmetlerinde, bölgelerarası ve cinsiyetler arası farklılığı giderici yaklaşımların uygulanması ve bu amaçla sağlık hizmet yatırımlarının yapılması gerekmektedir. 1994 Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda da önerildiği gibi; kadın sağlığına "bütüncül" yaklaşım ve üreme sağlığı hizmetlerinin Temel Sağlık Hizmetleri içerisine entegrasyonu gerekmektedir. Bunun için kadın sağlığında, kadın yaşamının evreleri dikkate alınarak, intra-uterin dönemden başlayıp, çocukluk, doğurganlık dönemi, menopoz-menopoz sonrası dönem ve yaşlılık dönemine kadar uzanan bir bütünlük içerisinde, varolan ve potansiyel sağlık sorunlarının ele alınması ve verilecek hizmetlerin de bu açıdan "süreklilik" göstermesi gerekir.

Türkiye'de halen aile hekimliği uygulaması ile, bu bütüncül yaklaşımdan uzakta ve sağlığın özelleştirilmesine giden yolda, kadın sağlığının durumunun daha da kötüleşeceği açık bir biçimde ortadadır. Bunun yerine; biran önce, herkese eşit, ücretsiz, ulaşılabilir, kabul edilebilir, entegre, yaygın sağlık hizmeti verilmelidir. Aile hekimliği pilot uygulaması daha fazla yaygınlaştırılmadan, kişinin yaşamını bölünmez bir bütün olarak gören, sağlıklı kişiye hizmet götürmeyi (koruyucu sağlık hizmetleri vermeyi) önceleyen, kişiyi çevresiyle bir bütün olarak değerlendiren ve sektörler arası işbirliğinin gerekliliğini vurgulayan, hala yürürlükte olan 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun"un aksayan yanları düzeltilerek işler duruma getirilmelidir.

**İletişim: Dr. Şevkat Bahar Özvarış**

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

### **Kaynaklar**

- 1- Türmen T. "Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Sağlığı", Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın (Ed. A. Akın), Hacettepe Üniv. Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi (HÜKSAM), HÜ yayınları, 2003
- 2- Töre ve Namus Cinayetleri ile Kadınlara ve Çocuklara Yönelik Şiddetin Sebeplerinin Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu.  
[www.tbmm.gov.tr/develop/owa/arastirma\\_onergesi](http://www.tbmm.gov.tr/develop/owa/arastirma_onergesi) Erişim: 26 Şubat 2006.
- 3- Pelin, S., 1999. "The question of virginity testing in Turkey". Bioethics, 13(3/4), 256-261.
- 4- Uluslar arası Af Orgutu [http://web.amnesty.org/library/index/engneur4\\_40132004](http://web.amnesty.org/library/index/engneur4_40132004)





Dr. Alper B. İskit\*

## Yaşlılıkta Akılcı İlaç Kullanımı

Çoklu ilaç kullanımı sonucunda ilaç etkileşmelerinin artması, ilaçların farmakokinetiğinde ve farmakodinamiğinde ortaya çıkan değişiklikler ve sağlık sistemine ileri yaştaki hastalar nedeniyle binen büyük yük nedeniyle yaşlılarda ilaç kullanımını tıbbi ve farmakolojik açıdan başlı başına ayrı değerlendirilmesi gereken son derece önemli bir konudur (1,2). Ayrıca hastalardan ilaçların etkileri ve yan etkileri ile ilgili güvenilir veri toplamak, ilaç araştırmaları yapmak bu yaş grubunda son derece zordur ve reçeteleme işlemlerini güçleştirmektedir.

