

ANKARA MEDICAL JOURNAL

“Sağlığın Başkenti”

D Vitamini Düzeylerinin Aylara, Cinsiyete ve Yaşa Göre Değerlendirilmesi

Elmas Öğüş, Hatice Süre, Aytün Ş. Kılınç, Vildan Fidancı, Gülsen Yılmaz, Nermin Dindar, Alpaslan Karakaş

KOAH Hastaları Hastaneden Çıkıyor mu?

Tarkan Özdemir, Leyla Yılmaz Aydın, Mustafa H. Türkkani, Tuncer Kılıç

Bir Üniversite Hastanesi Dış Hekimliği Kliniğine Başvuran Bir Grup Hastanın Tıbbi Konsültasyon Formlarının Değerlendirilmesi

Müjgan Güngör Hatipoğlu, Hasan Hatipoğlu

Bronşektazili Hastalarda Ortalama Trombosit Hacmi ve Trombosit Dağılım Genişliğinin Değerlendirilmesi

İbrahim Koç, Yusuf Doğan, Ayşen Dökme, Abdülaziz Kaya, Zeynel Abidin Karataş, Eray Mandollu, Adem Bayrakta

Bilimsel Makaleler Nasıl Yayınlanır? Etkili Bir Makale İçin İpuçları

B. Furkan Dağcıoğlu, Yusuf Üstü, Mehmet Uğurlu

Etkin Sağlık Sistemleri İçin Güçlü Birinci Basamak

Duygu Ayhan Başer, Rabia Kahveci, E. Meltem Koç, İsmail Kasım, İrfan Şencan, Adem Özkara

El, Ayak ve Ağız Hastalığı: Olgu Sunumu

Muhammed Harun Ünal, Sevim Öğülmüş, Sevdâ Azimetli, Ahmet Keskin, Mehmet Uğurlu

Vajinismus Tedavisinde Hipnoterapi: Bir Olgu Sunumu

Kenan Taştan, Memet Işık

ISSN: 2148-4570

YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

Cilt: 15, Sayı: 1, 2015

www.ankaramedicaljournal.com



Ankara Medical Journal “Sağlığın Başkenti”

ISSN: 2148-4570
Cilt: 15, Sayı: 1, 2015

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü ve İmtiyaz Sahibi / Managing Editor and Owner
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı adına
Doç. Dr. Mehmet Uğurlu

Baş Editör / Editor in Chief

Doç. Dr. Yusuf Üstü
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Yayın Komitesi / Editorial Committee

Uzm. Dr. Aylin Baydar Artantaş, Ankara Atatürk EAH Aile Hekimliği Kliniği, Başasistan
Uzm. Dr. İrep Karataş Eray, Ankara Atatürk EAH Aile Hekimliği Kliniği, Başasistan
Yrd. Doç. Dr. Tuncer Kılıç, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD
Yrd. Doç. Dr. Ahmet Keskin, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD
Yrd. Doç. Dr. B. Furkan Dağcıoğlu, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD

Biyoistatistik Editörü / Biostatistical Editing

Prof. Dr. Yavuz Sanisoğlu
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı

İngilizce Editörü / English Editing

Uzm. Dt. Gamze Bozcuk Güzeldemirci

Yayın Sekreteryası / Editorial Secretary

Uzm. Dt. Gamze Bozcuk Güzeldemirci
Dt. Münire Mine AYTEKİN, DDS

Organizasyon, Hazırlık, Yazışma Adresi /

Organization, Preperation and Correspondence

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Bilkent Yolu 3. km Ankara / Türkiye

Yayın Tarihi / Date of Issue: 12.02.2015

Dergimiz hakemli bir dergi olup üç ayda bir yayımlanmaktadır.
Yayımlanan makalelerin sorumluluğu yazarlara aittir.

Ankara Medical Journal “Sağlığın Başkenti”;
Index Copernicus, Journal Index, Journal TOCs, SHERPA/RoMEO, Türkiye Atıf Dizini,
Türk Medline, Journal Gate, Directory of Research Journal Indexing

Bilimsel Danışma Kurulu / Scientific Board

- Zekeriya AKTÜRK, Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD
- Ümit AYDOĞAN, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Aile Hekimliği AD
- Okay BAŞAK, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD
- Uğur BİLGE, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Aile Hekimliği AD
- Nafiz BOZDEMİR, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD
- Mustafa ÇELİK, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD
- Reşat DABAK, Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği
- Nezih DAĞDEVİREN, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD
- Serpil Demirağ AYDIN, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD
- Süleyman GÖRPELİOĞLU, Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt EAH Aile Hekimliği Kliniği
- Dilek GÜLDAL, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD
- Rabia KAHVECİ, Ankara Numune EAH Aile Hekimliği Kliniği
- İsmail Hamdi KARA, Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD
- Salih MOLLAHALILOĞLU, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Halk Sağlığı AD
- Kurtuluş ÖNGEL, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD
- Adem ÖZKARA, Ankara Numune EAH Aile Hekimliği Kliniği
- Esra SAATÇI, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD
- Mehmet SARGIN, Lütfi Kırdar Kartal EAH Aile Hekimliği Kliniği
- Oğuz TEKİN, Ankara EAH Aile Hekimliği Kliniği
- Dilek TOPRAK, Şişli Hamidiye Etfal EAH Aile Hekimliği Kliniği
- Zeynep TUZCULAR VURAL, İstanbul Haydarpaşa Numune EAH Aile Hekimliği Kliniği
- Mehmet UNGAN, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD
- İlhami ÜNLÜOĞLU, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD
- Murat ÜNALACAK, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD
- Hakan YAMAN, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD
- Ömer Hınç YILMAZ, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD

İçindekiler / Contents

Araştırma / Research

- 1 **D Vitamini Düzeylerinin Aylara, Cinsiyete ve Yaşa Göre Değerlendirilmesi**
Elmas Ögüş, Hatice Sürer, Aytün Ş. Kılınç, Vildan Fidancı, Gülsen Yılmaz, Nermin Dindar, Alpaslan Karakaş
- 6 **KOAH Hastaları Hastaneden Çıkıyor mu?**
Tarkan Özdemir, Leyla Yılmaz Aydın, Mustafa H. Türkkani, Tuncer Kılıç
- 10 **Bir Üniversite Hastanesi Diş Hekimliği Kliniğine Başvuran Bir Grup Hastanın Tıbbi Konsültasyon Formlarının Değerlendirilmesi**
Müjgan Güngör Hatipoğlu, Hasan Hatipoğlu
- 16 **Bronşektazili Hastalarda Ortalama Trombosit Hacmi ve Trombosit Dağılım Genişliğinin Değerlendirilmesi**
İbrahim Koç, Yusuf Doğan, Ayşen Dökme, Abdülaziz Kaya, Zeynel Abidin Karataş, Eray Mandollu, Adem Bayraktar

Derleme / Review

- 21 **Bilimsel Makaleler Nasıl Yayınlanır? Etkili Bir Makale İçin İpuçları**
B. Furkan Dağcıoğlu, Yusuf Üstü, Mehmet Uğurlu
- 26 **Etkin Sağlık Sistemleri İçin Güçlü Birinci Basamak**
Duygu Ayhan Başer, Rabia Kahveci, E. Meltem Koç, İsmail Kasım, İrfan Şencan, Adem Özkara

Olgu / Case Report

- 32 **El, Ayak ve Ağız Hastalığı: Olgu Sunumu**
Muhammed Harun Ünal, Sevim Öğülmüş, Sevdâ Azimetli, Ahmet Keskin, Mehmet Uğurlu
- 35 **Vajinismus Tedavisinde Hipnoterapi: Bir Olgu Sunumu**
Kenan Taştan, Memet Işık

Editörden / Editorial

Değerli Meslektaşlarım,

Ankara Medical Journal, 2014 yılı ilk sayısından itibaren Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalının ulusal süreli hakemli dergisi olarak yayın hayatındadır. 2015 yılı ilk sayısıyla birlikte sadece elektronik dergi olarak yayınlanmaya başlamıştır. Üç ayda bir yayınlanan dergimizin yayın dili Türkçe ve İngilizcedir.

Ankara Medical Journal'ın hedefi; birinci basamak sağlık hizmetlerini ilgilendiren Aile Hekimliği, Toplum Sağlığı, İş Sağlığı, Sağlık Politikaları, Tıp Eğitimi ve Sürekli Tıp Eğitimi alanlarında araştırma makaleleri yayınlamaktır. Bunun yanında derleme, olgu sunumu, editör görüşü ve editöre mektup da kabul edilmektedir.

Ankara Medical Journal Dergisi, Index Copernicus, Journal Index, Journal TOCs, SHERPA/RoMEO, Türkiye Atıf Dizini, Türk Medline ve Journal Gate, Directory of Research Journal Indexing tarafından indekslenmektedir.

Doç. Dr. Yusuf ÜSTÜ

D Vitamini Düzeylerinin Aylara, Cinsiyete ve Yaşa Göre Değerlendirilmesi Evaluation of Vitamin D Levels by Months, Sex and Age

Elmas Ögüş¹, Hatice Sürer¹, Aytün Ş. Kılınç¹, Vildan Fidancı¹, Gülşen Yılmaz¹,
Nermin Dindar¹, Alpaslan Karakaş¹

¹S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Biyokimya Bölümü

Özet

Amaç: D vitamini, kalsiyum absorpsiyonu ve kemik metabolizmasında etkilidir. Ayrıca düşük D vitamini düzeyleri DM, HT, kanser ve otoimmün hastalıkların yer aldığı çoğu kronik hastalık ile de ilişkilidir. Bu çalışmada laboratuvarımızda 2012 yılı Ocak-Aralık ayları arasında çalışılan D vitamini düzeylerinin incelenmesi amaçlandı.

Materyal ve Metot: 2012 yılında Ocak-Aralık ayları arasındaki 4168 hasta değerlendirildi ve yaş, cinsiyet ve D vitamini düzeyleri aylara göre gruplara ayrıldı.

Bulgular: Çalışmamızda 3242 (% 77,8) kadın ve 926 (%22,2) erkek yer aldı. Hastaların D vitamini düzeyleri ortalaması 22,80±13,27 ng/mL, kadınlarda 22,49±13,88 ng/mL, erkeklerde 23,75±10,57 ng/mL idi. Hastaların % 47'inde (kadınlarda % 50, erkeklerde %38) < 20 ng/mL D vitamini seviyeleri vardı (D vitamin yetersizliği için cut-off). D vitamini yetersizliğinde mevsimsel değişiklikleri incelemek için ortalama D vitamini düzeyleri karşılaştırıldığında tüm gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p<0,001).

Sonuç: Bizim sonuçlarımız, hastalar cinsiyet, yaş ve aylara göre karşılaştırıldığında, D vitamini düzeyleri arasında önemli bir fark olduğunu göstermiştir. Bu varyasyonlar klinik kararda önemli olabilir çünkü D vitamini düzeyleri cut-off'a göre değerlendirilmektedir ve bu cut-off cinsiyet ve mevsim açısından farklı değildir.

Anahtar Kelimeler: D vitamini, varyasyon, cinsiyet, yaş

Summary

Aim: Vitamin D is effective in calcium absorption and bone metabolism. Also, decreased vitamin D levels are associated with most of the chronic diseases such as DM, HT, cancer and autoimmune diseases. In this study, we aimed to investigate vitamin D levels that are carried out in our laboratory between January and December in 2012.

Material and Method: A total of 4168 patients between January and December in 2012 were evaluated and age, sex and vitamin D levels classified by month.

Results: In our study, 3242 (77,8 %) female and 926 (22,2 %) male were included. Mean vitamin D levels were 22,80±13,27 ng/mL, 22,49±13,88 ng/mL in female patients, 23,75±10,57 ng/mL in male patients. 47 % of patients (50 % in female 38 % in male) have vitamin D levels under < 20 ng/mL (cut-off for vitamin D deficiency).

Conclusion: Our results showed that there was an important difference between vitamin D levels when patients compared according to sex, age and months. These variations may be important in clinical decisions because vitamin D levels were evaluated according to deficiency cut-off and this cut-off is not different for sex and seasons.

Keywords: Vitamin D, variations, age, sex

Giriş

D vitamini doğumdan ölüme kadar büyüme, gelişme ve sağlıklı bir iskelet yapısı için önemi bilinen en eski hormonlardan biridir. Güneş ışığına maruz kalan bitki ve hayvanlar D vitamini sentezleme yeteneğine sahiptir. Normalde D vitamini güneş ışınlarının etkisi ile deride sentez edilir. D vitamininin deride sentezlenen kolekalsiferol (vitamin D3) ve besinlerle alınan ergokalsiferol (vitamin D2) olmak üzere iki formu vardır. Yeterli düzeyde vitamin D3 sentezi ya da

diyetle alımı yaşam boyu kemik sağlığı için esastır. D vitamininin temel görevi çocuklarda büyüyen kemik dokusunun, erişkinlerde ise kemiğin yeniden yapımı, mineralizasyonu için gerekli kalsiyum ve fosfor düzeylerini sağlamaktır. D vitamini eksikliği, kemik yapım-yıkım hızında artma, osteoporoz ve osteomalazi, kalça ve diğer kemiklerdeki kırık riski artışı gibi sorunlara yol açmaktadır. Düşük D vitamini düzeyleri DM, HT, kanser ve otoimmün

Yazışma Adresi / Correspondence

Elmas Ögüş

Tıbbi Biyokimya Bölümü, S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 06340 Ankara

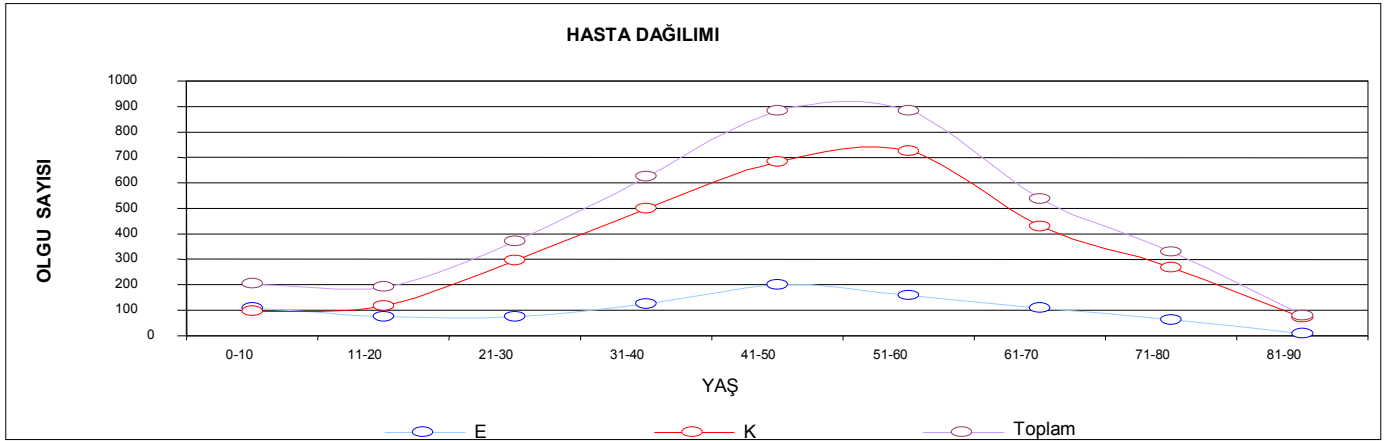
e-posta: elmasogus@yahoo.com.tr

Tel: 0312 595 32 18 / 0532 684 48 24

Geliş Tarihi: 04.11.2014

Kabul Tarihi: 28.12.2014

(Çalışma 24. Ulusal Biyokimya Kongresi 25-28 Eylül 2012, Konya'da poster olarak sunulmuştur)



Şekil 1. Yaşa ve Cinsiyete Göre Hasta Dağılımı

hastalıkların yer aldığı çoğu kronik hastalık ile de ilişkilidir. Epidemiyolojik çalışmalar D vitamini eksikliğinin çeşitli kanserlerde (kolon, meme gibi) etiyolojik rol oynadığını göstermiştir.^{1,2}

Ev içinde yaşam, giyim tarzı, güneşin zararlı etkilerinden koruyucu yüksek faktörlü krem kullanımı, mevsimsel değişiklikler gibi nedenlerle güneş ışığı alımının azlığına bağlı olarak günümüzde D vitamini yetersizliği daha sık görülen bir sorun haline gelmiştir.³ Çalışmamızda Ankara ve civarında üçüncü basamak bir Eğitim Araştırma Hastanesine başvuran hastalardaki D vitamini eksiklik oranlarının belirlenmesi, D vitamini eksiklik prevalansının cinsiyet, yaş ve aylara göre değişiminin incelenmesi amaçlandı.

Materyal ve Metot

Çalışmamızda 2012 yılı Ocak-Aralık ayları arasındaki 4168 hasta değerlendirildi. Hastaların yaş, cinsiyet ve D vitamini düzeyleri aylara göre gruplara ayrıldı. D vitamini düzeylerine göre hastalar; < 10 ng/mL ciddi eksiklik, 10-20 ng/mL hafif-orta derece eksiklik, 30-80 ng/mL optimal düzey olarak değerlendirildi. D vitamini düzeyi 80 ng/mL üzerinde olan hastalar değerlendirme dışı bırakıldı. Serum D vitamini düzeyleri Zivak (Türkiye) Tandem Gold LC-MS/MS ile tayin edildi. İstatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 15.0 programı ile One-Way Anova testi kullanıldı ve $p < 0.05$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Hastaların yaşa ve cinsiyete göre hasta dağılımı Şekil 1'de verilmiştir. Aylara göre D vitamini düzeyleri ortalama \pm standart sapma olarak Tablo 1'de ve Şekil 2'de verilmiştir.

Öğüş ve arkadaşları

Hasta örneklerinin geldiği bölüme göre dağılımı incelendiğinde; %33,7' i Endokrinoloji, %23,8'i İç Hastalıkları, %16,6'ı Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, %12,8'i Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ve %13,1'i diğer bölümlerden oluşmakta idi.

Hastalar cinsiyetlerine göre değerlendirildiğinde; 3242 (% 77,8) kadın, 926 (% 22,2) erkek idi. Hastaların D vitamini düzeyleri ortalaması total olarak değerlendirildiğinde $22,80 \pm 13,27$ ng/mL, kadınlarda $22,49 \pm 13,88$ ng/mL, erkeklerde $23,75 \pm 10,57$ ng/mL bulundu. Hasta sonuçlarının % olarak değerlendirildiğinde totalde % 47'i, kadınlarda % 50 ve erkeklerde % 38'i D vitamini eksikliği için tanımlanan değerlerin (< 20 ng/mL) altında idi. D vitamini yetersizliği için kabul edilen 20-30 ng/mL için bu değerler sırasıyla; % 28, % 26 ve % 33 olarak bulundu. Optimal düzey olan > 30 ng/mL ise sırasıyla; % 25, % 24 ve % 29 idi. D vitamini düzeylerine göre hastaların % dağılımı Şekil 3'de verilmiştir. D vitamini düzeylerinde cinsiyetler arasındaki fark anlamlı idi ($p < 0,05$). Aylara göre değerlendirmede mevsimsel değişiklikler esas alındı ve üçer aylık dört grup halinde yapılan karşılaştırmalarda tüm gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p < 0,001$).

Tartışma

D vitamini yağda eriyen steroid hormon olarak da sınıflandırılan bir vitamin olup, kalsiyum ve fosfatın barsaklardan emilimini artırarak kemik metabolizmasını etkiler. Vitamin D' nin temel görevi çocuklarda büyüyen kemik dokusunun, erişkinlerde ise kemiğin yeniden yapımı; mineralizasyonu için gerekli kalsiyum ve fosfor düzeylerini sağlamaktır.

