

S  r e k l i T ı p E ğ i t i m i D e r g i s i

# sted *g nce*

Cilt : 19

Sayı : 5

Eyl l

Ekim

2010

ISSN 1300-0853



sted STED Günce



Türkiye'nin Sağlığını Okumak  
"Sosyal Güvenlik Kurumu Tedavi  
Harcamaları"

Dr. Onur Hamzaoğlu



Yaşlı Sağlığı  
"Yaşlılarda Yara Bakımı"

Dr. Ethem Kavukçu, Dr. Melahat Akdeniz

I

III



Sigara ve Sağlık

"Tütün Kontrolünde Çok Önemli Bir  
Yaklaşım: Vergi Miktarının Artışı"

Dr. Dilek Aslan, Dr. Nazmi Bilir

VIII



TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2011

X



Dergilerden

Dr. Özen Aşut, Dr. Yılmaz Yıldız

XI

Günce Kapak Fotoğrafi

"Umut"

Ümit Yaşar Öztoprak, Ankara

TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2009 Sergi Ödülü

sted Günce



Merhaba,

Ne olup bittiğini görmek, ne istediğini  
bilmek, sonunu öngörebilmek... kolay  
kabullenmemek, başkalarının görüşlerine de  
açık olmak, tartışmak...

Kararlı olmak kararlılığını görünür,  
gözlenebilir, anlaşılabilir kılmak. Bu beceriyi  
gösterenleri desteklemek, onlara iki kez daha  
fazla kulak kabartmak.

...

*Uzak ülkeler çekmeli seni, tanımadığın  
insanlar \**

*Bütün kitapları okumak, bütün hayatları  
tanımak arzusuyla yanmalısın*

*Değişmemelisin hiç bir şeyle bir bardak su  
içmenin mutluluğunu*

*Fakat ne kadar sevinç varsa yaşamak  
özlemiyle dolmalısın*

*Ve kederi de yaşamalısın, namusluca,  
bütün benliğinle*

*Çünkü acılar da, sevinçler gibi olgunlaştırır  
insanı*

*Kanın karışmalı hayatın büyük dolaşımına  
Dolaşmalı damarlarında hayatın sonsuz taze  
kanı ...*

Bugüne bakmak kadar, dünü unutmamak.  
Yarına yürürken yarından bugünü farklı kılacak  
olanının ayırında olmak.

Bilgi kadar yaşanmışlıkları da taşımak.  
Deneyime sahip çıkmak. Kişisel deneyimlerimiz  
kadar birbirimizin deneyimlerine de değer  
vermek. Bütün bunları kendimize, birbirimize,  
hastalarımıza saygımız kadar sevgimiz içinde  
yapabilmek bilimsel ve dostça kalın...

Bilimsel ve dostça kalın...

\*Ataol Behramoğlu

"Yaşadıklarımın Öğrendiğim Bir Şey Var"

# Türkiye'nin Sağlıkını Okumak

"Sosyal Güvenlik Kurumu Tedavi Harcamaları"



Dr. Onur Hamzaoğlu\*

Tablo. Sosyal Güvenlik Kurumu tedavi harcamalarının yıllara ve hastanelere göre dağılımı (%)\*

Hastaneler	Yıllar								Görelî deęişim
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2002-2009
Devlet hastaneleri	64.1	68.7	69.1	62.6	64.1	62.3	52.5	52.05	0.81
Üniversite hastaneleri	21.9	19.0	18.3	19.2	15.6	14.8	16.1	17.00	0.78
Özel hastaneler	14.0	12.3	12.6	18.2	20.3	22.9	31.4	30.95	2.21
TOPLAM (Milyon TL)	2831	4362	5906	5626	8489	10267	13953	15129	5.34

\*SGK Başkanlığı Aylık İstatistik Bülteni, Ocak 2010'dan yararlanılarak hesaplanmıştır.

Sosyal Güvenlik Kurumu'nun (SGK) kuruluşundan itibaren sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı birbirinden ayrılmış oldu. Sağlık hizmetlerinde finansmanı artık Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı 'düzenliyor' ve yürütüyor. En büyük hizmet sunucusu olan Sağlık Bakanlığı ise yalnızca ricacı konumunda bulunuyor. SGK'nin kuruluşu ile birlikte sağlık finansmanı ile ilgili bilgilere de SGK'nin yayımladığı verilerle ulaşabiliyoruz. Başlangıçta düzenli olarak standart ve ayrıntılı veri paylaşımı, yerini geciken, ayrıntıları paylaşmayan, standart olmayan paylaşımlara bıraktı.