Bu yazıda genel rasyonel farmakoterapi ilkeleri doğrultusunda (Tablo 1) yaşlıda farmakoterapi açısından dikkate alınması gereken kavramlara dikkat çekilmiştir. Ayrıca Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yayınlanmış olan "İyi Reçete Yazma Kılavuzu'ndan (Guide to Good Prescribing)" faydalanarak (Tablo 2) yaşlılarda reçete yazarken göz önünde bulundurulması gereken noktalar özetlenmiştir (3, 4). Farmakoterapi eğitimi halen değişik illerimizdeki Tıp Fakültelerinde bir staj halinde eğitim

programlarına dahil edilmiştir. Rasyonel farmakoterapi aslında hastaya doğru tanının konması, probleminin dikkatlice tanımlanması, tedavi amaçlarının belirlenmesi ve değişik seçenekler içinden etkinliği kanıtlanmış ve güvenilir bir tedavi seçilmesi, sonra da uygun bir reçete yazarak, hastaya açık bilgiler ve talimatlar vererek tedaviye başlanması, tedavinin sonuçlarının izlenmesi ve değerlendirilmesini kapsayan sistematik bir yaklaşım biçimidir (5, 6, 7, 8).

Yaşlılarda reçeteleme aşamasında dikkat edilecek noktalar:

1. Hastanın sürekli kullandığı ilaçlar mutlaka öğrenilmelidir.

2. Akılcı ilaç kullanımı ilkeleri doğrultusunda hekimi tedavi hedeflerine ulaştırabilecek ilaç alternatifleri etkinlik (yeterli doz, süre), güvenilirlik (yan etki, ilaç etkileşimleri), uygunluk (kontrendikasyonlar, saklama-kullanım kolaylığı) ve tedavi maliyeti açısından birbirleriyle karşılaştırılmalı ve en iyi seçenek belirlenmelidir (Tablo 2).

3. Tedavide az sayıda ama özellikleri iyi bilinen ilaçlar kullanılmalı, en az sayıda ilaçla

**Tablo 1.** DSÖ'ye göre akılcı farmakoterapi adımları\*

	Tedavi basamağı	Dikkat edilmesi gereken noktalar
1. Adım	Hastanın sorununu tanımla	Semptomlar değil hastalık tedavi edilmelidir; semptomlar bir ilacın yan etkisine veya anksiyeteye bağlı olabilir
2. Adım	Tedavi hedeflerini belirle	Tedavi ile neyi amaçlıyorsunuz?
3. Adım	Tedavinin hasta için uygun olup olmadığını sorgula	İlaç-dışı tedavi seçenekleri gözden geçirilmelidir.
4. Adım	Tedaviye başla	Tedavinin etkinlik ve güvenliğini değerlendir
5. Adım	Gerekli bilgi, uyarı ve talimatları ver	Hastanın tedaviye uyuncunu artırması açısından önemlidir.
6. Adım	Tedaviyi izle	Tedavi gerektiğinde gecikmeden sonlandırılmalıdır

\* 3 numaralı kaynaktan değiştirilerek alınmıştır.

Tablo 2. İlaç seçim kriterleri*	
Kriter	Açıklama
Etkinlik	Reçete edilmesi düşünülen ilacın etkinliğine ilişkin kanıtlar nelerdir? Tedavi hedefleriyle endikasyon uyumlu mudur?
Güvenlilik	Öngörülen tedavi süresince, özellikle kronik kullanımda, kullanılması düşünülen ağrı kesicinin istenmeyen/ters etkileri nelerdir? Hastanın aldığı risk var mıdır?
Uygunluk	Reçete edilmesi düşünülen ilacın kontrendikasyonları nelerdir, hamilelerde kullanılabilir mi? İlacın verilmiş yolu hasta için uygun mudur?
Tedavi maliyeti	İlacın hastaya günlük toplam maliyeti nedir? Tedavi etmemenin iş gücü kaybı vb. nedeniyle toplumsal bir maliyeti var mıdır? Komplikasyonlar (olası) çıkarsa tedavi maliyeti nasıl etkilenir?

\*Reçete edilecek ilaç için tüm kriterler birarada optimum olmalıdır (optimizasyon işlemleri için 3 no'lu kaynağa bakınız).

yetinilmelidir çünkü yaşlılıkta ilaç advers etkilerinin büyük bir sorun olmasının altında yatan en önemli neden çoklu ilaç kullanımındır (9, 10).