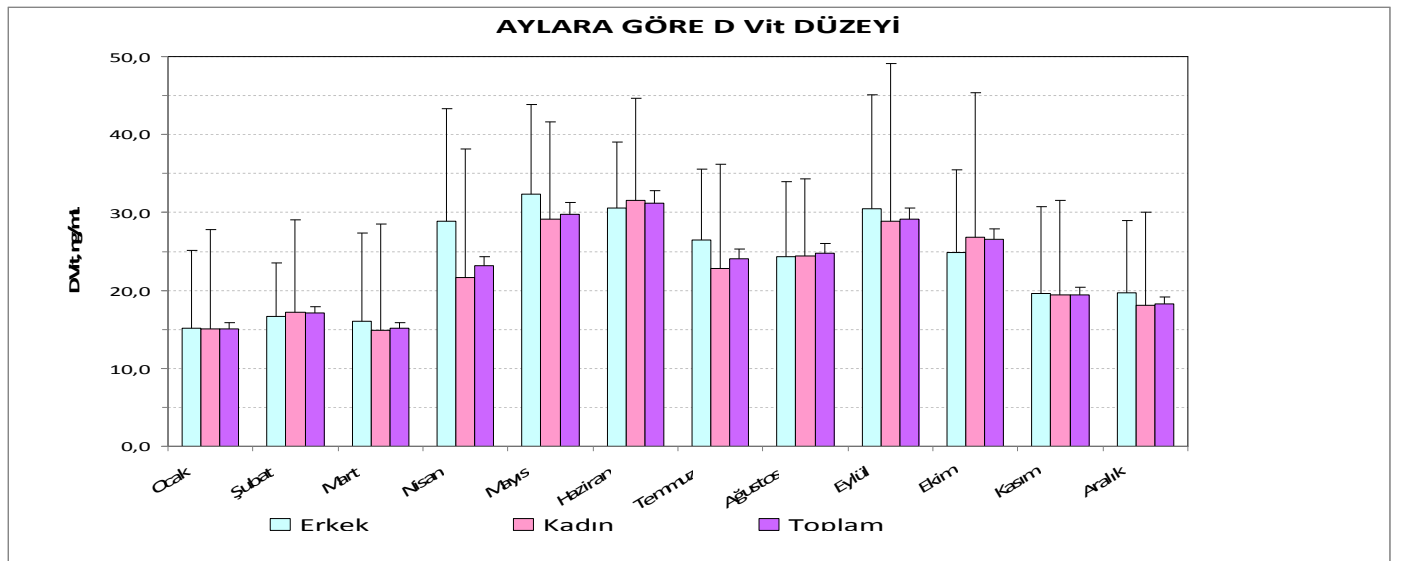
Tablo 1. Aylara Göre D vitamini Düzeyleri (ng/mL)

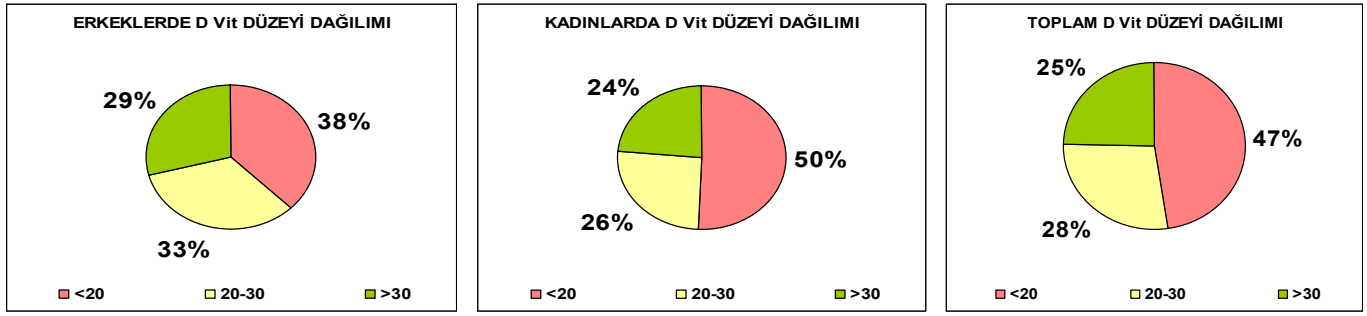
Aylar	Erkek			Kadın			Toplam		
	n	Ortalama	Std. Sapma	n	Ortalama	Std. Sapma	n	Ortalama	Std. Sapma
Ocak	69	15,18	9,99	162	15,07	12,78	231	15,10	12,00
Şubat	83	16,63	6,88	236	17,23	11,85	319	17,08	10,78
Mart	71	16,05	11,29	290	14,88	13,63	361	15,11	13,20
Nisan	75	28,89	14,41	284	21,61	16,49	359	23,13	16,33
Mayıs	82	32,37	11,50	353	29,16	12,49	435	29,77	12,36
Haziran	133	30,57	8,44	257	31,58	13,11	390	31,24	11,73
Temmuz	203	26,46	9,10	376	22,82	13,35	579	24,09	12,15
Ağustos	46	24,36	9,56	267	24,42	9,90	313	24,81	9,89
Eylül	47	30,47	14,63	240	28,84	20,30	287	29,11	19,47
Ekim	37	24,84	10,66	228	26,80	18,59	265	26,53	17,69
Kasım	49	19,59	11,15	293	19,41	12,14	342	19,44	11,99
Aralık	31	19,69	9,24	256	18,06	11,94	287	18,24	11,67
Toplam	926			3242			4168		

Günümüzde D vitamini yetersizliği daha sık görülen bir sorun haline gelmiştir.²⁻⁵ D vitamini eksikliğinin yaygın olması (% 20-100) nedeniyle düzey belirleme analizleri giderek artmaktadır. Vitamin D düzeylerinde eksiklik <20 ng/mL, yetersizlik 21-29 ng/mL, yeterli vitamin D düzeyi ise >30 ng/mL olarak tanımlanmaktadır.⁵ Somon, ton, uskumru, sardalya gibi yağlı balıklar, yumurta sarısı, süt, brokoli, maydanoz, yeşil soğan gibi yiyecekler D vitamini yönünden zengindir, ancak hiçbir gıda günlük ihtiyacı karşılayacak kadar içermez. En önemli kaynak güneş ışınları etkisiyle deride sentezlenen D vitamindir. Anne sütünün D vitamini içeriği düşük olması nedeniyle kış aylarında, güneş görmeyen, yeterli D vitamini desteği almayan 4 ay-3 yaş arası çocuklarda Rikets hastalığı gelişir: hipokalsemi, konvülsiyon,

ağır bina kemiklerde eğilme, kas güçsüzlüğü, diş gelişim bozukluğu ve büyüme geriliği ile seyredir.^{2,6}

Vitamin D düzeyi eksikliği, kemik yapım-yıkım hızında artma, osteoporoz ve osteomalazi, Düşük vit D düzeyleri DM, hipertansiyon, kanser ve otoimmün hastalıkların yer aldığı çoğu kalça ve diğer kemiklerdeki kırık riski artışı gibi sorunlara yol açmaktadır, dolayısıyla mortalitede etkilidir ve dünyada önemli bir sağlık problemi haline gelmiştir.⁷ kronik hastalık ile ilişkilidir. Epidemiyolojik çalışmalar D vitamini eksikliğinin çeşitli kanserlerde (kolon, meme gibi) etiyolojik rol oynadığını göstermiştir. Preklinik çalışmalar vitamin D'nin aktif metaboliti olan 1,25di(OH)D3 (calcitriol) ya da vitamin D analoglarının apopitozisi aktive, angiogenesisi inhibe eden

**Şekil 2.** Aylara Göre D vitamini Düzeyleri



Şekil 3. D vitamini Düzeylerine Göre Hasta Dağılımı

anti-proliferatif etkileri nedeniyle potansiyel anti-kanser ajanlar olduğunu göstermiştir.⁸⁻¹⁰

Kurt ve arkadaşları çalışmalarında osteoporoz tanısı ile izlenen 940 hastanın D vitamini düzeylerini incelemişlerdir. Sonuçların %70'i normalin altında ve kadınlarda ortalama D vitamini düzeylerini anlamlı biçimde daha düşük bulmuşlardır.¹¹

Hekimsoy ve arkadaşları çalışmalarında kış mevsiminde ve kırsal bölgede yaşayan 20 yaş üstü 391 hastanın D vitamini düzeylerini incelemişlerdir. Genel olarak D vitamini düzeylerinin ortalamasını $16,9 \pm 13,09$ ng/mL bulmuşlardır. Bunun %74,9'u <20 ng/mL, %13,8'i 20-30 ng/mL ve %11,3'ü ise >30 ng/mL'dir. Kadınlarda eksikliğin % 78,7 olarak erkeklerden % 66,4 daha fazla olduğunu bulmuşlardır.¹²

Bolland ve arkadaşları, çalışmalarında Yeni Zelanda'da yaşayan sağlıklı post-menopozal 1606 kadın ve orta ve ileri yaşta 378 erkek hastada D vitamini düzeyleri < 50 nmol/L (< 20 ng/mL) olan kadınları % 73 ve erkekleri % 39 olarak bulmuşlar ve D vitamini yetersizliğinde mevsimsel değişiklikleri incelemişlerdir.¹³

Kanan ve arkadaşları, çalışmalarında Suudi 1556 pre ve post menopozal ayaktan kadın hastada vitamin D düzeylerinde mevsimsel değişiklikleri incelemiş ve post-menopozal kadınlarda 10-20 µg vitamin D3 rutin uygulanmasına rağmen D vitamini eksikliğini yaygın bulmuşlardır.¹⁴

Vuceljic ve arkadaşları, Sırbistan'da 95 postmenopozal kadın hastanın % 88,4'ünde D vitamini düzeylerini < 75 nmol/L (< 30 ng/mL) olarak bulmuşlardır. Kış mevsiminde yetersizlik % 94,5, yaz mevsiminde %80 ve aralarındaki farkı anlamlı ($p < 0,05$) bulmuşlardır.¹⁵

Çalışmamızda hastaların D vitamini düzeyleri $22,80 \pm 13,27$ ng/mL bulundu. Sonuçlar genel olarak değerlendirilirse %47'si D vitamini eksikliği için tanımlanan değerlerin (< 20 ng/mL) altında, %28' i yetersizliği için kabul edilen 20-30 ng/mL arasında ve %25'i ise optimal düzey olan > 30 ng/mL idi. Sonuçlarımız benzer çalışmalar ile uyumlu bulunmuştur.

Holick ve arkadaşları tarafından vitamin D eksikliğinin değerlendirilmesi, önlenmesi ve tedavisi için hazırlanan Endokrinoloji derneği klinik pratik kılavuzunda sadece risk grubu hastalarda (rikets, osteomalazi, osteoporoz, yaşlılar, hamile ve emziren kadınlar, obez çocuklar, hiperparatiroidi, sarkoidoz, lenfoma, kronik böbrek yetmezliği, ilaç kullanımı gibi) D vitamini düzeylerine bakılması önerilmiştir.⁵

Her ne kadar D vitamini kullanımı birçok hastalık için umut verici olsa da eksiklik düzeyleri cut-off'a göre değerlendirilmektedir ve bu cut-off cinsiyet ve mevsim açısından farklı değildir. Çalışmalarda tek bir cut-off değeri olması nedeniyle ölçüm yöntemleri (tandem -MS spektrometri, RİA ve otomatize immunoassay sistemleri) arasındaki farklılığın göz önünde bulundurulması ve D vitamini tayini için standardizasyon çalışmaları yapılmasının gerekliliği ifade edilmektedir.¹⁶

Çalışmamızda D vitamini tayini için kullanılan tandem LC-MS/MS ile hem 25(OH) D2 hem de 25(OH) D3'ü kantitatif olarak ölçülmektedir ve D vitaminlerinin düşük ve yüksek düzeyleri için varyasyon katsayısı (CV) değerlerimiz 25(OH) D2 için sırasıyla % 5,3 ve % 9,2, 25(OH) D3 için sırasıyla %8,6 ve %7,9 bulunmuştur. Önceki çalışmalarda tandem LC-MS/MS yöntemi ile D vitamini tayini için intraassay ve interassay CV değerleri 25(OH) D2 için sırasıyla <%9 ve <%16, 25(OH) D3 için sırasıyla <%7 ve <%11 olarak verilmiştir ve çalışma sonuçlarının RİA yöntemi

ile bulunan sonuçlara göre % 13 yüksek olduğu gösterilmiştir.¹⁷ Sonuç olarak çalışmamızda yaş, cinsiyet, mevsimsel değişiklikler ve çalışma popülasyonunun farklılığı açısından genel olarak değerlendirme yapılmıştır. Hastaların % 75 'inde D vitamini düzeyleri eksiklik değerlerinde normalin altında bulunmuştur. Kadınlarda anlamlı olarak daha düşük düzeydedir. D vitamini tedavisi

gerektiren hastalarda mevsimsel değişikliklerin önemini bir kez daha göz önünde bulundurmak açısından çalışmamızın sonuçları önem taşımaktadır. Hasta sayısı olarak yeterli olmasına rağmen risk faktörlerinin ve D vitamini ile ilişkili diğer parametrelerin de birlikte değerlendirilmesi uygun olacaktır.

Kaynaklar

- Holick MF. Vitamin D: A millenium perspective. *J Cell Biochem* 2003;88(2):296-307.
- Holick MF. Vitamin D deficiency. *N Engl J Med* 2007;357(3): 266-81.
- Holick MF, Chen TC. Vitamin D deficiency: a worldwide problem with health consequences. *Am J Clin Nutr* 2008;87(4):1080S-6S.
- Tangpricha V, Pearce EN, Chen TC, Holick MF. Vitamin D insufficiency among free-living healthy young adults. *Am J Med* 2002;112(8):659-62.
- Holick MF, Binkley NC, Bischoff-Ferrari HA, Gordon CM, Hanley DA, Heaney RP, Hassan Murad M, Weaver CM. Evaluation, treatment, and prevention of vitamin D deficiency: an endocrine society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2011;96(7):1911-30.
- Dimitri P, Bishop N. Rickets: new insights into a re-emerging problem. *Curr Opin Orthop* 2007;18(5):486-93.
- Kuroda T, Shiraki M, Tanaka S, Ohta H. Contributions of 25-hydroxyvitamin D, co-morbidities and bone mass to mortality in Japanese postmenopausal women. *Bone* 2009;44(1):168-72.
- Garland CF, Garland FC, Gorham ED, Lipkin M, Newmark H, Mohr SB, Holick MF. The role of vitamin D in cancer prevention. *Am J Public Health* 2006;96(2):252-61.
- Deeb KK, Trump DL, Johnson CS. Vitamin D signalling pathways in cancer: potential for anticancer therapeutics. *Nat Rev Cancer* 2007;7(9):684-700.
- Forman JP, Curhan GC, Taylor EN. Plasma 25-Hydroxyvitamin D levels and risk of incident hypertension among young women. *Hypertension* 2008;52(5):828-32.
- Kurt M, Cömertoğlu İ, Sarp Ü, Yalçın P, Dinçer G. Osteoporozlu hastalarda D vitamini düzeyleri. *Türk Osteoporoz Dergisi* 2011; 17(3):68-70.
- Hekimsoy Z, Dinç G, Kafesciler S, Onur E, Güvenç Y, Pala T, et al. Vitamin D status among adults in the Aegean region of Turkey. *BMC Public Health* 2010;10(1):782.
- Bolland MJ, Grey AB, Ames RW, Mason BH, Horne AM, Gamble GD, Reid IR. The effects of seasonal variation of 25-hydroxyvitamin D and fat mass on a diagnosis of vitamin D sufficiency. *Am J Clin Nutr* 2007;86(4):959-64.
- Kanan RM, Al Saleh YM, Fakhoury HM, Adham M, Aljaser S, Tamimi W. Year-round vitamin D deficiency among Saudi female out-patients. *Public Health Nutr* 2013;16(3):544-8.
- Vuceljic M, Ilic-Stojanovic O, Lazovic M, Grajic M. Vitamin D and parathyroid hormone in relation to bone mineral density in postmenopausal women. *Vojnosanit Pregl* 2012;69(3):243-8.
- van den Quweland JM, Beijers AM, Demacker PM, van Daal HM. Measurement of 25-OH-vitamin D in human serum using liquid chromatography tandem-mass spectrometry with comparison to radioimmunoassay and automated immunoassay. *J Chromatogr B Analyt Technol Biomed Life Sci* 2010;878(15-16):1163-8.
- Chen H, McCoy LF, Schleicher RL, Pfeiffer CM. Measurement of 25(OH)D3 and 25(OH)D2 in human serum using liquid chromatography-tandem mass spectrometry and its comparison a radioimmunoassay method. *Clin Chem Acta* 2008;391(1-2):6-12.

KOAH Hastaları Hastaneden Çıkıyor mu? Are COPD Patients Not Discharged From Hospital?

Tarkan Özdemir¹, Leyla Yılmaz Aydın², Mustafa H. Türkkani³, Tuncer Kılıç⁴

¹Çorum Göğüs Hastalıkları Hastanesi, Çorum

²Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Düzce

³Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

⁴Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara

Özet

Amaç: “KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı) hastaları hastaneye çok sık yatıyor ve yatınca da kolay kolay taburcu olmuyor” ön yargısı sıklıkla dile getirilmektedir. Çalışmamızda bu ön yargının doğru olup olmadığını araştırmayı amaçladık.

Materyal ve Metot: Çorum Göğüs Hastalıkları Hastanesi’nde 1 Ocak 2009-31 Aralık 2010 tarihleri arasında KOAH tanısı ile yatan hastaların yatış sayıları ve süreleri ile ilgili veriler hastane bilgi ve yönetim sisteminden (HBYS) alınarak retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çorum Göğüs Hastalıkları Hastanesi’nde 2009 ve 2010 yıllarında toplam yatış sayısı sırasıyla 5148 ve 5420 olup toplam 10568’dir. Tüm yatış nedenleri arasında KOAH’a bağlı yatış sayısı 2009 yılında 2046 (% 39,7), 2010 yılında 2147 (%39,6), toplamda ise 4193 (%39,6) olup ilk sırada yer almaktadır.

2009 yılında 1458 KOAH’lı hasta toplamda 2046 kez hastaneye yatırılmıştır. Hastaların %76,8’i sadece 1 kez, %14,5’i 2 kez yatırılmıştır. Aynı hastanın 3 veya daha fazla olan yatışları sık hospitalizasyon olarak değerlendirildiğinde 2009 yılında hastaların % 8,5’i bu grupta yer almıştır. 2010 yılında 1523 KOAH’lı hasta toplamda 2147 kez yatırılmıştır. Hastaların %76,6’sı sadece 1 kez, %14,3’ü 2 kez yatırılmıştır. 2010 yılında hastaların % 8,8’i sık hospitalizasyon grubunda yer almıştır. 2009 ile 2010 yılları karşılaştırıldığında oranlar benzer bulunmuştur. KOAH hastalarının ortalama yatış süreleri 2009 yılında 9,8 gün/hasta iken 2010 yılında 10,6 gün/hasta’dır.

Sonuç: KOAH hastalarında mükerrer yatış oranları düşük tespit edilmiş olup, yatış süreleri beklenildiğinden düşük çıkmıştır.

Anahtar Kelimeler: KOAH, hastaneye yatış

Summary

Objective: “COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) patients are often hospitalized and not easily discharged” prejudice is often expressed. We aimed to investigate whether this bias is correct or not in our study.

Materials and Methods: Data about duration and number of hospitalizations of COPD patients hospitalized between January 1, 2009 and December 31, 2010 in Çorum Chest Diseases Hospital was obtained from hospital information management system (HIMS) and evaluated retrospectively.

Results: Number of hospitalizations in Çorum Chest Diseases Hospital was 5148 and 5420 respectively in 2009 and 2010 (Total 10568). Number of hospitalizations due to COPD was 2046 (39.7%) in 2009, 2147 (39.6%) in 2010 and 4193 (39.6%) totally; ranking first. In 2009, 1458 COPD patients were hospitalized 2046 times. 76.8% of the patients were hospitalized only once, 14.5% of them twice. Hospitalization of three or more of the same patient, which is considered as frequent hospitalization; 8.5% of patients in 2009 were included in this group. In 2010, a total of 1523 COPD patients were hospitalized 2147 times. 76.6% of patients were hospitalized only once, 14.3% twice. In 2010, 8.8% of patients were included in the group of frequent hospitalization. In 2010 compared with 2009 rates were similar. The average length of stay of patients with COPD in 2009 is 9.8 days / patient and 10.6 days / patient in 2010.

Conclusion: Low repeating hospitalization rates in patients with COPD has been identified, duration of hospitalization was lower than expected.

Keywords: COPD, hospitalization

Yazışma Adresi / Correspondence

Yrd. Doç. Dr. Tuncer Kılıç

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

e-posta: tuncerkilic@gmail.com

Geliş Tarihi: 08.08.2014

Kabul Tarihi: 12.10.2014

Giriş

KOAH, tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de mortalitesi, morbiditesi ve ekonomik yükü yüksek bir halk sağlığı sorunudur. Mortalite ve morbiditesi yüksek olan KOAH, uzun süreli ve sık hastane yatışlarına da sebep olabilmektedir. KOAH hastalarının sağlık maliyeti KOAH olmayanlara göre yaklaşık 2,5 kat yüksek olduğu saptanmıştır.¹ Ekonomik yük, hastalık ilerledikçe alevlenme gelişimine ve hastaneye yatış ihtiyacına bağlı olarak artmaktadır. Hava yolu obstrüksiyonunun şiddeti arttıkça, komorbiditelerin hastaneye yatış riskini, mortaliteyi ve sağlık harcamalarını arttırdığı bilinmektedir.^{2,3} KOAH’lı hastaların solunum yolu enfeksiyonları ile ilişkili olarak akut alevlenme nedeniyle hastaneye yatışları siktir. Alevlenmeler, sağlık kaynaklarının kullanımında ve hastaneye yatışta artışa yol açmaktadır.⁴ Hastaneye yatış sıklığı KOAH’da prognostik öneme sahip parametreler arasında yer almaktadır. Tanı ve tedavi rehberlerinde hasta izleminde hastaneye yatışın ve sıklığının belirlenmesi önerilmektedir.

KOAH denilince birçok insanın aklına; bakıma muhtaç, hayatlarının büyük bir kısmını hastanede geçiren yaşlı ve düşkün insanlar gelmektedir. Gerçekten diğer dâhili branşların kronik hasta gruplarında olduğu gibi göğüs hastalıkları branşının hastaları içinde de bu tarz bakım hastaları bulunmaktadır. Ancak genel kanıyı doğrular derecede KOAH’da mükerrer yatışlar yüksek bir orana mı sahiptir? Ya da hastanede yatış süreleri çok mu uzundur? Toplumda ve hatta farklı branştan doktorlar arasında, “KOAH hastaları hastaneye çok sık yatıyor ve yatınca da kolay kolay taburcu olmuyor.” ön yargısı sıklıkla dile getirilmektedir. Çalışmamızda bu ön yargının doğru olup olmadığını tespit etmeği amaçladık.

Materyal ve Metot

Çorum Göğüs Hastalıkları Hastanesi’nde 1 Ocak 2009- 31 Aralık 2010 tarihleri arasında KOAH tanısı ile yatışı yapılmış hastaların yatış sayıları ve süreleri ile ilgili veriler hastane bilgi ve yönetim sisteminden (HBYS) alınarak retrospektif olarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel değerlendirmede “SPSS 18,0 for Windows” programı kullanıldı.

Tanımlayıcı istatistiksel frekans ve yüzdeler ile değerlendirme yapılmıştır.

Bulgular

Çorum Göğüs Hastalıkları Hastanesi’nde 2009 ve 2010 yıllarında toplam yatış sayısı sırasıyla 5148 ve 5420 olup toplam 10568’dir. Tüm yatış nedenleri arasında KOAH’a bağlı yatış sayısı 2009 yılında 2046 (% 39,7), 2010 yılında 2147 (%39,6), toplamda ise 4193 (%39,6) olup ilk sırada yer almaktadır.

2009 yılında 1458 KOAH’lı hasta toplamda 2046 kez hastaneye yatırılmıştır. Hastaların %76,8’i sadece 1 kez, %14,7’si 2 kez yatırılmıştır. Aynı hastanın 3 veya daha fazla olan yatışları sık hospitalizasyon olarak değerlendirildiğinde 2009 yılında hastaların % 8,5’i bu grupta yer almıştır.

2010 yılında 1523 KOAH’lı hasta toplamda 2147 kez yatırılmıştır. Hastaların %76,8’si sadece 1 kez, %14,4’ü 2 kez yatırılmıştır. 2010 yılında hastaların % 8,8’i sık hospitalizasyon grubunda yer almıştır. 2009 ile 2010 yılları karşılaştırıldığında oranlar benzer bulunmuştur.

KOAH hastalarının ortalama yatış süreleri 2009 yılında 9,8 gün/hasta iken 2010 yılında 10,6 gün/hasta’dır.