SGK, 2002 yılında 7 629, 2003 yılında 10 662, 2004 yılında 13 150, 2005 yılında 13 608, 2006 yılında 17 667, 2007 yılında 19 984, 2008 yılında 25 346, 2009 yılında 28 811 ve 2010 yılında 32 080 milyon TL toplam sağlık harcaması gerçekleştirmiştir. Toplam sağlık harcamalarındaki yıllar içinde değişime baktığımızda, 2003 yılında %39.8, 2004 yılında %23.4, 2005 yılında %3.5, 2006 yılında %28.8, 2007 yılında %13.1, 2008 yılında %26.8, 2009 yılında %13.7 ve 2010 yılında %11.3'lük yıllık artışlar olduğunu görüyoruz. Yer darlığı nedeniyle değişimi biçimsel olarak görebilmek için hazırladığımız

grafığı paylaşamıyoruz. Grafikte ilk dikkati çeken özellik, yıllık artışların düzenlilik göstermemesi, aksine her yılın bir önceki ve sonraki artışlardan büyük farklılıklar taşımasıdır. Sağlık harcamalarındaki yıllık artışların, aynı hükümet, aynı kadro, aynı politika ve uygulamalara karşın, ciddi bir düzensizlik, "gelişigüzellik" taşıdığına, dokuz yıllık süre içinde %40'lık artışa da, %4'lük artışa da tanık oluyoruz.

Benzer gelişigüzeiliği, hatta daha vahimini tedavi harcamalarında da izliyoruz. SGK'nin tedavi harcamaları 2003 yılında bir önceki yıla göre, %54.1 artarken, 2004 yılında %35.4'lük bir artış gösteriyor. İki bin beş yılındaki tedavi harcamaları bir önceki yıla göre azalıyor. Değişim -%4.7 olarak gerçekleşmiş. Daha sonraki yıllarda da SGK'nin tedavi harcamaları 2006 yılında %50.9'luk, 2007 yılında %20.9'luk, 2008 yılında %35.9'luk, 2009 yılında da %8.4'lük artışla tamamlanmıştır. Mart 2011 tarihindeyiz. Ancak, 2010 yılı tedavi harcamaları ile ilgili verilere halen ulaşamıyoruz.

Yukarıda ortaya konan gelişigüzeilik, sağlık hizmetlerinin para kaynağının iyi yönetilemediğinin önemli bir kanıtı olarak değerlendirilmelidir. Bu nedendir ki, SGK hizmet satın aldığı kurumların, hastanelerin

hastalık istatistiklerinin mali istatistiklere dönüşmesine neden olmuştur. Uzun bir süredir hastaların tanıları, SGK'nin her bir işlem için ödeyeceği paraya ve ödeme biçimine göre belirlenir oldu. Bundan ötürü, yılda birkaç kez değişen uygulamalar nedeniyle, ortaya çıkabilecek mali sorunları kendilerince engelleyebilmek için, hastanelerde hastaların gerçek tanıları yerine, yapılmış olan tetkik ve tedavi işlemlerini kapsayan tanılar yazılmaktadır.

Sayfanın başında yer alan tablo, SGK'nin tedavi harcamasındaki gelişigüzeğe karşın, tedavi edici sağlık hizmetlerini satın almadaki özel tercihini göstermektedir. SGK, tedavi edici sağlık hizmetlerini kamu hastaneleri yerine özel sektörden satın almayı tercih ediyor.

SGK'nin tedavi hizmeti satın almak için harcadığı paranın 2002 yılında %14'ü, 2009 yılında %31.0'i ile özel sektörden geliyor. Yıllar içinde özel sektörün payı %221 artış göstermiştir. Aynı yıllarda Sağlık Bakanlığı (SB) hastanelerinden alınan tedavi edici hizmetler için ödenen paranın payı %64.1'den %52.1'e, üniversite hastanelerinden alınan tedavi edici sağlık hizmeti için ödenen paranın payı ise %21.9'dan %17.0'ye geriletilmiştir. SGK'nin SB hastanelerinden aldığı tedavi edici sağlık hizmetleri için yaptığı harcama 2009 yılında 2002 yılına göre %19, üniversite hastanelerinden satın alınan tedavi hizmetleri için yapılan harcama ise %22 azaltılmıştır. Kamu sağlık finansman kuruluşu olan SGK, diğer bir ifadeyle kamu kamuyu değil, kamu özeli tercih etmektedir.