4. Hastanın tedaviye uyuncunu (kompliyans) artırmak için ilaç tedavisi basitleştirilmelidir. İlaçların sıvı formülasyonları veya olanak varsa günde tek uygulama tercih edilmelidir. Yaşlılar tedavi edilirken hekim, olası uyumsuzluk etmenlerinin tümünü göz önünde bulundurarak tedaviyi düzenlemeli ve izlemelidir (11).

5. Tedaviye düşük dozda başlanıp doz olabildiğince yavaş artırılmalıdır. Hastanın ilaca yanıtına göre doz ayarlaması gerekebilir (tedavinin bireyselleştirilmesi).

6. Anlaşılması kolay bir reçete hazırlanarak ve hasta yakınının ilaç kullanımını denetlemesi sağlanmalıdır. Hastaya ve yakınına ilaç hakkında yeterli ve anlaşılır (tercihan yazılı olarak) bilgi mutlaka verilmelidir.

7. Hasta ve/veya yakınları ile hekim arasında iyi bir iletişim gereklidir.

8. Düzenli olarak tedavi gözden geçirilmeli ve gereksiz ilaçlar tedaviden çıkarılmalıdır.

9. Yeni ilaç ilavesi hastanın yaşam kalitesini artırıyorsa tercih edilmelidir, yeni ilaçların yeni sorunlar yaratacağı unutulmamalıdır.

Teşekkür:

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

#### Kaynaklar

- 1- Vestal RE, Gurwitz JH: Geriatric Pharmacology, Melmon and Morelli's Clinical Pharmacology, SG Carruthers, BB Hoffman, KL Melmon, DW Nierenberg (Ed.)'de, 4. Baskı, Mc Graw Hill, A.B.D., 2000,1151- 1177.
- 2- Güç MO, Yaşar Ü: Yaşlıda ilaç tedavisinin temel ilkeleri, Modern Tıp Seminerleri 30 - Geriatri, Y Gökçe Kutsal (Ed.)'de, 1. baskı, 2004; 33-44.
- 3- de Vries TPGM, Henning RH, Hogerzeil HV, Fresle DA: Guide to good prescribing a practical manual. World Health Organization. Geneva, 1997.
- 4- Babaoğlu MÖ, İskit AB. (2006) Yaşlılıkta farmakoloji. Geriatri ve Gerontoloji, MN Medikal & Nobel Tıp Kitabevi, Ankara, 117-124.
- 5- Oktay Ş, Akıcı A. Yaşlılarda ilaç kullanımı ve rasyonel farmakoterapi kararı verme süreci. Geriatri 2001, 4(3): 127-133
- 6- Oktay Ş, Kayaalp SO: Reçete Yazma Kuralları ve Rasyonel İlaç Kullanımı, Rasyonel Farmakoterapi Yönünden Tıbbi Farmakoloji, SO Kayaalp (Ed.)'de, 11. Baskı, Hacettepe-Taş Kitapçılık, Ankara, 2005; Cilt I, 130 -142.
- 7- Hogerzeil H: Promoting rational prescribing: and international perspective. Br J Clin Pharmacol 1995;39:1-6. 12.
- 8- İskit AB (2006) Akılcı ilaç kullanımı. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 15(7): IV-V.
- 9- Ahronheim JC: Special Problems in Geriatric Patients, Cecil Textbook of Medicine, L Goldman ve JC Bennett (Ed.)'de, 21. Baskı, WB Saunders, A.B.D., Cilt I, 22-25.
- 10- Hanlon JT, Shimp LA, Semla TP. Recent advances in geriatrics: drug-related problems in the elderly. Ann Pharmacother. 2000 Mar;34(3):360-5.
- 11- Kayaalp SO: İlaç Etkisini Değiştiren Faktörler, Rasyonel Farmakoterapi Yönünden Tıbbi Farmakoloji, SO Kayaalp (Ed.)'de, 11. Baskı, Hacettepe-Taş Kitapçılık, Ankara, 2005; Cilt I, 86-99.