Hastanemize 2009 yılında yatan bir KOAH hastasının ortalama tedavi maliyeti 1143 TL (762,80 \$) iken 2010 yılında 1433 TL (927,5 \$) olarak bulunmuştur. 2009 yılında yatan KOAH hastalarının toplam tedavi ücreti 2340000 TL (1565741 \$), 2010 yılında ise 3,070,000 TL (1,987,055 \$) olup hastanenin gelir bütçesinin yaklaşık % 23’lük dilimini oluşturmuştur.

Tartışma

KOAH, tüm dünyada, özellikle de gelişmekte olan ülkelerde giderek artan önemli bir küresel sağlık sorunudur. Buna karşın, hastalık kamuoyu ve sağlık görevlilerince iyi bilinmemekte ve hastaların yarısından fazlası henüz teşhis edilmemiş durumdadır.⁵

Mortalite ve morbiditesi yüksek olan KOAH, uzun süreli ve sık hastane yatışlarına da sebep olabilmektedir. Blanchette ve ark. KOAH’lı hasta grubunda ortalama yatış süresini 8,7±9,9 gün olarak bildirmişlerdir.⁶ Çin’de yapılan bir çalışmada ise yatış süresi oldukça uzun (20,7±16,3) bulunmuştur.⁷

Tablo 1. 2009 Yılında KOAH Hastalarının Mükerrer Yatış Oranları

Yatış sayısı	1 kez	2 ve üstü	3 ve üstü	4 ve üstü	5 ve üstü
Yatan hasta oranı	%76,8	%23,2	%8,5	%3,7	%2,2
Yatış sayısı	1 kez	2 kez	3 kez	4 kez	5 ve üstü
Yatan hasta oranı	%76,8	%14,7	%4,8	%1,5	%2,2

Tablo 2. 2010 Yılında KOAH Hastalarının Mükerrer Yatış Oranları

Yatış sayısı	1 kez	2 ve üstü	3 ve üstü	4 ve üstü	5 ve üstü
Yatan hasta oranı	%76,8	%23,2	%8,8	%3,9	%2,2
Yatış sayısı	1 kez	2 kez	3 kez	4 kez	5 ve üstü
Yatan hasta oranı	%76,8	%14,4	%4,9	%1,7	%2,2

Hollanda’da KOAH için ortalama yatış süresi 16 gün olarak saptanmıştır.⁸ İngiltere ve Birleşik Krallık kayıtlarına göre 1994 yılında KOAH olgularının hastanede yatış süresi 9,9 gün olarak saptanmıştır.⁹

Hacıevliyagil ve ark. yaptıkları çalışmada göğüs hastalıkları servisinde yatan hastaların hastanede ortalama yatış süreleri değerlendirilmiş, en uzun süreli hastane yatışı KOAH’da (12,1 gün/hasta) bulunmuş, bunun da yüksek maliyete sebep olduğu belirtilmiştir.¹⁰ Varol ve ark. yaptıkları çalışmada KOAH hastalarının ortalama yatış süresini 9,86 gün tespit etmişlerdir.¹¹ Örnek ve ark. yaptıkları çalışmada hastanede ortalama yatış süreleri $11,38 \pm 6,94$ gün olarak tespit edilmiştir.¹² Bizim çalışmamızda ise ortalama yatış süresinin 2009 yılında 9,8 ve 2010 yılında 10,6 gün/hasta bulunması KOAH hastalarının sanılan aksine haftalarca hastanede yatmadığını göstermektedir.

Kanada Toraks Derneği’nin “KOAH’ın İnsani ve Ekonomik Yükü Raporu”nda KOAH’lı hastaların %18’inin bir yıl içinde bir kez, %14’ünün ise bir yıl içinde iki kez tekrar yatışı olduğu bildirilmiştir.¹³

Bizim çalışmamızda 2009 yılında hastaneye yatan hastaların %76,8’i sadece 1 kez, %14,7’si 2 kez yatırılmıştır. Aynı hastanın 3 veya daha fazla olan yatışları sık hospitalizasyon olarak değerlendirildiğinde 2009 yılında hastaların % 8,5’i bu grupta yer almıştır. 2010 yılında hastaneye yatan hastaların %76,8’i sadece 1 kez, %14,4’ü 2 kez yatırılmıştır. 2010 yılında

hastaların % 8,8’i sık hospitalizasyon grubunda yer almıştır. 2009 ile 2010 yılları karşılaştırıldığında oranlar benzer bulunmuştur.

KOAH, tüm dünyada önde gelen mortalite ve morbidite nedenidir. Mortalite ve morbiditesinin önümüzdeki yıllarda artması beklenmektedir. Neden olduğu büyük ekonomik ve sosyal yük giderek artmaktadır. KOAH’ın hastalık yükünün, risk faktörleriyle sürekli karşılaşma ve dünya nüfusunun giderek yaşlanmasına paralel olarak önümüzdeki yıllarda artmaya devam edeceği öngörülmektedir. Ancak Türkiye’de KOAH’ın neden olduğu hastalık yükü ile ilgili ulusal düzeyde yeterli veri bulunmamaktadır.⁵

KOAH’da tanı ve tedavi harcamaları gibi doğrudan ve sakatlığın ekonomik sonuçları, kaybedilen iş gücü, erken ölüm gibi dolaylı maliyetler oldukça yüksek düzeydedir. Gerek sakatlık nedeniyle kaybedilen yıllar olarak tanımlanan “YLD” (Year of healthy Life lost due to Disability), gerekse erken ölümler ve sakatlık nedeniyle kaybedilen yılların toplamı olarak tanımlanan “DALY” (Disability Adjusted Life Years) açısından KOAH önemli bir morbidite nedenidir ve ileri yıllarda hastalığın yaygınlaşmasına paralel olarak KOAH’a bağlı YLD ve DALY’nin artması beklenmektedir.

Sağlık Bakanlığınca 2002-2004 tarihleri arasında yürütülen ve “Küresel Hastalık Yükü” (Global Burden of Study) yöntemi kullanılarak yapılan çalışmada KOAH, DALY nedenleri arasında %2,8 oranıyla 8. sırada yer almaktadır. KOAH, YLD

nedenleri arasında erkeklerde %3,1 oranıyla 6. sırada, kadınlarda %3,8 oranıyla 4. sıradadır.¹⁴ KOAH'ta doğrudan maliyet ve dolaylı maliyet oldukça yüksek düzeydedir. KOAH'ın neden olduğu küresel ekonomik maliyet 2,1 trilyon \$ düzeyindedir ve bu maliyetin 2030 yılına kadar 4,8 trilyon \$'a yükselmesi beklenmektedir.¹⁵

Varol ve ark. göğüs hastaları eğitim ve araştırma hastanesinde yaptıkları KOAH alevlenmesi nedeniyle yatışı yapılan hastaların değerlendirildiği çalışmada atak başına genel maliyet 1833 TL (1368,54 \$) olarak bulunmuştur. Hastane yatışı gerektiren KOAH alevlenmelerinde antibiyotik kullanımının, hastane kökenli enfeksiyon varlığının, uzun süreli oksijen tedavisinin ve yoğun bakımda tedavi görülmesinin maliyeti arttırdığı saptanmıştır.¹¹ Örnek ve ark. Tıp Fakültesi Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği'nde yaptıkları çalışmada KOAH alevlenme için hastanede bir hastanın ortalama maliyeti 1765 \$ ± 2139 olarak hesaplanmıştır. Standart hasta odasında maliyet 889 ± 533 \$ iken

yoğun bakım ünitesinde 2508 ± 2857 \$ olarak tespit edilmiştir.¹²

Bizim çalışmada ise hastanemize 2009 yılında yatan bir KOAH hastanın ortalama tedavi maliyeti 1143 TL (762,80 \$) iken 2010 yılında 1433 TL (927,5\$) olarak bulunmuştur. 2009 yılında yatan KOAH hastaların toplam tedavi ücreti 2340000 TL (1565741 \$), 2010 yılında ise 3070000 TL (1987055 \$) olup hastanenin gelir bütçesinin yaklaşık % 23'lük dilimini oluşturmuştur.

Sonuç

Çalışmamızın sonucuna göre hasta yatışlarında %39,6 ile birinci sırada KOAH hastalarının olması bu hastalığın ciddi bir hasta potansiyeli ve iş yükü oluşturduğunu göstermektedir. Çalışmamızda KOAH'ta yüksek oranda mükerrer yatış tespit etmedik. Çalışmamızda ortalama yatış süresinin 2009 yılında 9,8 ve 2010 yılında 10,6 gün/hasta olup sanılanın aksine KOAH hastaları haftalarca hastanede yatmamaktadır.

Kaynaklar

1. Grasso ME, Weller WE, Shaffer TJ et al. Capitation, managed care, and chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 1998; 158(1): 133-8.
2. Anthonisen NR, Connett JE, Enright PL, Manfreda J. Hospitalizations and mortality in the Lung Health Study. *Am J Respir Crit Care Med* 2002; 166(3): 333-9.
3. Foster TS, Miller JD, Marton JP, et al. Assessment of the economic burden of COPD in the US: a review and synthesis of the literature. *COPD* 2006; 3(4): 211-8.
4. Seemungal TA, Donaldson GC, Paul EA, et al. Effect of exacerbation on quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 1998; 157(5 Pt 1): 1418-22.
5. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA) Koruma, Tanı ve Tedavi Raporu. Türk Toraks Derneği KOAH Çalışma Grubu;2014.
6. Blanchette CM, Gutierrez B, Ory C, Chang E, Akazawa M. Economic Burden in Direct Costs of Concomitant Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Asthma in a Medicare Advantage Population. *J Manag Care Pharm* 2008; 14(2): 176-85.
7. Chen Y, Yao W, Cai B, Wang H, Deng X, Gao H, et al. Economic analysis in admitted patients with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. *Chin Med J (Eng)* 2008; 121(7): 587-91.
8. Rutten-van Molken MP, Postma MJ, Joore MA, et al. Current and future medical costs of asthma and chronic obstructive pulmonary disease in the Netherlands. *Respir Med* 1999; 93(11): 779-87.
9. Sullivan SD, Ramsey SD, Lee TA. The economic burden of COPD. *Chest* 2000; 117(Suppl 2): 5S-9S.
10. Hacıevliyagil SS, Mutlu LC, Gülbaş G, Yetkin Ö, Günen H. Göğüs Hastalıkları Servisine Yatan Hastaların Hastane Yatış Maliyetlerinin Karşılaştırılması. *Toraks Dergisi* 2006; 7(1):11-16.
11. Varol Y, Varol U, Başer Z, Usta L, Balcı G, Özacar R. The Cost of COPD Exacerbations Managed in Hospital. *Türk Toraks Derg* 2013; 14(1):19-23.
12. Ornek T, Tor M, Altın R, et al. Clinical factors affecting the direct cost of patients hospitalized with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Med Sci* 2012; 9(4): 285-90.
13. The Human and Economic Burden of COPD: A Leading Cause of Hospital Admission in Canada. *Canadian Thoracic Society*; February 2010.
14. Republic of Turkey Ministry of Health Refik Saydam Hygiene Center Presidency School of Public Health. Turkey National Burden of Disease and Cost Effectiveness Study: National Household Survey 2004. Basic Findings. Ankara, Turkey; 2006.
15. Bloom D, Cafiero ET, Abrahams-Gessel S, et al. The global economic burden of non-communicable diseases: a report by the World Economic Forum and the Harvard School of Public Health, Geneva, Switzerland: World Economic Forum; September 2011.

Bir Üniversite Hastanesi Diş Hekimliği Kliniğine Başvuran Bir Grup Hastanın Tıbbi Konsültasyon Formlarının Değerlendirilmesi

Evaluation of Medical Consultations Forms of a Patient Group Admitted to the Dental Clinic of a University Hospital

Müjgan Güngör Hatipoğlu¹, Hasan Hatipoğlu²

¹Dumlupınar Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi AD

²Dumlupınar Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Periodontoloji AD

Özet

Amaç: Konsültasyon, bir hekimin başka bir branşın hekimi ile hastanın teşhisi ve tedavisinin düzenlenmesi amacıyla yaptığı görüş alışverişidir. Bu çalışmanın amacı genel diş hekimliği tedavi hizmeti vermiş olan bir birimde yazılı konsültasyon kullanımını farklı yönleri ile değerlendirmektir.

Materyal ve Metot: Çalışma 159 adet yazılı konsültasyon formunun retrospektif değerlendirilmesi ile gerçekleştirilmiştir. Yaş, cinsiyet, tıbbi branşlara göre yazılan konsültasyonlar ve tedavi esnasında uyulması istenen ek hususların oranları irdelenmiştir. Bunun yanında konsültasyonlar sonunda teşhis edilen sistemik rahatsızlıkların oranı tespit edilmiştir.

Bulgular: En sık görüşüne başvuru bölüm kardiyoloji (%29.6) olmuştur. Bunu dahiliye (% 28,9) ve kulak-burun- boğaz hastalıkları (%10.7) takip etmiştir. Hastaların % 55.3 üne dental tedavi girişimi öncesinde ek önlemler alınması önerilmiştir. Değerlendirmemize göre konsültasyon mekanizması ile yönlendirilen hastaların % 16.35 'ine şikayetleri ile ilgili yeni teşhis konmuş ve takip/tıbbi tedavilerine başlanmıştır.

Sonuç: Sistemik şikayeti bulunan ve dental tedavi görece bireyler, tedavi esnasında çeşitli riskler ile karşılaşabilirler. İlgili dallar ile yapılan konsültasyonlar neticesinde bu bireylerin tıbbi durumları açığa kavuşmaktadır. Bu da teşhis ve tedavi sürecini etkileyebilmektedir. Diş hekimi bazı sistemik hastalıkların teşhisine de katkıda bulunabilirler.

Anahtar kelimeler: Diş bakımı, risk değerlendirmesi, tıbbi hikaye alınması

Summary

Objectives: Medical consultation is an exchange of view with other branches of medicine to regulate patients' diagnosis and treatment. The purpose of this study was to evaluate the use of the consultation forms in a unit which gives a general dental treatment service.

Materials and Methods: Retrospective analysis of 159 written consultation forms was performed. Ages, gender, consultation rate per branch, the proportion of additional caution were recorded during dental treatment and percent of systemic diseases diagnosed as a result of consultations have been examined.

Results: Cardiology (29.6%) was the most consulted medical department and was followed by internal medicine (28.9%) and ear, nose and throat branches (10.7%). 55.3 % of the study population has needed additional measures for the fulfillment of dental treatments. According to our assessment, 16.35% of the patients with suspicious medical history were started to be monitored/treated according to their new diagnosis.

Conclusion: Dental treatment of individuals with systemic diseases could encounter different risks. As a result of consultation with the relevant branches, the medical status of these individuals becomes obvious. This may affect the diagnosis and treatment process. Dentists may contribute seriously in the diagnosis of certain systemic diseases.

Keywords: Dental care, risk assessment, medical history taking

Giriş

Tıpta ve diş hekimliği uygulamalarında, bilgi birikiminin artması ile herhangi bir daldaki hekimin uğraş alanı dışındaki her konuda yeterli bilgiye sahip olması mümkün görünmemektedir. Konsültasyon, farklı uzmanlık alanlarındaki hekimlerin, bir hastanın tanı ve tedavisi için görüş alışverişinde bulunmaları ve bu sonuçlara göre

hastanın tedavisinin planlanmasıdır. Diş hekimliğinde de konsültasyon mekanizması önemlidir. Dental kliniklere başvuran sistemik hastalığa sahip bireylerin sayısının gün geçtikçe arttığı bildirilmiştir.^{1,2} Hastanın mevcut sağlık problemi, kullandığı ilaçlar hastaya yapılacak olan diş tedavi seçeneklerini etkileyebilmektedir.

Yazışma Adresi / Correspondence:

Yrd. Doç. Dr. Müjgan Güngör Hatipoğlu
Dumlupınar Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi,

Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi AD

e-posta: mujgan121@yahoo.com

Tel: 0274 265 20 31 / 2183

Geliş Tarihi: 03.11.2014

Kabul Tarihi: 17.12.2014

Ankara Med J, Cilt 15, Sayı 1, 2015

Diş ve tıp disiplinleri arasındaki koordinasyon ve fikir alışverişi dinamik bir süreçtir. Ağızda izlenen ve tedavi ve/veya takip açısından başka uzmanlık dallarının da görüşünü ve katkısını gerektiren durumlar söz konusu da olabilir (Ör: dermatozlar). Yine bireyin tedavi amaçlı olarak kullandığı direkt veya dolaylı olarak oral kaviteyi etkileyen bazı ilaçların değiştirilmesi de söz konusu olabilir. Genel olarak yazılı tıbbi konsültasyonlar tıp hekimleri ve diş hekimleri arasındaki işbirliğinin geliştirilmesinde son derece önemli yer tutmaktadır.³

Yazılı ve sözlü olarak hastalardan sistemik rahatsızlıkları ile ilgili her zaman sağlıklı bir hikaye alınması mümkün olmayabilir. Diş hekimliğinde başarılı bir teşhis ve tedavi planlaması için hastanın durumunun tam olarak bilinmesi, mevcut olan sağlık problemlerinin ve tedavilerinin durumu ve bu problemlerin yapılacak olan işlemlerde değişiklik gerektirip gerektirmediği önemlidir. Diş hekimi de hastanın mevcut tıbbi durumundan yola çıkarak dental tedavilerinin modifikasyon ve limitlerini bilmek ve anlamak durumundadır.⁴ Hasta kendisinde mevcut hastalık tablosuna yeterince ilgi göstermemiş, hastalığını fark etmemiş, bulguları dikkatini çekmemiş veya sistemik rahatsızlığı ile ilişkilendirememiş olabilir. Hatipoğlu ve Demiralp gerçekleştirdikleri bir değerlendirmede periodontal tedavi görecekle ve kardiyolojik problemi bulunduğunu bildiren hastaların %25'inin rahatsızlıklarını tanımlayamadıkları, eksik veya yanlış tanımladıklarını bildirmişlerdir.⁵ Öte yandan Kömerik ve Çadır, 76 adet ağız cerrahisi bölümünce yazılan konsültasyon formunu değerlendirdikleri bir çalışmada, konsültasyon formlarında durum tespiti ve tedaviye yönelik önemli eksikliklerin ve çelişkilerin bulunduğunu bildirmişlerdir.⁶ Bu nedenle hem hasta hikayesinin tam alınması, hem de en ufak bir şüpheye dahi konsültasyon mekanizmasının çalıştırılması ve diğer branş hekimleri ile sağlıklı bir iletişime geçilmesi hastaların sağlığının korunması ve başarılı bir tedavi için gereklidir.

Kardiyovasküler rahatsızlıklar, endokrin sistem bozuklukları, solunum sistemi hastalıkları, renal hastalıklar, onkolojik rahatsızlıklar, hematolojik problemler, enfeksiyöz hastalıklar, nörolojik rahatsızlıkları ve rahatsızlıkları ile ilgili ilaç kullanımları diş hekimliği kliniklerinde sık karşılaşılan sağlık problemlerine örnek olarak

gösterilebilir.⁷⁻¹⁰ Klinikte kullanılan bilgilerin (tıp-diş hekimliği) yanında, özellikle bu hasta gruplarına diş hekiminin odaklanması, güncel literatür bilgilerini takip etmesi ve en önemlisi de bilgi birikimini arttırması önemlidir.

Bu çalışmanın amacı; hastanın hikayesi veya yapılan klinik gözlemler neticesinde konsültasyona en sık ihtiyaç duyulan sistemik durum/rahatsızlıkları saptamak, konsültasyon sonrasında değiştirilen rutin dental tedavi oranını belirlemek ve alınan ek önlemleri irdelemektir.

Materyal ve Metot

Bu retrospektif çalışma, genel diş hekimliği alanında 2007–2011 tarihleri arasında hizmet vermiş olan Dumlupınar Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Eğitim Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastanesi, Diş Hekimliği Birimi'ne diş tedavisi için başvuran hastaların anamnez bilgileri doğrultusunda tedavi öncesinde ve/veya sırasında birimde görev yapmış olan iki uzman diş hekimi tarafından yazılıp arşivlenen tıbbi konsültasyon kağıtlarının değerlendirilmesi ile yapılmıştır. Çalışmanın gerçekleştirilmesinde 28617 sayılı T.C Resmi Gazete'de yayımlanan "Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik'e uygun hareket edilmiştir. İlgili maddede belirtildiği üzere retrospektif çalışmalar bu yönetmeliğin kapsamı dışında tutulmuştur. Bilgilerin derlenmesinde hastaların kimlik ve özel bilgileri özenle korunmuştur.

Elde edilen veriler, SPSS 11.5 (SPSS, Windows, 11.5, Chicago, IL, USA) ile değerlendirilmiştir.

Araştırmamızda konsültasyon istenen hastalarda;

- Hastanın öyküsü doğrultusunda istenen tıbbi konsültasyonların bölümlere göre dağılımı,
- Yazılan konsültasyonların genel, cinsiyet ve yaş temelinde konsültasyonların bireylere göre dağılımı,
- Rutin dental tedavi süreci dışında alınması istenen ek hususların (antibiyotik profilaksisi vb.) oranı,
- Konsültasyon sonucunda ortaya koyulan sistemik rahatsızlıkların oranı % (yüzde) olarak irdelenmiş ve sonuçları tartışılmıştır.

Tablo 1. Cinsiyet ve Yaş Aralıklarına Göre Konsültasyon İstenme Sıklıkları

	Kadın	Erkek	GENEL
N	119	40	159
Yaş Ort.± S.S (min.- maks.)	39.33 ± 13.60 (7- 85)	42.70 ± 17.68 (13- 83)	40.17 ± 14.74 (7- 85)
20 yaş altı (Kişi-%)	6- %5	4- % 10	10- % 6.3
21–40 yaş (Kişi-%)	59- % 49.6	13- % 32.5	72- % 45.3
41–60 yaş (Kişi-%)	46- % 38.7	18- % 45	64- % 40.3
60 yaş üstü (Kişi-%)	8- % 6.7	5- % 12.5	13- % 8.2

Tablo 2. Konsültasyon İstenen Bölümler ve Konsültasyon İsteme Sıklıkları

Konsültasyon İstenen Bölüm	Kişi - %
Kardiyoloji	47- % 29.6
Dahiliye	46- % 28.9
Kulak Burun Boğaz	17- % 10.7
Genel Cerrahi	16- % 10.1
Dermatoloji	9- % 5.7
Nöroloji	6- % 3.8
Kadın Hastalıkları ve Doğum	6- % 3.8
Diğer Ortopedi ve Travmatoloji, Nöroşirurji, Göz Hastalıkları, Psikiyatri, Çocuk Hastalıkları, Kalp Damar Cerrahisi	12- % 7.5

Bulgular

Çalışma, 159 adet yazılmış ve geriye yönelik değerlendirmeye tabii tutulmuş rutin olarak klinikte kullanılan konsültasyon formlarında gerçekleştirilmiştir. Değerlendirilen formların 119'u (%74.8) bayan, 40'ı (%25.2) erkek hastaya ait idi. Genel yaş ortalaması 40.17 ± 14.74 olarak izlenmiştir (yaş aralığı: 7–85 yaş). Cinsiyet ve yaş aralıklarına göre konsültasyon istenme sıklıkları Tablo 1'de gösterilmiştir. Klinik olarak en sık görüş istenen bölüm kardiyoloji (47 kişi- %29.6) olmuştur. Bunu dahiliye (46 kişi- %28.9) kliniği izlemiştir. Konsültasyon istenen klinikler Tablo

2'de, konsültasyon istenen rahatsızlıklar Tablo 3' de gösterilmiştir.