Kamunun karlarının özelleştirilmesi, özelin zararlarının kamusallaştırılması operasyonu sürüyor. Türkiye genelinde dev kamu iktisadi kuruluşları birer birer satıldı-özelleştirildi. Sıra kamusal hizmetlerin özelleştirilmesinde. SGK de verilen görevi 'başarı' ile uyguluyor.

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

### Kaynaklar

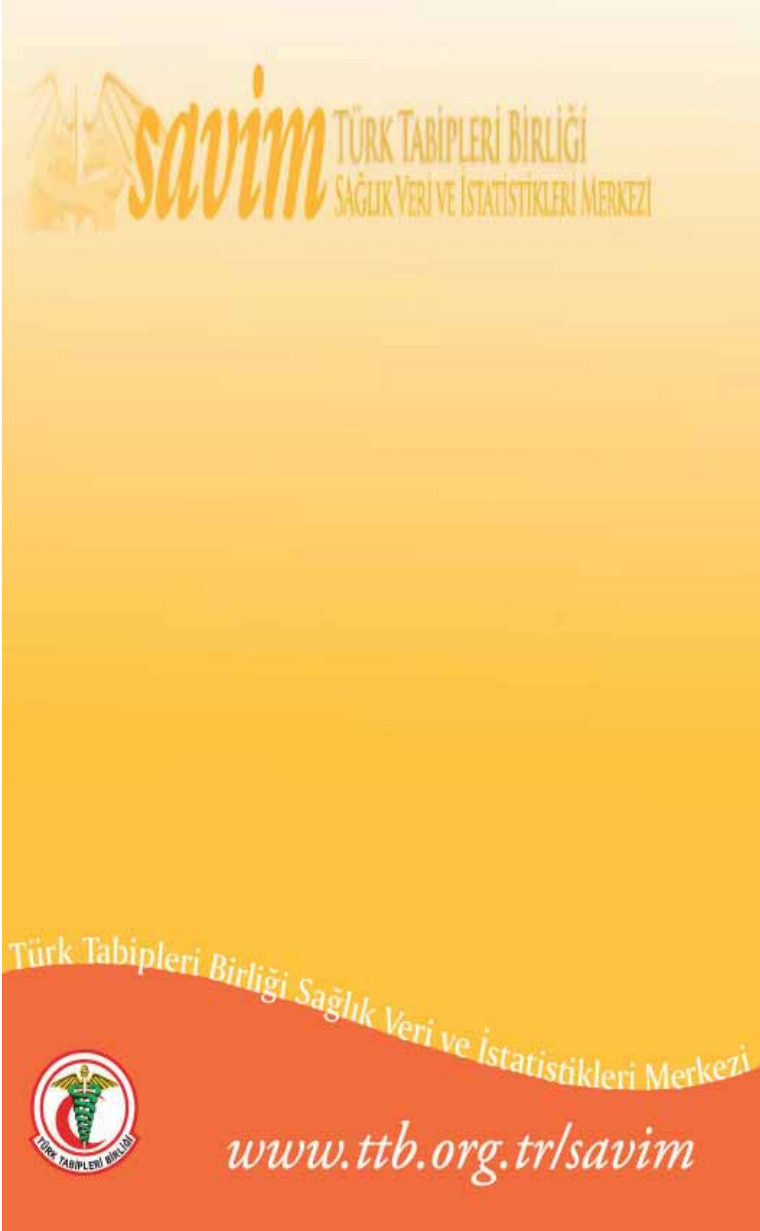
Kunt A E, Mackenbach J P. (1994) Measuring Socioeconomic Inequalities in Health, EUR/ICP/RPD 416, WHO, Copenhagen-28.

SGK (2007), Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı 2007 Yılı Aralık Ayı Mali İstatistikler. Ulaşım adresi: <http://www.sgk.gov.tr> (Ulaşım tarihi: 3 Mart 2011).

SGK (2008), Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı 2008 Yılı Aralık Ayı Mali İstatistikler. Ulaşım adresi: <http://www.sgk.gov.tr> (Ulaşım tarihi: 3 Mart 2011).