İletişim: Dr. Alper B. İskit

E-posta:alperi@hacettepe.edu.tr



**Ivan Illich; Yayına Hazırlayan: Ferma Lekesizalın; Tercüme: Süha Sertabiboğlu, Ayrıntı Yayınları; Türkçe (Orijinal Dili İngilizce) 272 s. İstanbul, 1995**

"Şenlikli Toplum" ve "Okulsuz Toplum" gibi kitaplarından tanıdığımız Ivan Illich "Sağlığın Gaspı" adlı bu kitabında diğer kitaplarında olduğu gibi kapitalizmin ortaya çıkardığı kurumların insan üzerindeki olumsuz etkilerini sorguluyor. Illich'e göre çağdaş toplumda eğitim, sağlık, ulaşım gibi gereksinimler bürokratik devletin bu hizmetleri yerine getirmekle yükümlü kurumları tarafından karşılanıyor. Eski çağlarda insanların doğal üretim ilişkileri ile sağladığı bu gereksinimler, günümüzde "bilimsel olarak" üretilmiş hizmetlerin tüketilmesine indirgenmekte. Bu da kurumsal bir bağımlılık yaratmakta ve bireyi kendi dışında üretilen hizmetlerin pasif tüketicisi haline getirmekte.

"Sağlıklı Toplum" da Illich tıp kurumunun sağlık için bir tehlike haline geldiğini savunarak tıbbın profesyonel egemenliğinin etkisinin salgın boyutlarına ulaştığını belirtmektedir. Tıbbın denetlenemeyen bir otorite olarak kimin hasta, kimin sağlam olduğuna karar verdiği, hastalara uygulanacak işlemleri belirlediği ve bunun da sağlığımız için bir tehdit oluşturduğunu; ilaç tüketimini teşvik ederek toplumun hastalıklı yapısını güçlendirdiğini, özetle insana insan olarak değil, bir mühendislik modeli olarak yaklaştığını savunmaktadır.

"Sağlığın Gaspı" okura tıbbın yararları yanında kötü yanlarını da sunmakta ve içinde bulunduğumuz tıp ortamını eleştirel bir bakışla yeniden değerlendirmemize olanak tanıyan bir yapıt. Kitap bittiğinde mesleki pratiğimiz üzerine yeniden bir değerlendirme yapmak gerekebilir.

## İletişim



### OKS-ÖSS Hastalığı!

Dünya tıp literatüründe yayınlanmamakla birlikte, dünya coğrafyasında yalnızca Türkiye'de görülen bulaşıcı bir hastalıktır. Hastalık etkeni, OKS-OSS sinavicum adlı bir virüsdür. Bu virüs, AIDS virüsünden de tehlikelidir. Hastalık, mevsimsel olarak sıklıkla, her yıl mayıs ayının ikinci yarısında, ilköğretim ve lise son sınıf öğrencilerinde, cinsiyet farkı gözetmeksizin görülmektedir.

Hastalık virüsü, vücuda kulak yoluyla bulaşır. Hastalığın kuluçka süresi birkaç saattir. Virüs, vücuda girdikten sonra hızla beyine yayılır ve etkisini kısa sürede gösterir. Virüs, risk grubu olan ortaöğretim ve lise son sınıf öğrencilerine bulaşmaya başlar. Bu risk grubunda, her iki cinste de hastalığın görülme sıklığı, %99,9'dur.

Hastalanan grup, yoğun biçimde sağlık kurumlarına başvurmaktadır. Fizik muayene de herhangi bir olumsuz bir duruma rastlanmamakla birlikte, beyin omurilik sıvısında yaygın olarak OKS-OSS sinavicum virüsüne rastlanmaktadır.