Değerlendirilen konsültasyonların %55.3'ü (88 kişi), rutin tedavi öncesinde sonrasında veya esnasında ek girişim yapılmasına ve önlemlerin alınmasını önermiştir. Bu önlemlerde hastalarca kullanılan ilaçların doz ayarlaması profilaktik antibiyotik uygulamaları, INR değer ayarlanması, sedasyon önerileri gibi hususlar belirtilmiştir. Ek önlem olarak en sık antibiyotik profilaksisi önerilmiştir (43 kişi- toplam hastaların %27'si, tedavi esnasında ek önlem alınan hastaların %48.8'i). Önerilen antibiyotik profilaksi rejimleri

farklılıklar göstermiştir. Profilaksi önerilen hastaların %30.2 (13 kişi)'si son AHA (American Heart Association), BSAC (British Society of Antimicrobial Chemotherapy), ESC (European Society of Cardiology) tarafından önerilen profilaksi rejimlerinden biri ile uyumlu olduğu gözlenirken, antibiyotik profilaksisi önerilen hastaların %27.9 (12 kişi)'unun bilimsel kuruluşlarca önerilen antibiyotik rejimleri dışında yer aldığı görülmüştür.¹¹⁻¹³ Profilaksi önerilen %41.9 (18 kişi) hastaya ise herhangi antibiyotik rejimi belirtilmemiş olup tercih diş hekimine bırakılmıştır.

Konsültasyonlar sonunda, mevcut sistemik rahatsızlık nedeniyle %1.25'inin (2 kişi) dental tedavisinin yapılmaması veya sistemik rahatsızlıkları kontrol altına alınana kadar ertelenmesi önerilmiştir. Yazılan konsültasyonların %2.5'inde (4 kişi) hastaların sistemik durumlarını yanlış tanımladıkları görülmüştür.

Konsültasyonlarda, oral hastalıkların ilişkide bulunabileceği sistemik tablolar da ilgili uzmanlık dalları ile tanı, takip ve tedavi açısından irdelenmesi yapılmıştır. Bu amaçla 35 birey (tüm bireylerin %22'si) başka birimlere yönlendirilmiştir. Gönderilme sıklıklarına göre ilk üç birim kulak-burun-boğaz hastalıkları (KBB) (12 kişi), dermatoloji (8 kişi) ve dahiliye (7 kişi) olmuştur. Bu yönlendirme neticesinde oral tablolardan yola çıkılarak 26 kişiye (tüm bireylerin %16'sına) sistemik yeni bir teşhis konmuş, tıbbi takip ve/veya tedavilerine başlanmıştır.

Tartışma

Diş hekimliği kliniklerinde yapılan incelemelerde, ilerleyen yaş ile sistemik rahatsızlıkların arttığı bildirilmiştir.^{6,14} Değerlendirmemizde hastalar belirli yaş aralıklarında (20 yaş ve altı, 21-40, 41-60 ve 60 yaş üstü) değerlendirilerek istenen konsültasyonların hasta bireylerin arasındaki rakamsal farklılıkları ortaya çıkartılmaya çalışılmıştır. Tablo 1'de görülebileceği gibi en sık konsültasyon istenen yaş aralığı 21-40 olarak tespit edilmiş olup kadınlardan daha fazla konsültasyon istenmiştir.

Ülkemizde farklı branş kliniklerince gerçekleştirilen çalışmalarda en sık konsültasyon istenen ilk iki bölümün aynı olduğu ancak sıralamasının farklı olabileceği gösterilmiştir.^{4,5}

Hatipoğlu ve Demiralp en sık konsültasyon istenen iki bölümü yönlendirilme sıklıklarına göre dahiliye ve kardiyoloji olarak belirlerken, bu sıralamayı Kömerik ve Çadır Kardiyoloji ve Dahiliye olarak tespit etmişlerdir.^{4,5} Bizim değerlendirmemizde ilk iki bölüm sıralaması Kardiyoloji (47 kişi, %29.6) ve dahili branşlar (46 kişi, %28.9) olarak tespit edilmiştir. Bu da özellikle bu branşlar ile ilgili diş hekimlerin bilgi birikimlerini artırması ve güncel tutmasının uygun olacağını göstermektedir.

Jainkittivong ve ark. doktora öncesi klinikte yapmış oldukları araştırma da konsültasyon gerektiren durumları liste halinde vermiştir. Bu listeye göre kanama bozuklukları, hemofili ve radyasyon tedavisi gören bireyler kesin konsültasyon endikasyonu bulunan bireyler olarak bildirilmiştir.² Yaptıkları değerlendirme de kliniklerine başvuran hastaları kardiyolojik rahatsızlıklar, enfeksiyon hastalıkları (HIV+, hepatit), diyabet, ilaç kullanımları (antikoagülan tedavi, MAO inhibitör kullanım, steroid kullanım), hamilelik, pulmoner rahatsızlıklar (astım, bronşit), renal rahatsızlıklar, onkolojik hastalar, eklem protektik uygulamaları ve ateşli romatizma gibi hastanın durumuna göre veya yapılacak dental girişime göre konsültasyon istenebilecek temel durumlar olarak ortaya koyulmuştur. Şüphesiz ki rahatsızlıkların her bireyde farklılık göstermesi, şiddeti ve diğer sistemik sorunlarla birlikteliği bu listenin uzamasına sebep olacaktır. Çalışmamızda konsültasyon maksadıyla yönlendirilen bireylerdeki mevcut rahatsızlıklar Tablo 3' de belirtilmiştir.

Profilaksi önerilen bireylerin sayısı toplam konsültasyon istenen bireylerin %27'sini (43 kişi) oluşturmuştur. Bilimsel kuruluşlarca önerilen antibiyotik profilaksi rejimleri dışında farklı profilaksi uygulamalarına da rastlanılmıştır. Ayrıca profilaksi önerilen hastaların %41.9' una belirli bir antibiyotik rejimi önerilmemiş olup, tercih diş hekimine bırakılmıştır. Bu bilgi önemsenmelidir. Zira bu durum diş hekimlerinin mevcut profilaksi uygulamalarında bilgi sahibi olması gerektiğini göstermektedir. Jainkittivong ve ark. mezuniyet öncesi dental klinikte yaptıkları incelemede tıbbi konsültasyon sonucunda antibiyotik profilaksi gerekliliğini %34.7 olarak tespit ettiklerinin bildirmişlerdir.² Yine ülkemizde ağız cerrahisi bölümünce yapılan bir konsültasyon

değerlendirilmesinde, profilaksi önerisi konsültasyonların %47' sinde izlendiği belirtilmiştir.⁶ Mevcut literatür verileri ile çalışmamız arasındaki sayısal farklılık çalışma dizaynı farklılığından kaynaklanıyor olabilir. Konsültasyonlar iki yönlü olabilir: biri mevcut sistemik tabloları ve kullandığı ilaçları tartışmak, diğeri de teşhisi konulmamış oral bulguları bulunan sistemik bir tablonun teşhis, tedavi ve takibinde ilgili branştan görüş istemek şeklinde olabilir. Literatürdeki bu konuda yapılan sınırlı sayıda yayında, genelde mevcut sistemik durumların değerlendirildiği görülmektedir.² Ülkemizde ağız cerrahisi ve periodontoloji bölümlerince gerçekleştirilen benzer değerlendirmelerde, hastalardaki mevcut teşhislerin teyidinde yönelik konsültasyon isteklerinin olduğu görülmüştür.^{5,6} Bu da

çalışmamızı mevcut konsültasyon çalışmalarından ayıran özelliklerden biridir. Bu çalışma mevcut sınırlamalarına rağmen bir grup genel dış hekimliği popülasyonunda gerçekleştirilmiş olup, oral bulgu ve hasta hikayesinden yola çıkılarak, görüş istenen sistemik şikayetler neticesinde konulan teşhis ve/veya tıbbi takip/tedavileri ile ilgili uzman görüşlerinin irdelenmesini içermektedir. Değerlendirmemize göre bu yönde görüş istenen bireyler tüm konsültasyon hastalarının %22' sini oluşturmuştur. Bu çerçevede konsültasyon istenen hastaların (n:35) oral tablolardan yola çıkılarak %74.2' sine (26 kişi; değerlendirilen tüm konsültasyonların %16.3'ü) şikayeti ile ilgili sistemik bir teşhis konmuş ve/veya tıbbi takip-tedavilerine başlanmıştır.

Tablo 3. Konsültasyon Maksadıyla Yönlendirilen Rahatsızlıklar

Konsültasyon maksadıyla yönlendirilen sistemik rahatsızlıklar/durumlar	
Kardiyoloji	Ailesel Akdeniz Ateşi
Kalp kapak problemi	Kronik miyeloblastik lösemi
Opere kalp rahatsızlığı	Kulak Burun Boğaz Hastalıkları
Aort yetmezliği	Ağız solunumu varlığı nedeniyle değerlendirme isteği
Aritmi	Oral kavite de mevcut lezyonların değerlendirilmesi
Miyokart enfarktüs öyküsü	Genel Cerrahi
Serebrovasküler rahatsızlık	Takipteki Meme CA, tiroid bezi maligniteleri
Antikoagülan kullanımı	Gastrointestinal rahatsızlıklar
Dahiliye ve ilgili alt dalları	Dermatoloji
Diabetes mellitus	Dermatoz şüphesi (Lichenoid, ülseratif veya deskuamatif lezyonlar)
Hipertansiyon	Skleroderma
Tiroid fonksiyon bozuklukları	Nöroloji
Sistemik değerlendirme isteği (Ör. Nekrotizan ülseratif periodontitis, aşırı kemik yıkımı, şiddetli aftöz lezyonlar-stomatit varlığı nedeniyle)	Myastenia Gravis
Orak hücreli anemi	Multipl skleroz
Kanama diatezi şüphesi	Epilepsi
Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH)	Kadın Hastalıkları ve Doğum
Alerji	Hamilelik
Böbrek transplantasyonu	Hamilelik şüphesi
Ateşli romatizma öyküsü	Diğer
Behçet hastalığı	Onkolojik durumlar (Ör. İntrakraniyal kitle)
Sistemik lupus eritematozus	Ortopedik uygulamalar (Ör. Total kalça protezi, eklem ile ilişkili protetik uygulamalar)
Glukoz 6-fosfat dehidrogenaz enzim eksikliği	Dental fobi

(Bazı bireylerde yukarıda listelenen rahatsızlıkların birlikteliği görülmüştür)

Bu rakamlar diş hekiminin belli başlı rahatsızlıklarda (özellikle bazı KBB ve dermatolojik durumlarda olduğu gibi) teşhiste yardımcı olabileceğini göstermektedir. Bu değerlendirme genel dental tedavi maksadıyla bir grup diş hekimliği hastasının konsültasyon bilgilerinin derlenmesinden elde edilmiştir. Bu da değerlendirmemizin zayıf yanlarından biridir. Çalışma verileri tüm toplumu yansıtacak birtasarımda değildir. Ancak konsültasyon maksadıyla yönlendirilen rahatsızlıklar, dental tedavi esnasında önerilen ek uygulamalar diş hekimliği kliniklerinde karşılaşılabilecek olası tablolara dikkat çekmektedir. Bu açıdan bakıldığında değerlendirilen konsültasyon formlarının neredeyse ~%50'sinin dental işlemler esnasında uyulması istenen ek öneriler belirtmesi dikkate değerdir. Literatür incelendiğinde tıp-diş hekimliği kapsamında değerlendirilebilecek, konsültasyon form verilerini esas alan çalışmaların azlığı göze çarpmaktadır. Bu iki

disiplin arasındaki iletişim sorunların ne olduğu, aksayan yönler ve branşlar arası iletişimin bilimsel çerçevede nasıl yapılması gerektiğini belirleyecek esaslara ihtiyaç duyulduğu muhakkaktır. Bu esasların belirlenmesinde bu tarz çalışmaların rolü olduğu düşünülebilir. Diş hekimliği-tıp iletişimi açısından düşünüldüğünde tüm toplumu yansıtacak daha fazla veri ile desteklenecek çalışmalara ihtiyaç olduğu aşikârdır.

Sonuç

Diş hekimliği ve tıp birimleri arasındaki konsültasyon mekanizması iyi işlemelidir. Bu sayede hasta teşhis-tedavisindeki temeller bilimsel bir çerçevede, minimum risk ile gerçekleşme imkânı bulacaktır. Bunun yanında diş hekimlerinin oral bulguları değerlendirerek sistemik rahatsızlıkların teşhisinde yardımcı olabilecekleri unutulmamalıdır.

Kaynaklar

1. Rhodus NL, Bakdash MB, Little JW, Haider ML. Implications of the changing medical profile of a dental school patient population. J Am Dent Assoc 1989; 119(3):414-6.
2. Jainkittivong A, Yeh CK, Guest GF, Cottone JA. Evaluation of medical consultations in a predoctoral dental clinic. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1995; 80(4): 409-13.
3. Brasher WJ, Rees TD. The medical consultation: its role in dentistry. J Am Dent Assoc. 1977; 95(5):961-4.
4. Brown RS, Buscemi L, David TJ. Medical consultations for dental patients in 2014. Dent Today 2014; 33(7):8, 10, 12.
5. Hatipoğlu H, Demiralp B. Periodontal tedavi uygulanacak, tıbbi açıdan kompleks hastaların değerlendirilmesi ve konsültasyon formlarının analizi. HÜ Dişhek Fak Derg 2005;29(3):65-75.
6. Kömerik N, Çadır B. Ağız Cerrahisi Bölümü Tarafından İstenen Konsültasyon Formlarının Analizi: Tıp Ve Diş Hekimliği İletişimi İhmal Edilmiş Bir Ayrımı mı? GÜ Dişhek Fak Derg 2004;21(3):205-8.
7. Doyle YG, Fenlon MR. Medical screening of 1500 patients in a dental surgery: a prospective study. J R Coll Gen Pract 1989; 39(327): 415-7.
8. Radfar L, Suresh L. Medical profile of a dental school patient population. J Dent Educ 2007;71(5): 682-6.
9. Bhateja S. High prevalence of cardiovascular diseases among other medically compromised conditions in dental patients: A retrospective study. J Cardiovasc Dis Res 2012; 3(2): 113-6.
10. Al-Bayat HF, Murti PR, Naidu RS, Matthews R, Simeon D. Medical problems among dental patients at the school of dentistry, the university of the West Indies. J Dent Educ 2009; 73(12): 1408-14.
11. Wilson W, Taubert KA, Gewitz M et al and . Prevention of infective endocarditis: guidelines from the American Heart Association: a guideline from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group. Circulation 2007; 116(15):1736-54.
12. Gould FK, Elliott TS, Foweraker J et al. and Working Party of the British Society for Antimicrobial Chemotherapy. Guidelines for the prevention of endocarditis: report of the Working Party of the British Society for Antimicrobial Chemotherapy. J Antimicrob Chemother 2006; 57(6):1035-42.
13. Habib G, Hoen B, Tornos P et al. and ESC Committee for Practice Guidelines. Guidelines on the prevention, diagnosis, and treatment of infective endocarditis (new version 2009): the Task Force on the Prevention, Diagnosis, and Treatment of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC). Endorsed by the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID) and the International Society of Chemotherapy (ISC) for Infection and Cancer. Eur Heart J 2009; 30(19):2369-413.
14. Jainkittivong A, Aneksuk V, Langlais RP. Medical health and medication use in elderly dental patients. J Contemp Dent Pract 2004; 5(1):31-41.

Bronşektazili Hastalarda Ortalama Trombosit Hacmi ve Trombosit Dağılım Genişliğinin Değerlendirilmesi

Assessment of Mean Platelet Volumes and Platelet Distribution Widths In Patients With Bronchiectasis

İbrahim Koç¹, Yusuf Doğan², Ayşen Dökme¹, Abdülaziz Kaya³, Zeynel Abidin Karataş⁴, Eray Mandollu³, Adem Bayraktar⁵

¹Viranşehir Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği, Şanlıurfa, Türkiye

²Viranşehir Devlet Hastanesi Mikrobiyoloji, Şanlıurfa, Türkiye

³Viranşehir Devlet Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon Kliniği, Şanlıurfa, Türkiye

⁴Viranşehir Devlet Hastanesi Kulak Burun Boğaz Kliniği, Şanlıurfa, Türkiye

⁵Viranşehir Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Şanlıurfa, Türkiye

Özet

Amaç: Bu çalışmanın amacı ortalama trombosit hacmi (MPV) ve trombosit dağılım genişliğinin (PDW) bronşektazide belirteç olarak kullanılabilirliğini araştırmaktır. Bildiğimiz kadarıyla çalışmamız MPV ve PDW'nin bronşektazide önemini araştıran ilk çalışmadır.

Materyal ve Metot: Kliniğimizce bronşektazi tanısı konan başka kronik bir hastalığı olmayan hastalar ile sigara içen ve içmeyen sağlıklı bireyler çalışmaya dahil edilmiştir. Toplamda 45 bronşektazili, 50 sigara içmeyen ve 50 sigara içen hastanın verileri retrospektif olarak analiz edildi.

Bulgular: MPV değerleri incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görüldü. Trombosit (PLT) değerlerinin ise bronşektazili hastalarda hem sigara içmeyen (p <0,001) hem de sigara içen (p <0,008) gruplara göre daha yüksek olduğu görüldü. PDW değerlerinin bronşektazili hastalarda sigara içen (p <0,04) ve sigara içmeyen (p <0,02) gruba oranla daha düşük olduğu görüldü. Beyaz küre değerleri beklenildiği üzere bronşektazili hastalarda sigara içen (p <0,001) ve sigara içmeyen (p <0,004) gruplara oranla yüksek saptandı. Eozinofil değerlerine bakıldığında bronşektazili hastalarda sigara içmeyen (p <0,001) ve sigara içen (p <0,002) gruplara oranla düşük saptandı. Yine bazofil değerleri de bronşektazili hastalarda sigara içmeyen (p <0,003) ve sigara içen (p <0,005) gruplara oranla düşük saptandı.

Sonuç: Bu çalışmanın sonuçları bronşektazide MPV'nin kullanılmasının anlamlı olmadığını ancak PDW değerlerinin düştüğünü dolayısıyla negatif reaktan olarak kullanılabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar kelimeler: Bronşektazi, ortalama trombosit hacmi, trombosit dağılım genişliği

Summary

Objectives: Aim of this study is to evaluate whether mean platelet volume (MPV) and Platelet Distribution Width (PDW) can be used as markers in bronchiectasis. To the best of our knowledge our study is the first study investigating the importance of MPV and PDW in patients with bronchiectasis.

Materials and Methods: Patients in our clinic diagnosed with bronchiectasis but has no other chronic diseases, smoking and nonsmoking healthy subjects included in the study. Totally data of 45 patients with bronchiectasis, 50 nonsmoking healthy subjects and 50 smoking healthy subjects were retrospectively enrolled.

Results: MPV levels were insignificant between all groups. Platelets (Plt) were high in patients with bronchiectasis when compared with nonsmokers (p <0,001) and smokers (p <0,008). PDW levels were lower in patients with bronchiectasis when compared with nonsmokers (p <0,02) and smokers (p <0,04). White blood cells were higher in patients with bronchiectasis as were expected when compared with nonsmokers (p <0,001) and smokers (p <0,004). Eosinophil levels were lower in patients with bronchiectasis when compared with nonsmokers (p <0,001) and smokers (p <0,002). Also basophil levels were lower in patients with bronchiectasis when compared with nonsmokers (p <0,003) and smokers (p <0,005).

Conclusion: Results of this study suggest that MPV may not be used as a marker in bronchiectasis whereas the decreased PDW may be used as negative reactant for evaluation of bronchiectasis.

Keywords: Bronchiectasis, mean platelet volume, platelet distribution width

Giriş

Bronşektazi havayollarında kalıcı genişleme, duvar kalınlaşması ve yoğun miktarda mukus sekresyonu ile karakterize kronik havayolu hastalığıdır. Tetiği

çeken enfeksiyon ve enflamasyon arasında kısır döngüyle sonuçlanmaktadır.¹ Bronşektaziye bağlı ekonomik yük oldukça fazladır. Kronik bir hastalık

Yazışma Adresi/Correspondence

İbrahim Koç

Şanlıurfa Viranşehir Devlet Hastanesi

e-posta: ibrahimkoc1981@gmail.com

Geliş Tarihi:22.10.2014

Kabul Tarihi:29.12.2014

olması nedeniyle sık poliklinik başvuruları, hastane yatışları, antibiyotik kullanımı olmakta tekrarlayan enfeksiyonlar ve hastalığın ilerlemesinin engellenmesi amaçlanmaktadır. Alevlenmelerin çoğunda hastaların yatışı gerekmekte olup uzun süreli intravenöz veya oral antibiyotik ihtiyacı da olabilmektedir.² Temelde birçok edinsel ve kalıtsal sebep vardır. Kalıtsal olarak birçok sebep olmakla beraber en sık rastlanana kistik fibrozistir. 20. yüzyılın sonlarında az bilinen bir hastalık olduğu vurgusu yapılmış ve son dekatlara kadar fazla çalışma yapılmamıştır.³

Ülkemizde edinsel sebepler arasında enfeksiyonlar ve özellikle tüberküloz önemli bir sorun teşkil etmektedir. Batılı ülkelerde hayat standartlarının yükselmesi ve yaşam kalitesinin iyileşmiş olmasıyla beraber ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde çocukluk çağı bronşektazisi hala ciddi problem oluşturmaktadır.⁴ Sigara içmeyen kesimde de kronik havayolu obstrüksiyonuna yol açabilmektedir.⁵ Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA) ve astımdan farklı olarak bronşektazi için yeterince araştırma yapılmamıştır. Son dekatlarda üzerinde durulmasına rağmen bronşektazi hala birçok bilinmeyenleri olan öksüz bir hastalıktır.⁶⁻⁸ Kronik hava yolu hastalığı olan hastalarda aynı zamanda platelet disfonksiyonu pulmoner hipertansiyon ve pulmoner emboli görülebilmektedir. Bronşektazide tedavi alternatiflerinde kısıtlılık olduğu gibi hastalığın takibinde kullanılan parametrelerde azdır. Son dönemde MPV üzerinde birçok çalışmalar yapılmış ve farklı sonuçlar elde edilmiştir.