SBK (2009), Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı 2009 Yılı Aralık Ayı Mali İstatistikler. Ulaşım adresi: <http://www.sgk.gov.tr> (Ulaşım tarihi: 3 Mart 2011).

SGK (2010), Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı 2010 Yılı Aralık Ayı Mali İstatistikler. Ulaşım adresi: <http://www.sgk.gov.tr> (Ulaşım tarihi: 3 Mart 2011).





*Dr. Ethem Kavukçu\*, Dr. Melahat Akdeniz\*\**

Ülkemizde ve diğer ülkelerde demografik yaşlanma nüfusun yaşlanması, tüm vücut sistemlerindeki değişimlere bağlı oluşan birçok sağlık sorununu da birlikte getirmektedir (1). Deride de yaşlanmaya bağlı değişiklikler olmaktadır. Deri incelemekte, kırışmakta ve elastikliği azalmaktadır. Dermis ve epidermis arasındaki su içeriğinin ve ter bezlerinin sayısının azalmasına bağlı olarak, deride kuruluk ortaya çıkmaktadır. Yaşlanmaya bağlı dermoepidermal bileşkenin yaşlanmaya bağlı düzleşmesi nedeniyle dermal ve epidermal ayrılma daha kolay olmakta; bu da deride yırtılma ve bül oluşumunu kolaylaştırmaktadır. Bu değişiklik aynı zamanda dermis ve epidermis arasındaki iletişimi ve besin transferini de aksatmaktadır. Epidermal yenilenme hızının %30-50 azalması, yara iyileşmesini geciktirmektedir (2). Aktif melanosit sayısında her on yılda %10-20 düşüş ve D vitamini üretiminde azalma yaşlı cildin mor ötesi ışınlarına duyarlılığını artırmaktadır. Tüm bu işlevsel değişikliklerin sonucu olarak, cildin bir bariyer olma, mekanik koruyuculuk, duyuşsal algılama, yara iyileşmesi, immünolojik yanıt, termoregülasyon işlevleri de bozulmakta ve deri yaraları, kronik ülserler ve bası ülserleri sıklığı artmaktadır (2, 3). Kollajen sentezinde azalma, yıkımında artış da yaşlılarda yara iyileşmesinin bozulmasına yol açmaktadır (2).

Yara bakımı yaşlı nüfus için önemli sağlık sorunlarından biridir. Bu yaş grubunda en sık görülen yaralar kronik ülserlerdir. Yaşlı nüfusta sık görülen diyabet ile venöz hipertansiyon ve arteriyel yetersizlik gibi periferik vasküler hastalıklar kronik ülserlerin altında yatan en sık nedenlerdir (4). Vasküler ülserler, bası ülserleri ve nöropatik ülserler, en sık kronik ülserlerdir.

Vasküler ülserler, arteriyel ya da venöz kaynaklıdır. Bazen birlikte de bulunabilirler.

### Arteriyel Ülserler

Arteriyel ülserler, ilerleyici ateroskleroz ya da arteriyel emboliye bağlı doku iskemisi sonucu geliştiği için iskemik ülserler olarak da adlandırılırlar (4). Yaş, sigara içme, hipertansiyon, diyabet ve hiperlipidemi

bağımsız risk etmenleridir. Altmış beş yaş üzerinde prevalans yaklaşık %20'dir ve alt ekstremite ülserlerinin %20-40'ını oluştururlar (4). Etkilenen kişilerde ölüm, kardiyovasküler hastalık ya da serebrovasküler olay riski yüksektir.

Hastalarda klodikasyo, empotans, şiddetli ağrı vardır. Hastaların %25'inde venöz hastalık eşlik eder (5). Eşlik eden bulgular: anormal ayak nabızları, soğuk ekstremitte, femoral üfürüm ve uzamış venöz dolma zamanıdır. Ülserler sıklıkla kemik çıkıntıları üzerinde yerleşmiş, derin, yuvarlak ya da zımba deliği gibi, keskin demarkasyon hattı olan, sarı ya da nekrotik zeminli lezyonlardır. Bu tip ülserlerde kangren ya da nekrotik doku yaygındır (6). Arteriyel ülserler bazen venöz ya da nöropatik ülserlerle birlikte olabilir ve altında yatan hastalığın tedavisine karşın iyileşme olmayabilir (5).