Hastalığın yayılmasında, öğrenci aileleri, okul yöneticileri ve öğretmenler, doğrudan sorumlu görülmektedir. Tedavisi ve aşısı henüz

bulunmamıştır. Ancak, çoğu hekimler, bu hastalığın istirahatle iyileşeceğini düşünerek hastalara, 15-20 gün istirahat raporu vermektedir. Seyrek de olsa bazı hekimler, istirahate gerek olmaksızın bu hastalığın, kendiliğinden iyileşeceğini ileri sürerek istirahat raporu düzenlememektedir.

Hastalığın kısa erimde bir etkisi olmamakla birlikte, genç nüfusun beynini etkilediği için, olumsuz etkileri uzun erimde görülmektedir. Bu hastalığı geçirmiş öğrencilerde, ileriki yıllarda doğruyu yanlış ayırt edememe güçlüğü, toplumla uyum sağlayamama, kişilik bozukluğu, yalan söyleme gibi durumlar görülmekte, bu da toplumsal yozlaşmaya neden olmaktadır.

Toplumsal yozlaşma, Türkiye için AIDS'ten de tehlikeli bir durumdur. Kısa zamanda risk grubu öğrencilerin aileleri, okul idarecileri, öğretmenler, Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı yetkilileri bir araya gelip, bu hastalık konusunda görüşmeler yapmalı, Dünya Sağlık Örgütü duruma el koymadan, hastalığı sakatlık ve ölümlere yol açmadan atlatmanın yollarını aramalıdır.

**Dr. İbrahim Köklü, Denizli Merkez 1 Nolu Toplum Sağlığı Merkezi Hekimi**



*Dr. Orhan Odabaşı\*, Dr. Melih Elçin\*\**

## Radial Arterden Nabız Bakma ve Kan Basıncı Ölçme Becerisi

**Amaç:** Bu eğitimin sonunda katılımcı, beceri basamaklarını doğru ve sırasinda uygulayarak basamaktan basamağa rahatça geçebilecektir.

**Araç:** Saniye göstergeli saat, stetoskop, tansiyon aleti (Tansiyon aletinin manşon uzunluğu yetişkin için 23 cm, çocuklar için 12 cm'dir. Manşon genişliği yetişkinlerde 12-14 cm çocuklarda 8 cm'dir.

### Radial Arterden Nabız Bakma

**Basamak 1.** Hastaya işlem hakkında bilgi verme.

**Basamak 2.** Hasta etkinlikte bulunmuş ise 5-10 dk. dinlenmesini sağlama. Hastaya işlemi açıklamadan önce son yarım saat içinde yemek yiyip yemediğini, eforlu bir hareket yapıp yapmadığını ve heyecanlı olup olmadığını sorunuz.

**Basamak 3.** Elleri yıkama (Resim 1).



Resim 1

**Basamak 4.** Hastanın kolunu koltuk altına kadar açma (Resim 2). Kol çevresine dışarıdan basınç uygulayan herhangi bir giysi kalmadığından emin olunuz.



Resim 2

**Basamak 5.** Hastaya, kolu kalp düzeyinde tutularak, oturur ya da yatar şekilde pozisyon verme.

**Basamak 6.** Hasta elini bilekten dorsifleksiyon ve hafif iç rotasyona getirme (Resim 3).



Resim 3

**Basamak 7.** İşaret parmağı kalbe yakın olacak biçimde uygun elin 2, 3 ve 4. parmaklarını, radius üzerinde ön kol iç yüzünün el bileğine yakın bölgesindeki radial arter trasesi üzerine yerleştirme (Resim 4).



Resim 4



**Basamak 8.** Radial arter atımlarını hissetme.  
**Basamak 9.** 60 sn. süreyle atımları sayma.  
**Basamak 10.** Nabız ritmini, sayısını ve şiddetini saptama.

#### Kan Basıncı Ölçme

**Basamak 11.** Tansiyon aletinin manşonunun tam boşalmış olduğunu kontrol etme (Resim 5).



Resim 5

**Basamak 12.** Tansiyon aletinin manşonunu, kolun üst bölgesine antekübital boşluktan 2.5-3 cm. yukarı gelecek şekilde sarma (Resim 6).