Bu çalışmanın amacı MPV ve RDW değerlerini bu iki parametreyi etkileyebilecek başka bir hastalığı olmayan bronşektazili hastalarda, sigara içen sağlıklı ve sigara içmeyen sağlıklı bireylerde değerlendirmektir.

Materyal ve Metot

Bu çalışma Ocak 2012 –Haziran 2014 tarihleri arasında Şanlıurfa Viranşehir Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları kliniğine başvuran yapılan tetkiklerde bronşektazi dışında, koroner arter hastalığı, KOA, astım, pulmoner emboli gibi çalışılan parametreleri etkilemesi muhtemel bir hastalık saptanmayan hastalar ile sigara içen ve içmeyen sağlıklı bireyler alındı. Veriler hastane bilgi bankası üzerinden taranarak retrospektif

olarak yapıldı. Hastalar üç gruba ayrıldı, birinci grupta sigara içmeyen sağlıklı bireyler, ikinci grupta sigara içen ancak kronik havayolu hastalığı gelişmeyenler üçüncü gruba ise sadece bronşektazi tanısı konan hastalar dahil edildi. Çalışma için etik kurul izni alındı.

İstatistiksel değerlendirmeler için Graph-Pad Prism-5 programı kullanıldı. Gruplar arası kategorik değişkenler arasındaki ilişki ki-kare testi ile incelendi. Sürekli değişkenler normal dağılım yönünden Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi. Çoklu grupların ortalamalarında One-Way ANOVA testi, ikili grupların değerlendirmesinde ise student-t test kullanıldı. Tüm istatistiksel veriler için $p < 0,05$ anlamlı olarak kabul edildi.

Bulgular

Çalışmamızın sonuçlarına bakıldığında üç hasta grubunda da MPV değerlerinin farklılık göstermediği saptandı. Trombosit değerlerinin ise bronşektazili hastalarda hem sigara içmeyen ($p < 0,001$) hem de sigara içen ($p < 0,008$) gruplara göre daha yüksek olduğu görüldü. Beyaz küre değerleri beklenildiği üzere bronşektazili hastalarda sigara içmeyen ($p < 0,001$) ve sigara içen ($p < 0,004$) gruplara oranla yüksek saptandı. Nötrofil değerleri bronşektazili hastalarda sigara içen ($p < 0,002$) gruplara oranla yüksek saptandı. Lenfosit değerlerinin bronşektazili hastalarda sigara içen kontrollere göre ($p < 0,03$) daha düşük olduğu görüldü. Monosit değerlerinin ise bronşektazili hastalarda sigara içmeyen kontrollere göre düşük ($p < 0,001$) olduğu saptandı. Eozinofil değerlerinin hem sigara içmeyen ($p < 0,001$) hem de sigara içen ($p < 0,002$) kontrollere göre daha düşük olduğu gözlemlendi. Bazofil oranlarının eozinofil değerlerinde olduğu gibi bronşektazili hastalarda hem sigara içmeyen ($p < 0,003$) hem de sigara içen ($p < 0,005$) gruplara göre daha düşük olduğu görüldü. Hemoglobin (HB) değerlerinin sigara içen grupta sigara içmeyen ($p < 0,05$) ve bronşektazili ($p < 0,03$) hastalara göre daha yüksek olduğu görüldü. Ortalama eritrosit hacmi (MCV) değerlerinin sigara içen grupta sigara içmeyen ($p < 0,03$) gruba oranla daha yüksek olduğu saptandı. Ortalama eritrosit hemoglobini (MCH) değerlerinin sigara içen grupta sigara içmeyen ($p < 0,01$) gruba oranla daha yüksek olduğu saptandı. PDW değerlerine bakıldığında bronşektazili hastalarda hem sigara içmeyen ($p < 0,02$) hem de sigara içen ($p < 0,04$)

Tablo1.Çalışmaya Alınan Hastaların Demografik Özellikleri ve Laboratuvar Sonuçları

Parametreler	I-Sigara içmeyen (n=50)	II-Sigara içen (n=50)	III-Bronşektazili (n=45)	P		
				I-II	I-III	II-III
Yaş	32 (32-39)	35(34-41)	41(40-52)	0,1	0,8	0,7
Cinsiyet E/K	36/14	33/17	26/19	0,6	0,2	0,06
MPV(fL)	8,6±1,9	8,6±1,5	8,1±1,4	0,4	0,6	0,9
PLT(x10 ⁹ /L)	253±62	258±66	316±122	0,9	0,001	0,008
WBC(/mm ³)	7308±2213	7599±2209	8889±2737	0,1	0,001	0,004
Nötrofil(/mm ³)	4713±2071	4666±1877	5554±2158	0,8	0,5	0,02
Lenfosit(/mm ³)	3112±2165	2976±1676	2380±1072	0,3	0,6	0,03
Monosit(/mm ³)	1043±853	1155±965	527±252	0,6	0,001	0,5
Eozinofil(/mm ³)	917±949	1056±1037	279±209	0,8	0,001	0,002
Bazofil(/mm ³)	829±1021	950±1114	76±145	0,6	0,003	0,005
HB(gr/dl)	13.5±1,7	14.5±1,9	13.7±1,8	0,05	0,9	0,03
MCV (fL)	86±7,15	88±7,06	87±6,8	0,03	0,6	0,8
MCH(gr/dl)	28.3±3,1	29±3	28.7±2,5	0,01	0,6	0,9
PDW	17,2±9,9	16,5±1,2	16,1±0,9	0,9	0,02	0,04
RDW	0.12 ±0.02	0.12±0.009	0.13±0.01	0,7	0,005	0,006

Tüm sonuçlar ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir. **E:**Erkek, **K:**Kadın, **MPV:** Ortalama trombosit hacmi, **PLT:** Trombosit, **WBC:** Beyaz kan değerleri, **HB:** Hemoglobini, **MCV:** Ortalama eritrosit hacmi, **MCH:** Ortalama eritrosit hemoglobini, **PDW:** Trombosit dağılım genişliği, **RDW:** Eritrosit dağılım genişliği **KOAH:** Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

kontrollere göre daha düşük olduğu görüldü. PDW değerlerinde olduğu gibi eritrosit dağılım genişliği (RDW) değerlerinin de bronşektazili hastalarda hem sigara içmeyen(p <0,005) hem de sigara içen (p <0,006) kontrollere göre daha düşük olduğu görüldü.

Tartışma

Bu çalışmada kliniğimizde bronşektazi tanısı konan, sigara içen ve içmeyen sağlıklı bireylerde sık kullanılan ve içerisinde birçok parametreyi barındıran tam kan değerlerinde MPV, PDW, RDW, nötrofil ve lenfosit gibi değerlerin bu üç grup arasında farklılık gösterip göstermediğinin araştırılması amaçlandı. Bildiğimiz kadarıyla literatürde daha önceden bronşektazili hastalarda MPV ve PDW'nin önemini araştıran bir çalışma bulunmamaktadır. MPV trombosit fonksiyonlarının değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılmakta olup enflamasyonla ilişkili bazı hastalıklarda yüksek olduğu saptanmıştır.^{9,10} Trombosit volümü temel olarak megakaryopoezis sırasında kemik iliğinde belirlenir ve sonrasında da belirgin bir değişiklik olmaz. Proinflamatuvar sitokinlerin ve akut faz reaktanlarının yoğun üretimi kemik iliğinde megakaryopoezise engel olabilmekte ve küçük hacimli trombosit salınımına yol açabilmektedir.¹¹ Bu durumun kliniğe tam olarak yansımaları bilinmese de Becchi ve ark. sepsiste trombosit hacminde düşüklük olduğunu saptamışlardır.¹²

Çalışmamızda MPV değerleri kontrol gruplarıyla kıyaslandığında aralarında anlamlı farklılık olmadığı saptandı. Bu çalışmada uzun süredir sigara kullanmakta olan bireylerle kıyaslama yapılarak kronik enflamasyon varlığı kabul edilen bireylerle değerlendirme yapılmıştır. Ana kontrol grubu olarak hiç sigara içmemiş olan bireylerin kullanılması da çalışılan parametrelerin etkilenme ihtimallerini azaltmıştır. Diğer kronik akciğer hastalıkları ile ilgili yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar alınmıştır. Yakın zamanda KOAH'lı hastalar üzerinde yaptığımız bir çalışmada MPV değerlerinin KOAH'ta sigara içen ve içmeyen bireylere göre daha düşük olduğu saptandı.¹³ Benzer şekilde Bansal ve ark.nın 100 KOAH'lı ve 100 sağlıklı birey üzerinde yaptıkları bir çalışmada KOAH'lı hastalarda MPV değerlerinin kontrol gruplarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.¹⁴ Yine Ulaşlı ve ark.nın KOAH'lı hastalar üzerinde yaptıkları bir çalışmada özellikle alevlenme dönemlerinde MPV değerlerinde düşme olduğu saptanmıştır.¹⁵ Ancak, Erden ve arkadaşlarının KOAH alevlenmeleri üzerinde yaptıkları çalışmada MPV değerlerinin alevlenme dönemlerinde yüksek olduğu saptanmıştır.¹⁶

Bu çalışmada yakın zamanda KOAH'lı hastalar üzerinde yaptığımız çalışmaya benzer şekilde PDW değerlerinin bronşektazili hastalarda diğer iki gruba oranla daha düşük olduğunu gözlemledik.¹³ Bu iki çalışmanın ışığında PDW değerinin kronik

havayolu hastalıklarında düşebileceği söylenebilir ancak konunun netleştirilebilmesi için başka çalışmalara ihtiyaç vardır. Bir diğer kronik havayolu hastalığı olan astım ile ilgili yapılan bir çalışmada Tuncel ve ark. MPV değerlerinin astımlı hastalarda kullanılmasının çalışmamızda olduğu gibi çok yararlı olmadığı kanısına varmışlardır.¹⁷ KOAH, astım ve bronşektazi kronik havayolu hastalıkları olup klinik olarak birbirine benzeyebilse de patogenez ve tedavilerinin farklı olduğu unutulmamalıdır. Dolayısıyla farklı parametrelerin farklı şekilde etkilenebilmesi muhtemeldir.

Çevik ve arkadaşlarının nazal polipli hastalar üzerinde yaptıkları bir çalışmada kontrol grubuyla kıyaslandığında MPV değerlerinin daha düşük olduğu saptanmıştır.¹⁸ Yine Erden ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada obstrüktif uyku apne sendromu (OSAS) olan hastalarda MPV değerleri araştırılmış ve ağır OSAS'lılarda MPV değerlerinin yüksek olduğu saptanmıştır.¹⁹

MPV değeriyle ilgili çalışmalar sürmekte ve farklı sonuçlar ortaya çıkmaya devam etmektedir. Ancak bildiğimiz kadarıyla çalışmamız bronşektazide MPV ve PDW'nin önemini araştıran ve bronşektazide PDW değerinin düşük olduğunu saptayan ilk çalışmadır.

Erden ve ark.nın çalışması ile daha önce yaptığımız çalışmada KOAH'lı hastalarda kontrol gruplarıyla kıyaslandığında trombosit değerlerinde bir farklılık saptanmamıştı. Ancak bu çalışmada trombosit değerleri bronşektazili hastalarda diğer iki gruba oranla daha yüksek saptandı (Tablo 1). Bronşektazili hastalarda trombosit yüksekliğinin kliniğe yansımaları bilinmemektedir.

Çalışmamızda ayrıca lenfosit değerlerinin sigara içen gruba göre, monosit değerlerinin sigara

içmeyen gruba göre, eozinofil ve bazofil değerlerinin ise bronşektazili hastalarda her iki gruba oranla daha düşük olduğu görüldü (Tablo 1). Tekrarlayan enfeksiyonlar ve kronik enflamasyondan dolayı beyaz küre ve nötrofil değerlerinde yükseklik beklenen bir durumdur. KOAH'lı hastalar ile yaptığımız çalışmamızda da monosit ve eozinofil değerlerinin kontrol gruplarına göre daha düşük olduğunu saptamıştık.¹³ KOAH'ın sistemik enflamasyonla ilişkili olduğu ve KOAH'lı hastalarda yoğun enflamatuvar hücrelerle beraber sirküle eden sitokin varlığı dikkat çekmektedir.²⁰ Bu sistemik etkilerin ve özellikle sitokinlerin trombosit fonksiyonlarında etki etmeleri muhtemeldir. Patogenezleri aynı olmasa da bronşektazi de KOAH gibi kronik havayolu hastalığı olup tekrarlayan enfeksiyonlar ve özellikle kronik enflamasyon bahsettiğimiz hücre profili ile ilişkili olabilir.

Çalışmamızda retrospektif değerlendirme yapıldığından alevlenme/stabil dönem ayırımı net olarak yapılamamış olup bu durum önemli bir kısıtlılıktır.

Sonuç

Bu çalışmada MPV'nin bronşektazili hastalarda anlamlı olmadığı ancak PDW değerlerinin bronşektazide sigara içen ve içmeyen bireylere göre daha düşük olduğu saptandı. Yine monosit, eozinofil ve bazofil değerlerinin bronşektazili hastalarda daha düşük olduğu saptandı. Bu sonuçlar PDW'nin bronşektazide negatif reaktan olarak kullanılabileceğini düşündürmekle beraber konuyla ilgili daha ayrıntılı prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

1. Goeminne P. and Dupont L. Non-cystic fibrosis bronchiectasis: diagnosis and management in 21.st century. Postgrad Med J 2010; 86(1018):493-501.
2. Roberts ME, Lowndes L, Milne DE, Wong CA. Socioeconomic deprivation, readmissions, mortality and acute exacerbations of bronchiectasis. Int Med J 2012;42(6):129-36.
3. Barker A.F. and Bardana E.J. Bronchiectasis: update of an orphan disease. Am Rev Respir Dis 1988; 137(4): 969-78.
4. Wang Z. Bronchiectasis: still a problem. Chin Med J (Engl) 2014; 127(1):157-72.
5. Jordan TS, Spencer EM, Davies P, Tuberculosis, bronchiectasis and chronic airflow obstruction. Respirology 2010; 15(4): 623-8.
6. Tsang KW. and Tipoe GL. Bronchiectasis: not an orphan disease in the East. Int J Tuberc Lung Dis 2004; 8(6):691-702.
7. Boren EJ, Teuber SS, Gershwin ME. A review of non-cystic fibrosis pediatric bronchiectasis. Clin Rev Allergy Immunol 2008; 34(2):260-73.
8. Keistinen T, Saynajakangas O, Tuuponen T, Kivela SL. Bronchiectasis: an orphan disease with a poorly-understood prognosis. Eur Respir J 1997; 10(12):2784-7.

9. Coban E and Adanir H. Platelet activation in patients with Familial Mediterranean Fever. *Platelets* 2008; 19(6): 405-8.
10. Arica S, Ozer C, Arica V, Karakuş A, Çelik T, Gunesacar R. Evaluation of the mean platelet volume in children with familial Mediterranean fever. *Rheumatol Int* 2011; 32(11): 3559-63.
11. Bath PM. and Butterworth RJ. Platelet size: measurement, physiology and vascular disease. *Blood Coagul Fibrinolysis* 1996;7(2):157-61.
12. Becchi C, Malyan AM, Fabbri LP, Marsili M, Boddi V, Boncinelli S. Mean platelet volume trend in sepsis: is it a useful parameter? *Minerva Anesthesiol* 2006; 72(9):749-56.
13. Koç İ, Karataş Z.A, Mandollu E, Mermer A, Kaya A, Dökme A ve ark. Importance Of Mean Platelet Volume In Patienets With Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Gaziantep Med J* 2014;20(4):294-8.
14. Bansal R, Gupta HL, Goel A. Association of Increased Platelet Volume In Patients of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Clinical Implications. *JACM* 2002; 40(2):104-7.
15. Ulasli SS, Ozyurek BA, Yilmaz EB, Ulubay G. Mean platelet volume as an inflammatory marker in acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. *Pol Arch Med Wewn* 2012; 122(6):284-90.
16. Erden EŞ, Dokuyucu R, Demirköse M, Yengil E, Sefil F, Bilgiç HK. ve ark. Kronik obstrüktif akciğer hastalığının akut alevlenme ve stabil dönemlerinde ortalama trombosit hacminin incelenmesi. *JCEI* 2013; 4(4):483-7.
17. Tuncel T, Uysal P, Hocaoglu AB, Erge DO, Karaman O, Uzuner N. Change of mean platelet volume values in asthmatic children as an inflammatory marker. *Allergol Immunopathol (Madr)* 2011;40(2):104-7.
18. Çevik C, Yengil A, Akbay E, Arlı C, Gülmez Mİ, Akoğlu E. Comparison of Mean Platelet Volume Values between Patients with Nasal Polyp and Healthy Individuals. *Turk Arch Otolaryngol* 2013; 51(4):106 -9.
19. Erden ES, Yengil E, Tuncel E, Bilgiç HK, Demirköse M, Motor S. ve ark. Obstrüktif uyku apne sendromu ile ortalama trombosit hacmi arasındaki ilişkinin incelenmesi. *JCEI* 2013; 4(4):492-6.
20. Barnes PJ. and Celli BR. Systemic manifestations and comorbidities of COPD. *Eur Respir J* 2009; 33(5):1165-85.

Bilimsel Makaleler Nasıl Yayınlanır? Etkili Bir Makale İçin İpuçları How Scientific Articles Can Be Published? Tips for an Effective Article

B. Furkan Dağcıoğlu¹, Yusuf Üstü¹, Mehmet Uğurlu¹

¹ Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Özet

Akademik makalelerin bilimsel dergilerde yayınlanabilmesi için doğru teknikle yazılması önemlidir. Özellikle “Giriş” ve “materyal ve metotlar” bölümleri uygun şekilde yazılırsa, okuyanların ve dergi hakemlerinin ilgisini daha çok çeker. Bu konuda bazı öneriler ve ipuçları vermeyi amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Akademik makale, giriş, materyal, metotlar

Summary

It is important for academic articles to be written in the right technique in order to be published in scientific journals. Especially well-written “introduction” and “materials and methods” sections would be more attractive for readers and reviewers. We aimed to give some suggestions and tips on this subject.

Keywords: Academic articles, introduction, materials, methods

Giriş

Makale yazımı akademik hayatın vazgeçilmez bir parçasıdır. Günümüzde bir bilim insanının akademik kariyerinin, yaptığı seçkin yayınlara bağlı olduğu söylenebilir. “Yayın yap ya da yok ol!” olarak çevrilebilecek “publish or perish” deyimini durumu kısaca özetlemektedir. Birçok araştırmacı, çalışmasını makale haline getirme konusunda endişe taşıyabilmektedir. Gerçekten zahmetli uzun uğraşlar gerektiren bilimsel bir çalışmanın, uygun ve etkili bir makale haline getirilmesi tartışma konusu olmaya devam etmektedir. Bu yazı ile sorunun çözümü için bir parça katkı sağlayabilmeyi amaçladık. Özellikle okurların, ilk baktıkları yer olan makalenin başlangıç kısımlarını oluşturan, “giriş” ve “materyal ve metotlar” bölümlerinin yazımı ile ilgili bazı ipuçlarını tartıştık.

Giriş bölümü: Makalenin giriş bölümü, çalışmanın önemli, okunmaya değer, araştırılan konu çerçevesinde ilerleyen ve bahsedilen bulgularla ilişkili olduğu konusunda okuyucuyu ikna edebilecek özellikte olmalıdır. Başka bir

deyişle, zamanı kısıtlı okuyucu kitlesi için albenili olmalıdır.¹

Çalışmanızda net bir sorunun olması ve okuyan kişilerin mevcut bilgilerindeki bir boşluğun doldurulacağına ikna olması en önemli konulardandır. Okuyan kişi, ilgili alandaki bilgilerine anlamlı bir katkı yapacağınıza inanmazsa, yazınızı okumaya istek duymaz. İyi yazılmış bir giriş bölümü, okuyan kişiyi takip eden bilgilere hazırlar, onu araştırma sorusu ile bütünleşmeye ve çalışmanın yöntemini, bulgularını ve çıkarımlarını anlamaya teşvik eder.¹ Başarısız bir giriş ise okuyan kişinin, çalışmanın sonuçlarına yeterince değer vermemesi ile sonuçlanır.

Amaç ve yapı: Giriş bölümünün yapısının/uzunluğunun nasıl olması gerektiği konusunda kesin bir kural yoktur. Bu, konunun türüne, yayınlanacak dergiye ve araştırmanın hangi alanda olduğuna göre çeşitlilik gösterir.² Ama sonuçta bir tek amaca hizmet eder: Okuyan kişiye araştırma sonuçlarının önemli olduğunu göstererek okumaya yönlendirmek!

Yazışma Adresi/Correspondence

Dr. B. Furkan Dağcıoğlu
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı
e-posta: bfurkan@gmail.com
Geliş Tarihi: 01.04.2014
Kabul Tarihi: 17.12.2014

Uygun anlatım nasıl olmalıdır? Tıpkı bir piramit gibi, geniş bir genel kavram bilgisi ile başlayıp, giderek daralan ve özelleşen kapsamda olmalıdır.¹ Böylece araştırma sorusu giderek netleşir. Yazar bu sayede makaleyi okuyan kişiyi, giriş bölümündeki kapsamlı ve aşına olunan bilgilerden alarak, belirli bir mantık silsilesi içinde makalenin bilimsel altyapısına ve gerekçesine doğru yönlendirmiş olur.