Tedavi uygun perfüzyon sağlanmasına dayalıdır. Bu amaçla sigaranın bırakılması, diyabet, hipertansiyon ve hiperlipideminin kontrolü gibi risk etmenlerinin modifikasyonu, pozisyon verme, ilaç tedavisi ya da cerrahi tedavi kullanılır. Trombosit agregasyonunu önleyen fosfodiesteraz inhibitörü olan pentoksifilin ve silostazol arteriyel ülser ya da klodikasyonu hastalarda, kan akışını desteklemek için Food and Drug Administration (FDA) tarafından onaylanmıştır. Pentoksifilin, eritrosit ve lökosit esnekliğini artırır ve kanı inceltir (5, 8). Silostazol vazodilatasyon yapar; ancak, kullanımı konjestif kalp yetmezliği olan hastalarda kontrendikedir (7). Bypass greftleme, stent ya da anjiyoplastiyi içeren cerrahi tedavi dinlenme sırasında da klodikasyo olan hastalarda önerilir; ancak uzvun kaybedilme riski vardır (4).

### Venöz ülserler

Venöz ülserler genellikle venöz hipertansiyon kaynaklıdır. Venöz hipertansiyona derin ven trombozu (DVT) ya da postflebitik sendrom, obezite, konjestif kalp yetmezliği ya da bacağa ciddi travma neden olabilir (6, 7). Bacak ülserlerinin %80-85'ini oluştururlar. Özellikle alt ekstremitte kemik

\*Serbest hekim, Antalya

\*\*Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD, Antalya

çıkıntıları üzerinde (en sık medial malleolde) lokalize; tabanında granülasyon dokusu ve fibrin olan sığ, kenarları düzensiz ağırlı ülserlerdir. Ödem, hiperpigmentasyon ve hemosiderozis ya da deride hemoglobin depolanmasına bağı venöz dermatit vardır. Alt ekstremitede varikozit, deri altı yağ dokusunun kalınlaşması ve fibrozisine bağı lipodermatoskleroz olur (6).

Tedavinin hedefi ödemi azaltmak, iyileşmeyi artırmak ve yinelemesini önlemektir. Pek çok tedavi yöntemi vardır. Kompresyon tedavisi venöz ülser tedavisi için standart bakımdır ve yararlıdır (kanıt düzeyi A) (6). Pnömotik kompresyon ödemi azaltır, venöz reflüyü iyileştirir, ülser iyileşmesini artırır, ağrıyı azaltır. 24 haftalık tedavide başarı oranı %30-60; bir yıllık tedavide %70-80'dir. Ülser iyileştikten sonra yineleme oranları bir yıl sonra %26, 18 ay sonra %31'dir (7) Yinelemesini önlemek için kompresyon tedavisi yaşam boyu sürdürülmelidir (6). Arteriyel yetersizlik ve kompanse olmayan kalp yetersizliği olan hastalarda kompresyon tedavisi kullanılmamalıdır.

Günde 3-4 kez ve 30 dakika süre ile yapılan ayak elevasyonu ödemi azaltır (Kanit değeri C) (6) Pansuman bandajın ülsere yapışmasını önlemek için kompresyon bandajının altına yapılır. Hidrokolloid, köpük, hidrojel, macun tipi ve basit pansuman tipleri vardır. Pansuman tipleri arasında önemli farklılıklar yoktur (Kanit değeri A) (6, 7, 8).

Mekanik tedavide yara derinliğini ve hacmini azaltmak için topikal negatif basınç kullanılmakla birlikte, klinikte yara iyileşme zamanını kısaltmada anlamlı farklılık ve etkinliği konusunda yeterli çalışma bulunmamaktadır (6, 7).

İlaç tedavisinde kullanılan pentoksifilin mikrodolaşımı iyileştirerek etkili olur. Kompresyon tedavisi ile birlikte kullanımı daha etkilidir (kanıt değeri A). Aspirin günde 300 mg kompresyon tedavisi ile birlikte kullanıldığında yararlıdır (kanıt değeri B) (6, 9).

İloprost: sentetik prostasiklidir. Vazodilatasyon yapar. Elastik bandaj tedavisine ek olarak kullanıldığında, ülser iyileşme süresini önemli oranda azaltır. Ancak pahalıdır ve yeterli çalışma yoktur (6, 7).

Klinikte enfekte yara tedavisinde antibiyotik kullanımını destekleyen inandırıcı çalışmalar yoktur. Uzun süreli antibiyotik kullanımının yan etkileri ve direnç gelişimi düşünüldüğünde, yara tedavisinde antibiyotik kullanmanın net

yararı konusunda yeterli kanıt yoktur (10). Ağızdan alınan antibiyotikler sellülit, osteomyelit olgularında gerekir.