Resim 6

**Basamak 13.** Tansiyon aletinin manometre göstergesini sıfır noktasına getirme (Resim 7).



Resim 7

**Basamak 14.** Pompanın anahtarını kapatma.  
**Basamak 15.** Antekübital boşlukta a. brachialisin nabız atışını uygun elin 2, 3 ve 4. parmakları ile hissetme (Resim 8).



Resim 8

**Basamak 16.** Stetoskobun kulaklığı kulak kanalına yerleştirme.

**Basamak 17.** Stetoskobun diyaframını a. brachialisin hissedildiği alana koyma (Resim 9).



Resim 9

**Basamak 18.** Tansiyon aletinin manşonunu, nabzın duyulamayacağı düzeyin 30 mm-Hg üzerine kadar şişirme (Resim 10).



Resim 10

**Basamak 19.** Pompanın anahtarını gevşeterek, manşonu saniyede 2 mm-Hg düşme olacak şekilde boşaltma.

**Basamak 20.** Kalp seslerinin ilk duyulduğu andaki basınç düzeyini belirleme (sistolik basınç).

**Basamak 21.** Seslerin kaybolduğu anda basınç düzeyini belirleme (diyastolik basınç) (Resim 11).



Resim 11

**Basamak 22.** Manşonun havasını boşaltma. (Resim 12).



Resim 11

**Basamak 23.** Stetoskobu ve tansiyon aletini çıkarma.

**Basamak 24.** Hastaya giyinebileceğini söyleme.

**Basamak 25.** Sistolik ve diyastolik basınçları kaydetme.

**Basamak 26.** Hastaya ölçüm sonuçları hakkında bilgi verme.

**Basamak 27.** Tansiyon aletini toplayıp yerleştirme.

**Basamak 28.** Elleri yıkama.

## TTB- STE Kredi Puanı ve Kitap Kazananlar



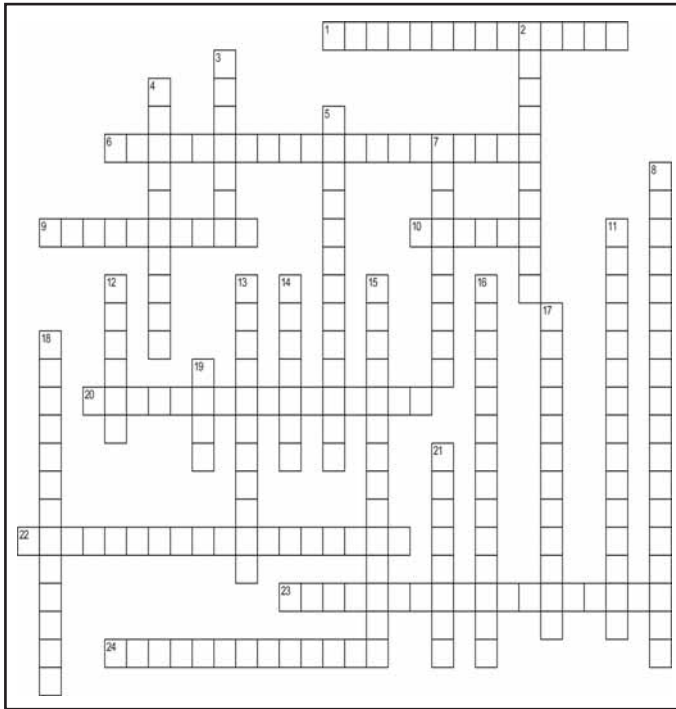
### Şubat 2007 sayımızdaki Ödüllü Bulmaca'dan kredi puanı kazananlar

1- Yüksel Tur (Ankara), 2- M. Ali Gördesli (Balıkesir), 3- Fatma Yücel (Beyaztaş), 4- **İsmail Solay\*** (Çanakkale), 5- Tülin Yarayan (Çorum), 6- **Mehmet Özeren\***, 7- Mualla Onrat (Eskişehir), 8- Hasan Erdoğan (Denizli), 9- Osman Çelikoğlu (Gaziantep), 10- Cevat Aşkar (Hatay), 11- **Zafer Karakuş\*** (Kayseri), 12- **İzzet Yılmaz\*** (Kırklareli), 13- Emel Konur, 14- Uğur Çağlayan, 15- Emel Şenyar, 16- Nur Figen Akdağ, 17- Mahmut Akdağ, 18- Mustafa Atasoy, 19- Cengiz Kaplan, 20- **Fatma Canki\*** (Tekirdağ), 21- Kezban Tabak (Zonguldak).