Giriş bölümü, önce çalışma alanına ait geniş ve bilindik bir çerçeve ile başlamalıdır. Daha sonra da çalışmanın ayrıntıları bu çerçeve üzerine oturmalıdır.¹ Böylece araştırmanın gerekçesi verilirken, okuyucuda gelecek bilgileri okuma isteği uyandırılır. Yazar, okuyucuyu makalenin önemine ikna etme fırsatı da bulur. Mesela, makale önemli bir popülasyonu etkileyen tıbbi bir durumu ya da belirli bir bilimsel konudaki bilgileri artırmayı veya yaygın bir yanlış inancı yıkmayı hedeflemiş olabilir.

Arka plan: Kapsamlı bir girişten sonra, konu ile ilgili güncel bilgiler sunulmalıdır. Güncel bilgilerin tartışılması ile, giriş bölümündeki ifadeler özetlenmiş ve sunulan araştırma için uygun bir altyapı sağlanmış olur.³ Ayrıca, genel kavramlardan özel araştırma sorusuna geçiş yapılmış olur. Araştırma zeminine ait bilgiler geniş ve ayrıntılı olmalıdır. Fakat bilimsel dergilerin, giriş bölümünün yazımı konusunda farklı beklentileri olabilir.⁴ Arka plan bilgilerinde, bir araya getirilen farklı çalışmaların sonuçları ile ana konu arasında bağlantı kurmak ve bu yolla da makaledeki konuların kapsamını daraltmak mümkündür.¹ Bunu yaparken konuyla çok az ilgisi olan çalışmalardan bile bahsetmek cazip gelebilir. Ama ana konudan fazla uzaklaşmanın, okuyucuda kafa karışıklığına ve makalenin asıl vurgulamak istediği konudan uzaklaşmaya sebep olabileceği unutulmamalıdır. Anlatılan konuya aşına olan kişi, konu dağılmadan ayrıntılara ulaşmak ister.

Literatürün sağlam bir şekilde incelenmesi, hem çalışmanın çerçevesini belirler, hem de yazarın bilimsel yeterliliğini gösterir.⁵ Konu hakkında bilgi sahibi olanlar sıklıkla, giriş bölümünde bahsettiğiniz literatüre ve alan bilgilerine dayanarak yazarı yargılama ve eleştirme eğilimindedir. Kısaca, giriş bölümünüzün kalitesi, saygınlığınızı artırabilir veya okuyan kişiyi konu ile daha alakalı ve saygın başka bir çalışmaya yöneltebilir ya da makalede okumaya değer bir şey

olmadığını düşündürerek saygınlığınızı azaltabilir.¹

Uygun atıf yapmak: Çalışmanın arka planından bahsederken, ilgili literatüre atıf yapılması önemlidir. Konu genelden özele doğru ilerlerken, tüm özgün ifadelerin alıntılı olduğu literatür belirtilmelidir. Ancak derleme türü yazılarda, belirgin olarak destekleyici bir kaynak olmadığı sürece alıntı belirtilmez.¹ Gerekli olduğu halde alıntıların belirtilmemesi, hem yazarın hem de yazının güvenilirliğini ciddi olarak zedeler.

Özet ifade: Giriş bölümünün sonunda, araştırmanın kendi alanındaki bilgilerin artırılmasına nasıl katkıda bulunduğu konusu özetlenmelidir.¹ Makalenin devamından hemen önce, okuyan kişiye çalışma ve sonuçları ile ilgilenmeleri için yeterli sebepler tam bu aşamada verilmelidir. İdeal olarak, giriş bölümünün kapanış ifadesi, çalışma bulgularının ilgili alandaki mevcut sorulara cevap olabileceğini özlü bir biçimde açıklayarak, giriş bölümünün ilk kısmına göndermede bulunmalıdır. Eğer okuyan kişiye, önemli olduğunu düşündükleri genel kavramlardan yola çıkarak, dikkatli/eksiksiz bir şekilde konuyla ilişkili özgün araştırma sorularına yönlendirmeyi başarabilmişseniz, yazının devamı okunmaya hazır hale gelmiş demektir.¹

İyi yazılmış ve sağlam temellere dayalı bir giriş bölümü, okuyan kişinin çalışmadaki amaca inanmasını, araştırmanın bağlamını ve zeminini anlamasını sağlar. Böylece sonuçları okumak için istek kendiliğinden oluşur.

Materyal ve Metot

Materyal ve metot bölümü, okuyan kişiye araştırmanızı ve bahsedilen sonuçları nasıl bulduğunuzu anlatmak için gerekli bilginin sunulduğu yerdir. Giriş kısmını okuyan kişi artık çalışmanızın neden önemli olduğunu bilmektedir. Bundan sonraki adımda ise araştırdığınız konu için hangi araştırma yöntemlerinin kullanıldığını öğrenmek ister. Makalenin türüne göre, metot bölümü literatür taramasından elde edilen parametrelerden, araştırma sırasında kullanılan yöntemlerin ayrıntılarına veya laboratuvar çalışmalarının detaylarına kadar her şeyi kapsayabilir.⁶ Bu bilgiler okuyan kişiye sade ve anlaşılır bir dille sunulmalıdır.

Kapsamlı ve iyi organize edilmiş bir metot bölümünün, konu hakkındaki birikiminizi ve uygun araştırma teknikleri konusunda bilgili

olduğunuzu yansıtacağını unutmayınız. Ayrıca okuyan kişinin yaptığınız işe karşı güven duymasını sağlayacaktır.⁶

Amaç ve yapı: Bu bölüm, çalışmada kullanılan metotların ve materyallerin ayrıntılı açıklamalarının verildiği yerdir. Bu nedenle metot bölümü akıcı bir şekilde yazılabilir. Öncelikle araştırma popülasyonunun belirlenmesi, coğrafi alanların tanımlanması veya çalışmaya katılanların karakteristiklerinin belirlenmesi gibi genel özelliklerden ve parametrelerden başlamak, bu amaca ulaşmanın en güzel yoludur.⁶ Çalışmanın temelini iyi anlaşılması, sonraki aşamaların daha kolaylıkla anlaşılmasını sağlayacaktır.

Metotlarda ne kadar bilgi verilmelidir? Temel prensip olarak, okuyan kişinin/araştırmacının aynı yolları izleyerek aynı çalışmayı yapabilmesi ve aynı sonuçlara ulaşabilmesi için yeterli seviyede olmalıdır.⁷ Yine bu bölümde verilen ayrıntılar, okuyan her kişinin çalışmanın yapılaş şekli hakkındaki sorularını karşılayacak kapsamda olmalıdır.

Metot bölümü, çalışmanın nasıl yapıldığını göstermelidir. Çalışmanın, ilgili alanda kabul gören kurallara uygun olduğunun belirtilmesi son derece önemlidir. Genel olarak metot bölümünde, bilindik kavramlar ve araştırmalar, mantık silsilesi içerisinde bir araya getirilir. Terminoloji ve cümle kalıpları makalenin bütünüyle uyumlu ve kendi alanındaki genel kabul gören şekle uygun olmalıdır.⁶ Kelime tekrarları normal karşılanır, hatta olması istenir.⁶ Metot bölümü genellikle bir dizi bilgi aktarımına dayalı olduğundan, tutarlılık (mesela benzer şeylerin aynı terminoloji, yazım şekli ve cümle kalıpları ile ifade edilmesi gibi) önem arz etmektedir.⁶ Metoda ait bilgiler mümkün mertebe yapılaş sırasına göre yazılmalı, ancak benzer işlemler ise birlikte anlatılmalıdır. Mesela, örneklem veya veri toplama tanımları, farklı zamanlarda ve farklı analiz yöntemleriyle yapılmış olsalar bile birlikte anlatılmalıdır.⁶ Çünkü her zaman kronolojik anlatıma tam bağımlı olmak, farklı zamanlarda yapılan benzer içerikli işlemlerin anlaşılmasını zorlaştırabilir.

Anahtar bilgi: Metot bölümünde sunulan her aşamada, belirli bir soruyu ortaya koymak veya konuya özgü anlamlı bilgiler toplayabilmek hedeflenmelidir. Hipotezler sorgulanabilir ve/veya yanlışlığı ortaya konabilir olmalıdır. Veriler

ölçülebilir ve kıyaslanabilir olmalıdır. Etki edebilecek tüm faktörler açık bir şekilde tanımlanmış ve/veya kontrol altında olmalıdır.⁶ Kısacası iyi bir metot bölümü, aşırı veya gereksiz detaylara kaçmaksızın, konuyla ilişkili olabilecek tüm detayları içermelidir.

Bilimsel dergilerde, içeriğin nasıl olması gerektiği ile ilgili yazım kurallarını belirten kılavuzlar vardır. Bu kılavuzlar okunmalıdır. Daha önceki yayınlardan birinde anlatılmış bir işleme atıfta bulunurken bile, tüm deneysel işlemlerin ayrıntılarından tekrar bahsedilmelidir.⁶ Ayrıca tüm insan ve hayvan çalışmaları için gerekli etik kurul onayları belirtilmelidir.

Yazım ve terminoloji: Metot bölümünün yazımında, aşına olunan bir terminoloji kullanılmalıdır. Böylece, çalışma daha hızlı okunur ve anlaşılır. Ölçü birimleri olarak genellikle SI birim sistemi (System International: Uluslararası Birim Sistemi), kullanılır.⁶ Ancak bazen konuya göre tercihler değişiklik gösterebilir. Araştırma konusunda yaygın kabul gören birim sistemlerinin ve gönderilecek derginin bu konudaki tercihinin öğrenilmesi önemlidir. Örneğin, çözeltilerin gösteriminde çözünen madde miktarını belirtmek yerine, yüzde kaçlık olduğu yazılmalıdır. Tansiyon ölçümü için ise “mmHg” birimi tercih edilmelidir.⁶

Ekipman ve malzeme yazımı: Çalışmayı okuyan birinin, aynı yolu izleyerek aynı sonuçlara ulaşması esastır. Bu nedenle çalışma esnasında lüzumlu olan ya da sonuçları etkileyebilecek her türlü materyal, miktar, işlem ve ekipman açıkça belirtilmelidir.⁶

Bir ekipmanın özgün bilgileri/üretici firmanın ismi ne zaman belirtilmelidir? Bu bilginin, yapılan işleme etkisi olup olmadığı göz önünde bulundurulur.⁶ Örneğin, hücre sayımında kullanılan ışık mikroskobunun üretici firmasının ismini belirtmek gereksizdir. Bir elektron mikroskobunun ise marka, model ve üretici firma bilgilerinin belirtilmesi gerekir.⁶ Kültür agarı cam kaplarının detayları önemli değildir. Ancak kullanılan cam tüplerin şekil ve tiplerinin belirtilmesi gerekir.⁶ Benzer şekilde, serum fizyolojik hazırlanırken kullanılan sodyum klorür markasının belirtilmesi gerekmez, ancak deneylerde kullanılan bileşik veya farmakolojik maddelerin ayrıntılı bilgileri verilmelidir.⁶ Ayrıca markasının belirtilmesi gerekli olan her malzeme için, genellikle üretici firmadan ilk bahsedilirken,

firmanın ayrıntılı konum ve iletişim bilgilerinin de verilmesi gerekir.⁶

Sonuçların elde edilmesi ve tanımlanması: Sonuçların elde edilme şekli açıklamalarla net bir şekilde ortaya konmalıdır. Sonuçları vermeye geçmeden önce, olası belirsizlikler açıklığa kavuşturulmalıdır. Yani ölçümlerin nasıl yapıldığı, nasıl analiz edildiği ve de verilerin nasıl saklandığı açıkça anlatılmalıdır.⁶ Mesela, veri girişi için kullanılan cihazlar, çalışmaya dahil edilme ve dışlanma kriterleri ve birleştirilen verilerin gösterim şekli (ör: ortalama \pm SE) açıklanması gereken parametrelerdir.⁶ Eğer çalışmaya özel bazı tanımlama kriterleri varsa, mesela meteorolojik bir çalışmada hava sıcaklığı serin, normal veya sıcak gibi kategorilere ayrılıyorsa, bunların nasıl sınıflandırıldığı metot kısmında ayrıntılı olarak açıklanmalıdır.⁶

İstatistiksel metotlar: İstatistiksel analizler pek çok çalışmanın ayrılmaz bir parçası olup, genellikle metot kısmının sonlarında ayrıntılı bir şekilde anlatılmalıdır. İstatistiksel analizler, çalışmanın doğruluğunu baskın biçimde etkiler. Bu nedenle kullanılan yöntemler gerekçeleriyle birlikte açıklanır.⁸ Uygulanabilirliği ve kullanımı konusunda okuyucunun karar verebilmesine imkân verilir.⁶ Özellikle metot bölümünün bu kısmında, farklı veri çeşitleri için kullanılan özel testlerin, dağılımın normallliğini belirleme gibi durumlarda hangi ön koşulların araştırıldığı, kullanılan güven aralıklarının ve anlamlılık derecelerinin, hatta hangi post-hoc testlerin yapıldığının belirtilmesi önem taşır.⁶ İstatistiksel metotların ayrıntılı bir şekilde anlatılması, sonuçlar bölümünde tekrar bahsedilmesine gerek bırakmayarak ek bir fayda sağlar.⁶

Özet ifade: Tabiatı gereği, metot bölümü önemli ölçüde teknik veriler içerir. Giriş ya da tartışma

Kaynaklar

1. Bendixby M. Getting a strong start: best practices for writing an introduction. AJE Best Practices Series. <http://www.aje.com/en/education/other-resources/> (Erişim tarihi: Mart 2014).
2. Annesley TM. Top 10 tips for responding to reviewer and editor comments. Clin Chem 2011;57(4):551-4.
3. Gasparyan AY, Ayvazyan L, Blackmore H, Kitas GD. Writing a narrative biomedical review: considerations for authors, peer reviewers, and editors. Rheumatol Int 2011;31(11):1409-17.
4. Chur-Hansen A. Medical students' essay-writing skills: criteria-based self- and tutor-evaluation and the role of language background. Med Educ 2000;34(3):194-8.

bölümü gibi okuyucuyu sürükleyici bir özelliğe sahip değildir. Buna rağmen, metotlar bölümü okuyucunun yazınızı anlayabilmesi için kritik bir öneme sahiptir. İyi yazılmış ve anlaşılır bir "Metotlar" bölümü, kişilerin çalışmanızın sonuçlarını anlamalarına yardımcı olur. Bu sonuçların nasıl elde edildiği ile ilgili akıllarda belirebilecek sorularla dikkatlerinin dağılmasına engel olur.⁶

Son olarak, makalenizi önemli bir dergide yayınlamanın sabır gerektiren bir süreç gerektirdiği unutulmamalıdır.² Yazılan bir makalenin bilimsel bir dergiye gönderilmesinden önce, o dergiye ait yazım kuralları ve derginin yayın tercihlerinde ne tür konulara öncelik verdiği gibi değişken faktörlerin ayrıntılı olarak incelenmesi, yazınızın söz konusu dergide yayınlanabilme ihtimalini artıracaktır.² Nadiren makale editörler ya da hakemler tarafından herhangi bir düzeltme istenmeksizin yayınlanabilir.² Dolayısıyla, yazınızın eleştirilmesine, kısaltılmasına ya da bazı kısımların daha ayrıntılı yazılması yönündeki taleplere hazırlıklı olmak gerekir.² Uluslararası yayın dili genellikle İngilizce olup, yazarın ana dilinden İngilizceye çeviri sırasında oluşabilecek dil bilgisi veya mantık hataları da makalenin yayınlanması önünde engel teşkil edebilir.⁹ Bazı uluslararası dergilerin kendi ülkelerinden gelen yazıları öncelikli olarak tercih edebildiği, hatta bazen derginin editörlerinin cinsiyetinin, yayınlanmak üzere makale gönderen araştırmacıların cinsiyeti ile aynı olmasının bile tercih sebebi olabildiği, bilimsel araştırmalarla ortaya konmuş şaşkıncı gerçeklerdir.^{10,11} Bu durum, akademik yayın dünyasında insan faktörünün ne denli etkili olabildiğinin göstergesi olarak kabul edilebilir.

5. Bostancı K, Yüksel M. Araştırma Nasıl Yapılır, Makale Nasıl Yazılır? Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi 2005;13(3):298-302.
6. Bendixby M. Setting the Scene: Best Practices for Writing Materials and Methods. AJE Best Practices Series. http://www.aje.com/sites/default/files/attachment/s/white_paper_2.pdf (Erişim tarihi: Mart 2014).
7. United Nations Educational SaCO. UNESCO science report. UNESCO Publishing; 2010. <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001899/189958e.pdf> (Erişim tarihi: Mart 2014).
8. Jeffrey M, Borkan M, PhD. Mixed Methods Studies: A Foundation for Primary Care Research. Ann Fam Med 2004;2(1):4-6.

9. Mungra P, Webber P. Peer review process in medical research publications: Language and content comments. *Eng SpecPurp* 2010;29(1):43-53.
10. Link AM. US and non-US submissions: an analysis of reviewer bias. *JAMA* 1998;280(3):246-7.
11. Lloyd ME. Gender factors in reviewer recommendations for manuscript publication. *J Appl Behav Anal* 1990;23(4):539-43.

Etkin Sağlık Sistemleri İçin Güçlü Birinci Basamak Strong Primary Care for Effective Health Systems

Duygu Ayhan Başer¹, Rabia Kahveci¹, E. Meltem Koç¹, İsmail Kasım¹, İrfan Şencan¹, Adem Özkara²

¹Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği

²Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Özet

Günümüzde sağlık hizmetleri; birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak biçiminde örgütlenmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetleri; sağlık hizmetleri örgütlenmesinde, merkezi konumda bulunmaktadır. Uluslararası araştırmalar; iyi eğitilmiş aile hekimlerinin çalıştığı etkili birinci basamak temelinde örgütlenmiş sağlık sistemlerinin, birinci basamağın geliştirilmesi pasif olanlardan hem ekonomik hem de klinik başarı olarak daha etkin sağlık bakımı sağladığını göstermektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri, içinde birçok yapısal elemanı barındıran çok boyutlu bir sistemdir. Birinci basamak alt yapısının güçlü oluşturulduğu, insan gücünün ve diğer kaynakların tüm toplumda dengeli dağılımının yapıldığı sağlık sistemine sahip ülkelerde toplum sağlık sorunları daha çabuk ve kolay çözümlenmekte, böylece sağlık eşitsizlikleri engellenmiş olmaktadır. Birinci basamağı güçlü olan ülkelerde ikinci ve üçüncü basamağa sevk oranları düşmekte ve aile hekimleri, hastalarının çoğunun sağlık ihtiyaçlarına tatminkâr cevap verebilmektedir. Ayrıca, sağlık giderlerinin gayri safi milli hâsıladaki payının daha düşük olduğu ülkeler, sağlık hizmet sunumunda daha maliyet etkindirler. Ülkemizin de içinde bulunduğu çoğunluğu Avrupa birliğinden olan 31 ülkede devam eden ve 2013’de sonuçlanması planlanan “Avrupa’da Birinci Basamağın Kalite ve Maliyeti” (QUALICOPC) isimli çalışmada ülkelerin birinci basamak sağlık sistemlerinin performansı kalite, eşitlik ve maliyet açısından değerlendirilmektedir. Bu çalışma sonucunda güçlü birinci basamağın gerekleri ve sağlık sistemleri performansına katkısıyla ilgili sorulara cevap beklenmektedir. Bugün Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetlerinde kökten bir değişim süreci yürütülmektedir. Aile hekimliği uygulaması, hem sağlık çalışanları, hem de vatandaşlar açısından alışılması ve düzenlenmesi vakit alacak uzun bir süreçtir. Genel sağlık sistemimizle birlikte aile hekimliğinin aksayan yönlerinin sürekli revize edilerek hızla gelişmesi ve ülkemizin dünyada örnek gösterilen ülkeler arasına girmesi en içten dileğimizdir.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimliği, aile hekimliği uygulamaları, etkin sağlık sistemleri, güçlü birinci basamak

Summary

Today, health care services are organized in the form of primary, secondary and tertiary care. The primary care services are located at the center of all health services. International researches show that health care services provided by trained family physicians present more efficient health care with both financial and clinical aspects. Primary health care services are multidimensional systems. Public health problems are resolved more quickly and easily in countries where strong primary care infrastructure exists, where also health inequalities are prevented. In general, referral rates to secondary and tertiary care decrease and family physicians provide satisfactory answers to the majority of patients in countries with strong primary care. In addition, the countries which have lowest share of health expenditures in GDP are more cost-effective. The performance of countries’ primary health care systems are evaluated according to quality, equality and cost, in the study named as "The Quality And Cost Of Primary Care in Europe" (QUALICOPC). As a result of this study, the answers of the questions about the requirements of strong primary care and the contribution of the performance of health systems are expected. Radical changes in primary health care are carried out in Turkey nowadays. Family medicine practice is a very long process for which the orientation of the citizens and health care workers will take time. So, we wish to see rapid development in the failing aspects of our health system in general, including family medicine and we hope to see Turkey to be an outstanding example in the world.

Keywords: Effective health systems, family medicine, family medicine practices, strong primary care

Giriş

Günümüzde sağlık hizmetleri; birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak biçiminde örgütlenmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetleri; sağlık hizmetleri örgütlenmesinde, merkezi konumda bulunmaktadır.¹ Ülkelerin sağlık

sisteminin olmazsa olmaz parçası olan birinci basamak sağlık hizmeti tam anlamı ile kişilerin, çeşitli nedenlerle başvurduğu, sağlık problemlerini sunduğu, toplumun büyük bir kısmının tedavi edildiği, gereği durumunda ikinci ve üçüncü

Yazışma Adresi / Correspondence

Dr. Duygu Ayhan

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Aile Hekimliği Kliniği

e-posta: duyguayhan@outlook.com

Geliş Tarihi: 01.04.2014

Kabul Tarihi: 02.05.2014

basamağa sevk edildiği ve koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulduğu sağlık kurumu ve bu kurumda üretilen sağlık hizmeti olarak tanımlanabilir.²

Uluslararası araştırmalar ve deneyimler, iyi eğitilmiş aile hekimlerinin çalıştığı etkili bir birinci basamak temelinde (strong primary care) örgütlenmiş sağlık sistemlerinin, birinci basamak eğitimi ve geliştirilmesi pasif olanlardan hem ekonomik olarak hem de klinik başarı olarak daha etkin sağlık bakımı sağladığını göstermektedir.³ Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sağlam temeller üzerine kurulduğu ve iyi bir organizasyon ile sistematize edildiği bir toplumda, sağlık sorunları büyük ölçüde çözümlenmiş demektir.²

Birinci Basamak Sisteminin Özellikleri

Birinci basamak sağlık hizmetleri, içinde birçok yapısal elemanı barındıran çok boyutlu (multi-dimensional) bir sistemdir. Bu yapısal elemanlar; düzen, ekonomik durum, insan ve malzeme kaynaklarıdır.⁴ Bazı yazarlara göre ise, birinci basamak sağlık hizmetinin çok boyutlu yapısını oluşturan yapısal elemanlar on farklı başlık altında incelenebilir. Bunlar: yönetim, ekonomik durum, işgücü, hizmet sunumu, tedavinin devamlılığı, tedavide koordinasyon, tedavide kapsamlılık, tedavinin kalitesi, tedavinin etkinliği ve sağlık hakkıdır.⁴

Birinci basamak alt yapısının güçlü oluşturulduğu, insan gücünün ve diğer kaynakların tüm toplumda dengeli dağılımının yapıldığı sağlık sistemine sahip ülkelerde toplum sağlık sorunları daha çabuk ve kolay çözümlenmekte, böylece sağlık eşitsizlikleri engellenmiş olmaktadır.

Araştırmalara göre; kaynak dağılımının dengeli olarak yapıldığı ülkelerin sağlık sistemlerinin; kaynakların politikalar aracılığıyla düzenlenmediği, kamu veya özel sigorta modeli uygulanan ülkelere göre belirgin bir şekilde daha iyi olduğu saptanmıştır.⁵

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel özellikleri; ilk başvuru yeri olması, hastalık merkezli bakım yerine uzun süreli/sürekli-hasta merkezli bakımı teşvik etmesi, kapsayıcı bir yapıya sahip olması ve ekipler arası koordinasyon kurmasıdır.² Birinci basamağın ilk başvuru yeri olma özelliği; sağlık hizmeti almak isteyen kişinin

herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle ortaya çıkan her yeni bakım gereksiniminde sağlık sistemi ile ilk karşılaştıkları yer olmasını tanımlar.³ İlk başvuru yeri olma özelliği; hem maliyet-etkin hem de daha sistematize edilmiş bir yol oluşturmaktadır.⁶⁻⁸

Sürekli, kişi-odaklı bakım ise; hastalığın belirli bir evresi ile sınırlı olmayıp; sağlıklı dönemlerde de sunulması gereken hizmetleri kapsamakta; hasta ile adım adım yaşamı boyunca iletişim içinde olmaktır. Sağlık hizmetinin yaşam boyu olmasından kasıt ise; bebeğin fetal döneminden başlayarak doğumuna, ve sonrasındaki sağlam çocuk ve ergen takipleri, erişkinlik ve yaşlılık süreçleri de dahil yaşamının her döneminde doğrudan hizmet sunmasıdır. Ek olarak birinci basamaktaki sürekli ve hasta odaklı bakım sağlık hizmet kalitesinden ödün vermeksizin; daha az diagnostik araştırma, daha düşük reçeteleme, hospitalizasyon, ikinci, üçüncü basamağa sevk oranlarını azaltmakta ve yine maliyet-etkili bir yol oluşturmaktadır.⁹

Hizmette kapsayıcılık veya bütüncül yaklaşım ilkesi, birinci basamağın toplumda sık görülen tüm sağlık sorunlarını tanımlayabilecek ve müdahale edebilecek düzeyde olmasıdır. Birinci basamaktan sevk oranının yüksek olması, kapsayıcılığın yetersiz kaldığını gösterir.⁹ Birinci basamak sistemi güçlü olan ülkelerde gelişmemiş olanlara göre sevk oranlarının gözle görülür derecede az olduğu yapılan araştırmalarda gösterilmiştir.⁵ Kapsayıcılığı oluşturan temel ilkeler; ulusal politikalar aracılığı ile belirlenmesi, tüm bireyler için eşit olması, toplumda sık görülen tüm hastalıkları kapsamaması, diğer sistemler ile entegre biçimde çalışmasıdır. Bir ülkedeki birinci basamağın kapsayıcılığı; eşitlikçi olan ve olmayan yaklaşım tanımları ile belirlenir. Eşitlikçi yaklaşımda kapsayıcılığın sınırı ulusal politikalar tarafından belirlenmektedir. Kapsamda yer almamasına karar verilen hizmetleri sunan kaynaklar sınırlandırılır. Eşitlikçi yaklaşımda sağlık hizmeti tüm toplum için erişilebilir değildir. Eşitlikçi olmayan yaklaşım ise; kapsam dahilindeki kişilere sunulan hizmet ile hastaların taleplerinin farklı olmasıdır. Yatay (horizontal) eşitlikçi olmayan yaklaşım, ihtiyaçları aynı olan; ancak aynı kaynaktan faydalanamayan kişileri; dikey (vertikal) eşitlikçi olmayan yaklaşım ise ihtiyaçları fazla olan ancak; ihtiyaçları

doğrultusunda yeterli kaynak oluşturulamayan kişileri kapsamaktadır.¹⁰

Birinci Basamağın Dünyadaki Durumu ve Sağlık Sistemleri İçerisindeki Yeri

Tıp, insanların ihtiyaçlarına cevap olarak ortaya çıkmış bir bilimdir. Diğer tüm tıp branşlarında olduğu gibi aile hekimliğinin ortaya çıkması da insanların ihtiyaçları sonucudur. Günümüz dünyasında ülkelerin çoğunda birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini aile hekimliği oluşturmaktadır.

Amerika'da aile hekimliği 20. uzmanlık dalı olarak ortaya çıkmış, 2000 yılında aile hekimliği tüm ihtisas programları arasında en büyük sayıya ulaşmış, günümüzde günde en çok hasta bakan uzmanlık dalı haline gelmiştir. 2000 yılında 822 milyon hekim muayenesinin 199 milyonu aile hekimliği uzmanları tarafından yapılmıştır. Günümüzde Amerika'da aile hekimliği uzmanları sayıca 2. Sıradadırlar.¹¹

İngiltere' de ilk aile hekimliği uygulamaları 1947 yılında başlamıştır. Aile hekimlerinin çoğu 4-5 hekimden oluşan grup muayenehanelerde hizmet verir, aile hekiminden sevk alamayanlar, ikinci basamağa acil durumlar dışında başvuramazlar ve ikinci basamağa sevk oranı %10 dolayındadır. Aile hekimlerinin diğer dal uzmanlarına oranı %45-50 dolayındadır.^{11,12}

İspanya, Birleşik Krallık, Finlandiya, İspanya ve Portekiz'de birinci basamak sağlık hizmetleri sağlık merkezleri tarafından verilir; sağlık merkezlerinde çalışma ekip çalışması esasına dayalı olup aile hekimleri de bu ekibin içinde bulunmaktadır.^{11,13}

Genel itibari ile bakıldığında birinci basamağı güçlü olan ülkelerde ikinci ve üçüncü basamağa sevk oranları % 15'lere kadar düşmektedir ve aile hekimleri, hastalarının % 85'inin sağlık ihtiyaçlarına tatminkâr cevap verebilmektedir. Birinci basamak sisteminin gelişmiş olduğu ülkelerde önlenebilir durumlara bağlı hastaneye yatış oranlarının daha düşük olduğu, postneonatal mortalite, başta kanser, major respiratuvar, kardiyovasküler hastalıklara bağlı olmak üzere tüm nedenlere bağlı ölümlerin önemli ölçüde azaldığı pek çok araştırma ile doğrulanmıştır.^{5,14-19}

2011 OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) verilerine göre

Türkiye'de toplam sağlık harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla'ya (GSYH) oranı yüzde 6,1'dir. OECD ortalaması yüzde 9,6, ABD'de yüzde 17,4 olan bu oran, Almanya, Fransa, İsviçre gibi ülkelerde ortalama yüzde 11,6 olarak gerçekleşmektedir. Türkiye'de kişi başına düşen yılda 902 dolar düzeyindeki sağlık harcaması, OECD ortalaması olan 3233 dolarının dörtte biri civarında kalmaktadır.²⁰

Görüldüğü üzere; sağlık giderlerinin gayri safi milli hâsıladaki payının daha düşük olduğu yani güçlü birinci basamağın bulunduğu ülkelerde sağlık hizmet sunumunda maliyet etkinliğinin arttığı görülmektedir. Amerika Birleşik Devletleri gibi uzman ağırlıklı olan ve aile hekimi sayısının yetersiz olduğu ülkelerde sağlık sistemine hastanın ilk kabul ve takibinin (gate-keeping function) yetersizliği nedeniyle sosyokültürel zayıf toplum kesimlerinin sağlık hizmetlerinden yetersiz yararlanma ve genel sağlık giderlerinin yüksek maliyetine neden olmaktadır.

Birinci Basamağın Türkiye'deki Durumu

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda sıkıntılar yaşanması kaçınılmazdır. Bu hizmet, farklı ülkelerde, farklı şekillerde sunulmaktadır; yalnız, tüm ülkelerdeki ortak nokta; birinci basamak sağlık hizmetinin, ülkelerin sağlık sistemlerinin olmazsa olmaz parçası olmasıdır.²

Türkiye'de 1961 tarihli 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi adlı yasa ile ebe ve pratisyen hekimlerle ücretsiz bir şekilde koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmet verilecek olan birinci basamak sağlık örgütlenmesi yönünde ilk adım atılmıştır. Uygulama 1963'de aşama aşama ülke düzeyinde yaygınlaşmıştır. 1978 yılında Alma-Ata, birinci basamak sağlık hizmetlerini daha kapsamlı hale getirmiştir. Durağan bir süreç sonrası, 1990 itibari ile "Sağlık Reformu" tartışmaları ile birinci basamak tekrar gündeme gelmiş; daha kapsamlı ve sağlıkta yaşanan eşitsizlikleri azaltma amaçlı aile hekimliği temelli bir birinci basamak anlayışı tercih edilmeye başlanmıştır. Ülkemizde ilk Aile Hekimliği uygulaması Eylül 2005'te Düzce ilinde pilot uygulama olarak başlatılmış olup, 2010'un aralık ayı itibarıyla tüm illerde aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir.²¹

Türkiye’de aile hekimliği uzmanlık eğitimi ilk olarak 1983 yılında Tababet Uzmanlık Tüzüğü’nde yer almıştır.¹¹ Aile hekimliği uzmanlık eğitiminin asgari süresi 3 yıldır. 1985 yılından beri Türkiye’de aile hekimliği uzmanları yetişmektedir.²² İlk olarak Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı kurulmuştur. Asistan eğitimleri ise; ilk olarak 1985’te Ankara, İstanbul, İzmir’de Sağlık Bakanlığı’na bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinde başlatılmıştır.^{11,23}

Günümüze gelindiğinde ülkemizde aile hekimliği lisans ve lisansüstü eğitimleri yapılan fakülte sayısı 39, eğitim ve araştırma hastanelerinde klinik sayısı ise 19’a ulaşmıştır.²⁴ Türkiye aile hekimliği modelinde hizmet basamakları arasında sevk sistemi zorunluluğu öngörülmesine karşın, aile hekimi sayısının yetersizliği ve geçiş dönemi gerekçe gösterilerek, sevk sistemi zorunluluğu ertelenmiştir. Bugün, açık sistem (paralel sistem) yöntemi uygulanmaktadır. Kişiler bir aile hekimine kayıt olmak zorundadır ve istedikleri aile hekimini seçme hakkına sahiptirler.²⁵

Ülkemizde aile hekimleri asistanları ve uzmanlarının üye olabildiği Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (AHUD) 24 Temmuz 1990’da kurulmuş, 1998 yılında Bakanlar Kurulu kararıyla Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) şeklinde isim değişikliği yapılmıştır.¹¹

Sağlık sistemlerinde birinci basamağın durumu, etkinliği, yaygınlığı, hizmet kalitesi ve ulaşılabilirlik gibi parametreler çeşitli uluslararası mukayeseli, gözlemsel ve kesitsel araştırmalarla değerlendirilmeye çalışılmaktadır. Ülkemizin de içinde bulunduğu çoğunluğu Avrupa birliğinden olan 31 ülkede devam eden ve 2013’de sonuçlanması planlanan “Avrupa da birinci basamağın kalite ve maliyeti” (QUALICOPC) isimli çalışmada ülkelerin birinci basamak sağlık sistemlerinin performansı kalite, eşitlik ve maliyet açısından değerlendirilmektedir.¹⁶ Bu çalışma sonucunda güçlü birinci basamağın gerekleri ve sağlık sistemleri performansına katkısıyla ilgili sorulara cevap beklenmektedir.

Birinci Basamağın Güçlendirilmesine Yönelik Çözüm Önerileri

Ülkemizde birinci basamağın önümüzdeki yıllarda daha da güçlenmesi adına bazı problemlerin saptanması ve bunlara yönelik çözümler

üretilmesi gerekmektedir. Öncelikli olarak yapılması gereken, ufak değişiklikler ile aile hekimliğini daha cazip hale getirmek olmalıdır. Bu bağlamda;

- Aile hekimliği uygulamaları yaygınlaştırılmalı ve uzman sayıları artırılmalıdır.
- Üniversite ve eğitim hastanelerinde, güçlü ve dünya ile entegre bir akademik yapılanma oluşturulmalıdır.
- Başasistan ve yardımcı doçent gibi eksik eğitim kadrolarının tamamlanmasına yönelik Sağlık Bakanlığı’nda gerekli çalışmalar başlatılmalıdır.
- Buna paralel olarak asistan sayıları hızla artırılmalı ve asistanların eğitim süreleri, eğitimlerinin % 50 sini eğitim aile sağlığı merkezleri gibi sahada geçirecek şekilde planlanmalıdır.
- Son yıllar içerisinde aile hekimliğine yönelik politik iradenin güçlü bir şekilde devam etmesi; bu bağlamda sahada çalışan aile hekimlerin maaş ve ek gelirlerinin iyileştirilmesi gerekmektedir.
- Aile hekimliği kanununun yasalaşması sonrasında eksik hukuki mevzuatın düzenlenmesi ve güncellenmesi gerekmektedir.
- Aile hekimliği asistanlarına sahada nüfus bağlanması ile sahada çalışan doktor başına düşen hasta sayılarının 3500-4000’lerden 2000-3000’lere düşmesi sağlanmalıdır ve bunun sonucu olarak da aile hekimlerinin her hastasına daha fazla zaman ayırması sağlanmış olacaktır.
- Multidisipliner işbirliği bağlamında ulusal “kronik hastalık yönetimi” programları oluşturularak sağlık hizmet sunumunda diyabet, obezite, hipertansiyon, koroner arter hastalığı, kronik obstrüktif akciğer hastalığı gibi bulaşıcı olmayan hastalıkların takibinde birinci, ikinci, üçüncü basamakta entegre sağlık hizmet sunumu sağlanması, gerekli mevzuat düzenlenmelerinin yapılması gerekmektedir.
- Ortak bakım planı çerçevesinde elektronik ağlar; aile hekimleri, hastane, yaşlı bakım evleri, sosyal güvenlik kurumları arasında güçlendirilmelidir.
- Taburcu olan hastaların epikrizlerinin elektronik ortamda aile hekimlerince görülebilirliğinin sağlanması ve taburcu olan hastaların bağlı olduğu aile hekimlerinin hastanın opere olduğu veya yatarak tedavi

gördüğü klinikle elektronik ortamda konsülte edebilmeleri, hem hasta hem de hekim açısından kolaylık sağlayacaktır.

- Yine ortak bakım planı çerçevesinde hastaların doğrudan hastaneye sevk edilmeden sahada çalışan 2.veya 3. basamak branş hekimlerine konsültasyonlarının sağlanması, hasta ve hastalığın takibi açısından daha olumlu olacaktır.
- Grup aile sağlığı merkezlerinin özendirilmesi ve çoklu aile hekimlerinin çalıştıkları yerlerde psikiyatri, dâhiliye veya çocuk uzmanlarının da çalışabilmesinin önünün açılması, hem aile sağlığı merkezlerindeki doktor açığını kapatacak hem de doktor başına düşen hasta sayısının daha azami miktarlarda olmasını sağlayacaktır.
- Aile hekimliğinde ulusal standartlar oluşturulmalıdır.
- Üniversite ve eğitim aile sağlığı merkezleri akademisyenleri işbirliği yaparak pratik uygulamaya yönelik birinci basamak ulusal kılavuzları oluşturmalıdır.
- Sağlık hizmet sunumunda kalite geliştirmeye yönelik, eğitim ihtiyacının saptanması, hasta ve sağlık çalışanın iş memnuniyetinin saptanmasına yönelik kesitsel ve prospektif araştırmalar yapılmalıdır.
- Birinci basamakta görev alan ve alacak sağlık profesyonellerinin her aşamada eğitimlerinin desteklenmesi ve kalitenin artırılması, birinci basamağa olan ilgiyi arttıracaktır.
- Tıp fakültesi müfredatına, tıpta uzmanlık kurulu kararıyla aile hekimliği temel ders olarak girmeli ve son sınıfta en az bir ay aile hekimliği stajı seçmeli olarak sunulmalıdır.
- Sahada çalışan aile hekimlerine sürekli tıp eğitimi bağlamında, aşılardan gibi koruyucu hekimlik, bulaşıcı olmayan hastalıkların takibi, kardiyovasküler risk yönetimi, çocuk ve gebe takibi, akut enfeksiyonlar, depresyon gibi sık karşılaşılan konularda eğitimler sağlanmalı ve bu eğitim özendirilmelidir.
- Hekimlere buldukları bölgelerde kolayca katılarak bilgi ve becerilerini güncelleyebilecekleri kurs ve seminer gibi pratik eğitimler sağlanmalıdır.
- Yukarıdaki eğitimi sürekli sağlayabilmenin bir yolu olarak; aile hekimlerinin kendilerini güncellemeleri mesleki bilgi ve becerilerinin

geliştirilmesini özendirmek amacıyla kredilendirme sistemi uygulanmalıdır.

- Beş veya yedi yıl sonunda belirli bir baraj puanına ulaşma zorunluluğu getirilmeli ve bu eğitimleri almayanların çalışma yetkileri iki yıllığına izlemeye alınmalı, yine de başarılı olamayanların birinci basamakta aktif hasta bakmalarının kısıtlanması, mesleki performansı arttıracaktır.
- Akademik camiada asistan yetiştiren üniversite ve eğitim ve araştırma hastanelerindeki yardımcı doçent, başasistan ve doçentlere WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians), EURACT (European Academy of Teachers in General Practice and Family Medicine) işbirliğiyle asistan eğitimi müfredat oluşturma, değerlendirme ölçme yöntemleri konusunda eğitimler sağlanmalıdır.
- Saha eğitimine deneyimli uzman aile hekimleri entegre edilmeli, bunlar da üniversite ve aile sağlığı merkezleriyle afileye edilmelidir.
- Grup aile sağlığı merkezlere en az bir veya iki uzman aile hekimi pozisyonu açılmalıdır.
- Kırsal hekimliği özendirilmeli ve asistan eğitim programında kırsal hekimliğe yer verilmelidir.
- Özellikle coğrafi olarak uzak yerleşim bölgelerinde çalışan aile hekimlerinin hastalarını ilgili branş hekimleriyle konsülte edebilecekleri "Tele Tıp" uygulamalarının yaygınlaştırılması. İlgili "Tele Tıp" mevzuatının ve teknolojik alt yapının geliştirilmesi.
- Klinik eczacılık özendirilmeli, yaygınlaştırılmalı ve eczacılardan hasta eğitimi konusunda yararlanılmalıdır.
- Toplumumuzda prevalansı yüksek olan diabetes mellitus, hipertansiyon, koroner arter hastalığı, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, kronik böbrek hastalığı gibi hastalıklara ait klinik kalite indikatörleri belirlenip, bu hastalıklara bağlı hastane yatış ve ayak ampütasyonu, körlük, kronik böbrek yetmezliği gibi komplikasyon verilerinin yıllık güncellenmeleri yapılmalıdır.
- Birinci basamak hekimlerini destekleyen yerel dernekler kurulmalıdır. Birincil bakım veren her hekim üye olabilmelidir.
- Birinci basamak hizmetlerinin orta vadede tamamen kapsamlı uzmanlık eğitimi almış,

klirik uygulamalar dışında birinci basamak yönetimi hususuna da hakim olan hekimler tarafından verilmesi garanti altına alınmalı, buna öncü olacak şekilde uzmanlık eğitimleri özendirilmeli ve uzmanlık eğitimini tamamlamış olan aile hekimliği uzmanlarının sahada çalışmaları sağlanmalıdır.

Sonuç

Bugün Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetlerinde çok kökten bir değişim süreci yürütülmektedir. Güçlü bir birinci basamak sağlık hizmetinin etkili sağlık hizmetleri sunumunun temel taşı olduğu ve birincil bakımın, sağlık

hizmetlerinde beklentilerin karşılanmasındaki ve hizmetlerin sürekliliğindeki eksiklikleri ve problemleri çözebileceği konusunda önemli tartışmalar vardır.

Aile hekimliği uygulaması, hem sağlık çalışanları, hem de vatandaşlar açısından alışılması ve düzenlenmesi vakit alacak uzun bir süreçtir. Hem hekimlerin hem de Sağlık Bakanlığı’nın devamlı olarak üzerinde çalıştığı düzenlemeler ile ilerleyen dönemlerde, aile hekimliği hızla gelişecek ve ülkemiz dünyada örnek gösterilen ülkeler arasında sayılacaktır.