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



Bulmacamızda yer alan soruları bu sayımızdaki yazılardan seçtik. Doğru olarak yanıtlayıp Dergi'nin postalanma tarihinden sonraki bir ay içinde bize gönderen okuyucularımıza **2 TTB- STE Kredi Puanı** veriyoruz. Ayrıca beş kişiye Türk Tabipleri Birliği İle Geriatri Derneği'nin ortak yayını "**GERİATRİ**" adlı kitabı armağan ediyoruz. Bulmacanın doğru yanıtlarını **Ağustos 2007** sayımızda yayımlayacağız.



- 1- Pectus excavatumun Türkçe karşılığı,
- 2- Kadın sağlığı hizmetlerinde ülkeler gelişmiş de olsa kullanılan yaklaşım,
- 3- Transplantasyon sonrası beslenme güçlüğüne yol açan bir tablo,
- 4- Hastanın ilaç tedavisine uyuncu,
- 5- Hazırlık rejiminde kullanılan bir ilaç,
- 6- Hazırlık rejiminin alıcısındaki

amaçlarından biri, **7- Kök hücrenin bir başkası için kullanılabilirdiği nakil türü,** **8- Derin ven trombozunun Virchow tarafından tanımlanan risk faktörlerinden biri,** **9- Derin ven trombozu için bir risk faktörü,** **10- Derin ven trombozunda etkilenen damarın ele gelmesi ile ortaya çıkan belirti,** **11- Derin ven trombozunda ilk adım,** **12- Allojenik transplantasyonda en uygun doku tipi,** **13- Transfüzyon reaksiyonlarından biri,** **14- Derin ven trombozunun tedavisinde kullanılan bir ilaç,** **15- Derin ven trombozunun bir komplikasyonu,** **16- Bir kök hücre transplantasyon basamağı,** **17- Hematopoetik kök hücre kaynaklarından biri,** **18- Yaşlı nüfusun artışı ile artan kronik bir hastalık,** **19- Kök hücre tedavisinin geç bir komplikasyonu (kısaltma),** **20- Bir ekstremitenin venlerini tıkayıp nekroza kadar götürebilen tablo,** **21- Boğmacanın tıp dilindeki karşılığı,** **22- Hafif ateş, deri döküntüleri ve pulmoner infiltrasyonla karakterize bir transplantasyon sonrası hastalık,** **23- Myeloablatif rejim öncesi pnömonisi için profilaksi gerektiren bir enfeksiyon etkeni,** **24- Kök hücre transplantasyonunun kullanılabilirdiği bir hastalık.**

## STED Şubat 2006 Ödüllü Bulmaca Doğru Yanıtları:

- 1- Pasif Yöntem, 2- Yanetki Profili, 3- Öğrenme Güçlüğü, 4- Sağlık Ocağı,
- 5- Heimlich Manevrası, 6- Klaritromisin, 7- Temel Yaşam Desteği, 8- Klortalidon,
- 9- Gastroöfageal Reflü, 10- Eğitim, 11- Toplumun Gereksinimi, 12- Öğrenme Süreci,
- 13- Tüketim Sömürüsü, 14- Genotoksisite, 15- Thalidomide, 16- Farmakovijilans,
- 17- Terapötik, 18- Obezite, 19- Televizyon, 20- Yatak Odası, 21- Korelasyon,
- 22- Simülatör, 23- RTÜK, 24- Fokomelia, 25- Yıkama.