Kaynaklar

1. Saltman RB, Rico A, Boerma GW. Primary Care in the Driver’s Seat? Organizational Reform in European Primary Care. European Observatory on Health Systems and Policies. England: Open University Press; 2006: 22-49.
2. Starfield B. The Effectiveness of Primary Health Care. Chapter 1. In: Lakhani M, Southgate L, eds. A Celebration of General Practice. Oxon, UK: Radcliffe; 2003: 19-36.
3. Allen J, Gay B, Crebolder H et al. The European Definition of General Practice/Family Medicine. WONCA EUROPE 2011 Edition; 2002 :8-12.
4. Kringos DS, Boerma GW, Hutchinson A, Van der Zee J, Groenewegen PP .The Breadth of Primary Care: A Systematic Literature Review of Its Core Dimensions. BMC Health Services Research 2010; 10: 65
5. Macinko J, Starfield B, Shi L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, Health Services Research 2003; 38(3):831-865.
6. Forrest CB, Starfield B. Entry into Primary Care and Continuity: The Effects of Access. Am J Public Health; 1998; 88(9):1330-6.
7. Franks P, Fiscella K. Primary Care Physicians and Specialists as Personal Physicians. Health Care Expenditures and Mortality Experience. J Fam Pract Aug 1998; 47(2):105-9.
8. Franks P, Clancy CM, Nutting PA. Gatekeeping Revisited—Protecting Patients from Overtreatment. N Engl J Med 1992; 327(6):424-9.
9. Starfield B. Balancing Health Needs, Services and Technology. New York: Oxford University Press; 1998: 99-147.
10. Starfield B: Promoting Equity in Health Through Research and Understanding. Developing World Bioeth 2004;4(1):76-95.
11. Bozdemir N. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği. Aile Hekimliği Ders Notları, Adana: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları; 1997:1-17.
12. Özcan F. Ünlüoğlu İ. Türkiye’de ve Dünya’da Aile Hekimliği. Sendrom 1996; 8(7): 83-85.
13. Rakel RE. The Family Physician. In: Textbook of Family Practice. Philadelphia: Saunders; 1995: 2-3.
14. Parchman M, Culler S. Primary Care Physicians and Avoidable Hospitalization. J Fam Practice, 1994; 39(2):123-8.
15. Gulliford MC, Jack RH, Adams G, Ukoumunne OC. Availability and Structure of Primary Medical Services and Population Health and Health Care Indicators in England. BMC Health Services Research 2004; 4(1):12.
16. Schäfer WLA, Boerma GW, Kringos DS et al. QUALICOPC, A Multi-Country Study Evaluating Quality, Costs and Equity in Primary Care. BMC Family Practice 2011;12:115
17. Starfield B. Primary Care and Health: A Cross-National Comparison. JAMA 1991; 266(16): 2268-71.
18. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. Milbank 2005; 83(3):457-502.
19. Beasley JB, Starfield B, van Weel C et al. Global Health and Primary Care Research. J Am Board Fam Med 2007; 20(6):518-26.
20. Health at a Glance 2011, (OECD web sitesi; www.oecd.org.tr) (Erişim tarihi: 3 Şubat 2013).
21. Mollahaliloğlu S, Kosdak M, Sanisoğlu Y, Boz D, Demirok A.B, Ed. Akdağ R. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti Araştırma Raporu. Araştırma serisi:4. T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara: Opus Basım Yayın; 2010: 1-249.
22. Aydın S. Aile Hekimliği: Sağlık Sisteminde Merkezi Role Talip Olmak. Aile Hekimliği Dergisi 2007;1(3): 10–15.
23. Saatçi E, Sezer H. Dünyada Aile Hekimliği Uygulamaları. Aile Hekimliği-II.Ed. (Ed: Çağlayan H) içinde; İstanbul: İletişim Yayınları; 1996:49–70.
24. TAHUD web sitesi; www.tahud.org.tr /hakkimizda/anabilimdallari-egitimhastaneleri (Erişim tarihi:3 Şubat 2013).
25. Resmi Gazete. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, Ankara; Kanun No: 5510, 16.06.2006, Sayı: 26200.

El, Ayak ve Ağız Hastalığı: Olgu Sunumu Hand, Foot and Mouth Disease: A case-report

Muhammed Harun Ünal¹, Sevim Öğülmüş², Sevda Azimetli³, Ahmet Keskin¹, Mehmet Uğurlu¹

¹ Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı

² Ankara Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği

³ Ankara Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi

Özet

El, ayak ve ağız hastalığı infant ve çocuklarda sık görülen bir viral enfeksiyondur. Bu hastalar sıklıkla birinci basamak sağlık kurumlarına başvururlar. Bu hastalığa tanı koyup, takip ve tedavisini birinci basamakta yönetebildiğimiz zaman aileleri gereksiz stresten, zaman kaybindan, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarını da gereksiz muayenelerden kurtarıyoruz. Birinci basamak sağlık kurumlarında tedavi edilebilecek bir hastalığın tanınması için bu olguyu sunmak istedik.

Anahtar Kelimeler: El ayak ve ağız hastalığı, deri döküntüsü, aile hekimliği

Summary

Hand, foot and mouth disease (HFMD) is a viral infection commonly seen in infants and children. These patients frequently apply to primary care services. If we can diagnose it in primary care services, parents will get rid of stress and there will be no time and financial losses due to unnecessary applications to secondary and tertiary health care services. HFMD can be treated in primary health care services if we have enough knowledge about it, this is why we wanted to present this case.

Keywords: Hand foot and mouth disease, skin rash, family practice

Giriş

El, ayak ve ağız hastalığı enterovirus ailesinin deri ve mukozada lezyonlar oluşturduğu, çoğunlukla komplikasyonsuz seyreden sistemik bir enfeksiyondur.¹ Aile hekimleri olarak birinci basamakta da karşılaşabileceğimiz, daha çok çocuklarda görülen ve lezyonların yaygın olması sebebiyle ebeveynleri panikleten bu hastalığın takip ve tedavisi hakkında bilgi sahibi olarak danışmanlıkta bulunmanın önemini vurgulamak için bu vakayı sunmak istedik.

Olgu

7 yaşında erkek hasta 1 hafta önce başlayan ateş, boğaz ağrısı ve sağ elde tek nokta halinde başlayıp her iki el ve ayak tabanlarına yayılan kızarıklık şikayetiyle babası eşliğinde polikliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde ateş: 37,5 °C, nabız: 75/dk, TA:110/70 mm Hg olarak ölçüldü. Hastanın boyu 125 cm (75p) kilosu ise 25 kg (50-75P) idi. Hastanın orofarinks bakısında uvulanın üst kısmında eritemli veziküller

lezyonlar görüldü. Her iki el özellikle başparmak hizasında olan veziküller döküntüler ve her iki ayak tabanında çok sayıda papüler döküntüler mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Hastaya el, ayak ve ağız hastalığı tanısı konularak hasta yakınına hastalık hakkında bilgi verildi. Hastalığın viral bir enfeksiyondan kaynaklandığı, döküntülerin 7-10 gün içerisinde kendiliğinden geçeceği anlatıldı. Evde ateş takibi yapması ve ateşi 38 °C'nin üzerinde ölçüldüğünde hastaya parasetamol verilerek ateşinin düşürülmesi önerildi. Hastanın gebelerle yakın temastan kaçınması konusunda uyarıldı. Hem hastanın, hem de çevresindekilerin el hijyenine dikkat etmesinin bulaştırıcılığı önleme konusundaki önemi vurgulandı.

Tartışma

El, ayak ve ağız hastalığı, mevsimsel olarak epidemilerle yayılır. Sıklıkla çocukları etkiler. Nazal veya oral sekresyonlar, fekal materyal ve

Yazışma adresi / Correspondence

Dr. Muhammed Harun Ünal
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Aile Hekimliği Anabilim Dalı
e-posta: mharununal@gmail.com

Geliş Tarihi: 09.11.2014

Kabul Tarihi: 25.12.2014

damlacık yolu ile yayılım gösteren viral bir enfeksiyon hastalığıdır. Hastalık etkenleri en sık Cocksackievirus A10 (CA10), CA16 ve Enterovirus 71(EV71)'dir.² 2-10 yaş arasındaki çocuklarda görülen, sıklıkla ateş, halsizlik, iştahsızlık ve boğaz ağrısı şikayetleri ile başlayan, ellerde, ayaklarda ve oral mukozada veziküler lezyonlarla karakterize iyi seyirli bir hastalıktır.² Son yıllarda gluteal bölge, diz, dirsek ve yüz tutulumu da görülebilmektedir.^{3,4} Döküntüler genellikle 7-10 gün içinde kendiliğinden iyileşmektedir. Bazı hastalarda gerekirse semptomatik tedavi verilebilir.^{3,5} Döküntüler başladıktan sonra 1 hafta süresince bulaştırıcılık oranı çok yüksektir. Virüs hastanın tükürük, mukus ve feçesiyle direk temasla ya da fekal oral yolla bulaşabilmektedir. Kreşlerde özellikle yaz ve sonbahar mevsimlerinde salgınlara sebep olur. İnkübasyon süresi genellikle 3-7 gündür.^{3,5} Gebelere özellikle ilk trimesterde bulaş olduğunda spontan abortus veya gelişme geriliği ile sonuçlanma riski oldukça fazladır. Bu nedenle aile hekimleri olarak el, ayak ve ağız hastalığı tanısı koyduğumuz kişilerin gebelerden uzak durması, onlarla yakın temastan kaçınması konusunda uyarılarda

Resim 1. Ayak tabanında çok sayıda papüler döküntüler



Resim 3. Uvulanın üst kısmında eritemli veziküler lezyonlar



bulunmak koruyucu hekimlik kimliğimizin gereğidir.⁶ Semptomlar geriledikten sonra da etken olan virüsler haftalarca vücutta bulunmaya devam edebilmektedir. Hasta asemptomatik olduktan sonra farklı bir enterovirus serotipiyle tekrar enfekte olabilmektedir.⁵ Henüz el, ayak ve ağız hastalığına karşı koruyuculuğu sağlayabilecek bir aşı geliştirilemedi. Ancak hastanın enfekte eşyalarıyla temasın önlenmesi, kontamine malzemelerin dezenfeksiyonu ve düzenli el yıkama ile bulaş büyük oranda önlenmektedir.^{7,8} Bu hastalık genellikle iyi seyirli olsa da nadiren ensefalit, menenjit, kardit, pulmoner ödem gibi komplikasyonlar gelişebilmektedir.^{7,9} Enterovirus 71'in etken olduğu el, ayak ve ağız hastalığı daha ciddi seyredebilmekte, nörolojik ve kardiyak komplikasyonlar daha sık gelişebilmektedir.⁷ Bu nedenle aşı çalışmaları E71'e yönelik yapılmaktadır.¹⁰ Döküntüye eşlik eden yüksek ateş, kusma, bilinç bulanıklığı, solunum güçlüğü, taşikardi, bradikardi gibi bulgular saptandığında komplikasyon varlığı açısından değerlendirilmeli, gerekirse diğer bölümlerle koordinasyon sağlanmalıdır.

Resim 2. Başparmak hizasında olan veziküler döküntüler



Kaynaklar

1. Ekinci AP, Erbudak, E, Baykal, C. 2012 yılı Haziran ayında İstanbul'da el, ayak ve ağız hastalığı sıklığında önemli artış. *Türkderm* 2013; 47(4):192-3.
2. Topkarcı Z, Erdoğan, B, Yazıcı Z. El-Ayak-Ağız Hastalığının Klinik ve Demografik Özellikleri. *Bakırköy Tıp Dergisi* 2013;9(1):12-5.

3. Krafchik BR, Tellier R. Viral Exanthems. In: Textbook of Pediatric Dermatology. Harper J, Oranje A, Prove N (Eds). 2nd ed. Massachusetts: Blackwell Publishing; 2006:418-49.
4. James WD, Berger Tg, Elston DM (Eds). Viral diseases. In: Andrews' Disease of Skin: Clinical Dermatology. 10th ed. Toronto: Saunders Elsevier; 2006:215-367.
5. Haley JC, Hood AF. Hand-foot-and-mouth disease. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K (Eds). 5th ed. New York: McGraw-Hill; 1999: 2403-7.
6. Ogilvie MM, Tearne CF. Spontaneous abortion after hand-foot-and-mouth disease caused by Coxsackie virus A16. Br Med J 1980; 281(6254):1527-8.
7. Zhou H, Guo SZ, Zhou H, Zhu YF, Zhang LJ, Zhang W. Clinical characteristics of hand, foot and mouth disease in Harbin and the prediction of severe cases. Chin Med J 2012; 125(7): 1261-5.
8. Prevention and Treatment. Centers for Disease Control and Prevention 2013. <http://www.cdc.gov> (Erişim Tarihi: 18 Ekim 2013).
9. Cho HK, Lee NY, Lee H, et al. Enterovirus 71-associated hand, foot and mouth diseases with neurologic symptoms, a university hospital experience in Korea, 2009. Korean J Pediatr 2010; 53(5): 639-43.
10. Xu J, Qian Y, Wang S, et al. EV71: an emerging infectious disease vaccine target in the Far East? Vaccine 2010; 28(20): 3516-21.

Vajinismus Tedavisinde Hipnoterapi: Bir Olgu Sunumu Hypnotherapy in the Treatment of Vaginismus: A Case Report

Kenan Taştan¹, Memet Işık¹

¹Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği ABD ve Atatürk Üniversitesi Akupunktur ve Tamamlayıcı Tıp Yöntemleri Uygulama ve Araştırma Merkezi, Erzurum

Özet

Vajinismus kadının vajina kaslarındaki istemsiz kasılmalar nedeniyle cinsel ilişkinin gerçekleşemediği bir cinsel işlev bozukluğudur. Bu durum bazı yazarlar tarafından "tamamlanmamış evlilik" olarak tanımlanmaktadır. Vajinismus olan kadınlar bu rahatsızlığı bazen "cinsel ilişkiden tikslenme, korkma" bazen de "cinsel ağrı bozukluğu" şeklinde ifade etmektedirler. Vajinismus tedavisinde daha çok bilişsel davranışçı tedavi yöntemleri kullanılmaktadır. Bu yazıda vajinismus nedeniyle polikliniğimize başvuran ve hipnoterapi ile tedavi edilen bir olgu tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimliği, hipnoterapi, vajinismus

Summary

Vaginismus is a sexual dysfunction due to involuntary contractions of woman's vaginal muscles so that sexual intercourse cannot take place. This situation is defined as "incomplete marriage" by some authors. The women with vaginismus sometimes state this disorder as "aversion to sexual intercourse, to be afraid" and sometimes as "sexual pain disorder". More cognitive behavioral therapies are used in the treatment of vaginismus.

In this paper, a case with vaginismus who admitted to our clinics and was treated with hypnotherapy is discussed.

Keywords: Family medicine, hypnotherapy, vaginismus

Giriş

DSM-V-TMye göre cinsel organlarda-pelviste ağrı/içe girme bozukluğu olarak da tanımlanan vajinismusun tanı kriterleri şunlardır:

A. Aşağıdakilerden birinde (ya da daha çoğunda), sürekli ya da yineleyici güçlük çekme:

1. Birleşme sırasında vajinaya girme
2. Vajinaya girme ya da girme girişimleri sırasında vulvovajinada ya da pelviste belirgin ağrı duyma
3. Vajinaya girme eyleminin gerçekleşeceği beklenirken ya da vajinaya girme sırasında ya da girilmeden ötürü, vulvovajinada ya da pelviste ağrı

duymayla ilgili olarak belirgin bir korku ya da kaygı duyma

4. Vajinaya girme girişimi sırasında pelvis tabanı kaslarını çok germe ya da sıkma

B. A tanı ölçütündeki belirtiler, en az, yaklaşık altı aydır sürmektedir.

C. A tanı ölçütündeki belirtiler, kişide klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya neden olur.

Bu cinsel işlev bozukluğu, cinsel kökenli olmayan bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz ya da ağır bir ilişki bozukluğundan (örneğin eşin kaba güç kullanması) ya da gerginlik yaratıcı önemli başka etkenlerden kaynaklanmamaktadır ve bir maddeye/ilaca ya da başka bir sağlık durumuna bağlanamaz.¹

Yazışma Adresi / Correspondence

Yrd. Doç. Dr. Kenan Taştan
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 25240 Yakutiye/Erzurum
Tel: +90 442 3448751
e-posta: ktastan2002@yahoo.com
Geliş Tarihi: 22.10.2014
Kabul Tarihi: 27.12.2014

Vajinismus problemi olan kadınlarda sıklıkla fobik kaçınma, istemsiz pelvis kas kontraksiyonları ve ağrı beklentisi/korkusu/deneyimi vardır.^{2,3} Yapılan çalışmalarda kadınların %42'sinde cinsel disfonksiyon olduğu, bunların %26'sında da ağrılı ilişki olduğu bildirilmiştir.^{4,5}

Bu yazıda vajinismus nedeniyle aile hekimliği ve hipnoterapi polikliniğimize başvuran ve hipnoterapi ile tedavi edilen bir olgunun tartışılması amaçlanmıştır.

Olgu

Kadın: 22 yaşında, ortaokul öğretmeni.

Erkek: 25 yaşında, üniversite mezunu ve devlet dairesinde memur olarak çalışıyor.

Evli olan çift aile hekimliği ve hipnoterapi polikliniğimize 8 aydır süren cinsel ilişkiye girememe, vajinaya girme girişimi sırasında vulvovajinada ağrı olması ve bu esnada pelvis kaslarını istem dışı sıkma şikâyetiyle başvurdu. Çift bu problemleri nedeniyle iki kez kadın hastalıkları uzmanına ve bir kez de psikiyatriste gitmişler. Kadın hastalıkları uzmanı cinsel olarak ilişkiye girmelerinde herhangi bir patoloji tespit etmemiş ve bu nedenle çifte psikiyatri polikliniğine gitmeleri gerektiğini söylemiş. Psikiyatriste gitmek istemeyen çift başka bir kadın hastalıkları uzmanına başvurmuşlar. Benzer cevabı ondan da almaları üzerine psikiyatriste gitmişler. Psikiyatrist evli çifte uygulamaları için bir takım parmak egzersizleri önermiş. Özellikle kadının bu uygulamaları yaparken kendini rahatsız hissetmesi üzerine egzersizlerden vazgeçmişler. Kısa bir süre sonrada hipnoterapinin kendi sorunlarına çözüm olabileceğini düşünmeleri üzerine aile hekimliği/hipnoterapi polikliniğimize müracaat etmeye karar vermişler.

Polikliniğimize müracaat eden evli çifte öncelikle hipnoterapi hakkında bilgi verildi ve hipnoterapi ile ilgili soruları yanıtlandı. Sonrasında haftada bir kez olmak üzere en az 3 seans ve en fazla 8 seanslık bir hipnoterapi görüşme planı önerildi.

İlk seansta relaksasyon (gevşeme) hipnozu uygulanan hastanın, rahatlaması ve kendini iyi hissetmesi sağlandı. Seans sonrasında eşlerle

birlikte görüşüldü ve bir dahaki seansa kadar erkeğin kadının genital bölgesine dokunmaması ve cinsel ilişkiye girmemeleri talimatı verildi. İkinci seansta ego güçlendirici telkin verildi ve pozitif imajinasyonla desensitizasyon yöntemi uygulandı. Üçüncü seansta pozitif imajinasyon ile hipnoterapi esnasında kadının aktif olduğu ve kontrolün tamamen kendisinde olduğu bir cinsel ilişkiyi eşyle birlikte yaşamasını hayal etmesi sağlandı. Seans sonrasında eşlerin istedikleri bir zamanda kontrolün kadında olması şartı ile cinsel ilişkiye girebilecekleri söylendi. Bir hafta içerisinde cinsel ilişkiye girememeleri halinde, hipnoterapinin 4. seansının yapılabileceği söylendi. Ertesi gün kadın telefonla arayarak ilişkiye girebildiklerini ve kendisini çok iyi hissettiğini, cinselliğin artık kendisi için bir kâbus olmaktan çıktığını bildirmesi üzerine seanslara son verildi. Telefon görüşmesinden yaklaşık 3 hafta sonra teşekkür mahiyetinde polikliniğimizi ziyaret eden çiftin cinsel ilişki açısından her hangi bir sorun yaşamadıkları öğrenildi.

Tartışma

Bu olguda vajinismus tedavisinde hipnoterapinin etkili olduğu görülmüştür.

Hipnoz; bir öze dönüş, bir içsel yolculuktur. Beynin iki yarım küresinin tek bir alanda iş birliği yapmasıdır. Kişinin bilinçaltının onun isteği doğrultusunda telkin alabilir hale gelmesi, yönlendirilebilmesidir.⁶

Değişik araştırmalar vajinismus prevalansının Türkiye'de cinsel terapi kliniklerine başvuran hastalar arasında çok yüksek olduğunu göstermektedir.^{7,8} Önemli bir cinsel sağlık sorunu olan vajinismusun tedavisinde seks terapisi ve bilişsel davranışçı tedavi gibi yöntemler kullanılmaktadır.⁹ Bununla birlikte, tedavi süresinin uzun olması hasta ve partneri açısından yıpratıcı bir süreçtir.¹⁰ Tedavi başarısını artırmak ve süresini kısaltmak için başka yöntemlere ihtiyaç olduğu açıktır. Fakültemiz aile hekimliği/hipnoterapi polikliniğinde, hipnoterapi çeşitli sağlık sorunlarının tedavisinin yanı sıra, vajinismus tedavisinde de başarılı bir şekilde kullanılmaktadır.

Hipnoterapinin vajinismus tedavisinde kullanılabileceği çeşitli yayınlarda bildirilmiş olmakla birlikte konuyla ilgili literatür azdır.¹¹ Hipnoterapi, gerek hekim, gerekse hastalar için zor bir sağlık sorunu olan vajinismus tedavisinde, bu konuda eğitim almış hekimlerin kullanabileceği bir alternatif olabilir.

Kaynaklar

1. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan çeviri. Koroğlu E. Ankara:Hekimler Yayın Birliği;2014: 100-200.
2. Hatzimouratidis K, Hatzichristou D. Sexual dysfunctions: classifications and definitions. J SexMed 2007;4(1):241-50.
3. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. J Urol 2000;163(3):888-93.
4. Laumann EO, Paik A, Rosen RC: Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. JAMA 1999, 281(6):537-44.
5. Hayes RD, Bennett CM, Fairley CK, Dennerstein L. What can prevalence studies tell us about female sexual difficulty and dysfunction? J SexMed. 2006 Jul; 3(4):589-95.
6. Seyrek, A. Kolay Kullanımlı Kendini Hipnoz Etme Teknikleri. 1. Baskı. İstanbul: Nokta Kitap;2009:10-60.
7. Özdemir YO, Şimşek F, İncesu C, Koç K. Sociodemographic and clinical characteristics of subjects referred to a multidisciplinary sexual dysfunction outpatient clinic. European Journal of Sexual Health 2006;15(Suppl 1):14-5.
8. Dogan S. Vaginismus and accompanying sexual dysfunctions in a Turkish clinical sample. J Sex Med 2009;6(1):184-92
9. Doğan S, Özkorumak E. Ağrılı Genital Cinsel Aktivite ve Vajinismus Tanısında Yaşanan Güçlükler. Klinik Psikiyatri 2008;11(3):135-42.
10. İncesu C (2004) Cinsel İşlevler ve Cinsel İşlev Bozuklukları, Klinik Psikiyatri Dergisi 2004; 7 (Ek 3):3-13.
11. Melnik T, Hawton K, McGuire H. Interventionsfor vaginismus. Cochrane Database SystRev. 2012;12(12).