Hiperbarik oksijen tedavisi antienflamatuvar ve antibakteriyel etkisi nedeni ile kronik yara tedavisinde kullanılmaktadır. Diyabetik ayak ülserlerinde yararlıdır ancak venöz ülserlerde kullanım için kanıtlar sınırlıdır (6).

Cerrahi tedavi altı aylık konservatif tedaviye karşı iyileşme göstermeyen ülserlerde düşünülür. Debridman pür venöz ülserlerde genellikle gerekli olmaz. Geniş ülserlerde greftleme yapılabilir; ancak yaygın ödem varsa tedavi etkisiz olmaktadır (6 - 8).

Cerrahi seçenekler, safen venin çıkarılması, subfasyal endoskopik cerrahi ile perfore olan venlerin kesilmesi, iliyak vene stent koyma, yetersiz yüzeysel venlerin çıkarılması, skleroterapi ya da laser tedavisidir (6, 9).

### **Nöropatik ülserler**

Nöropatik ülserler bası alanındaki duyuda derin azalmaya bağı gelişir. Ayak ülserlerinin en sık nedenidir (4, 6). Travma ve uzamış basıya bağı gelişir. Genellikle diyabeti; nörolojik hastalıkları ya da Hansen hastalığı olan hastaların ayaklarının plantar yüzlerinde olur. Çevresinde kronik enflamatuvar doku bulunur. Hipoestezi olabilir. Ağrı genellikle yoktur. Genellikle derin ve enfektendirler. Enfekte nöropatik ülserlerde mortalite oranı infeksiyöz olmayanlardan daha fazladır. Nöropatik ülserlerin standart tedavisi, uygun kan akımının sağlanması, beslenme, nemli ortam oluşturmayı içerir (4).

### **Bası ülserleri**

Dekübit ülserleri ya da yatak yaraları olarak da adlandırılır. Ulusal Bası Yaralar Öneri Paneli (NPUAP) bası ülserlerini iskemi, hücre ölümü ve doku nekrozu ile sonuçlanan genellikle kemik çıkıntılarının üzerinde bası sonucu gelişen iyileşmeyen yaralar olarak tanımlar (11, 12). Tüm bası ülserlerinin yaklaşık %70'i hareketsiz yaşlı kişilerde görülür. Önemli mortalite ve morbidite nedenidirler. Sıklıkla iskium (%28), sakrum (%17-26), trokanter (%12-19) ve topukta (%9-18) görülür (2,12). Ancak basıya ve sürtünmeye maruz kalan herhangi bir bölgede de ortaya çıkabilir (5). Eşlik eden kronik hastalıklar ve özellikle kardiyovasküler sistemi etkileyen hastalıklar doku perfüzyonunu azalttığı için bası yarası oluşma riskini artırmaktadır. Ayrıca yatağa bağımlılık, beslenme bozukluğu, akut hastalık

hali, enkontinans, mental bozukluk ve maserasyon gibi etmenler de bası yarası oluşumunda önemli etkenlerdir (5, 11). Basıya bağlı hasar saatler içinde oluşabilir (4). Basıya maruz kalınan süre, basının şiddeti ve basıya maruz kalma biçimi (aralıklı-aralıksız) dokuda oluşan hasarın şiddetini belirleyen etmenlerdir (5).

Ulusal Bası Yaralar Öneri Paneli (NPUAP) hasarlanan dokunun derinliğine bağlı olarak ülserleri evrelendirmiştir (12). Bu evreler yalnızca bası ülserleri için kullanılır (4).

**Evre I:** İntakt deride solmayan eritem, hasarlı dokunun koyulaşmasına bağlı koyu pigmente deri lezyonları ile çevre dokudan ayrılabilir. Deride ısı ve duyu algılamasında değişiklikler olur.

**Derin doku hasarı (DDH):** İntakt deride alttaki derin dokunun hasarının işareti olarak yalnızca solmayan mor ya da kahverengi renk değişikliği vardır. Bu bulgu yaranın derinliği ile orantısızdır. DDH tedavi sonrası iyileşebilir ya da derin ülserle ilerleyebilir.

**Evre II:** Ülserler yalnızca dermis ya da epidermisle sınırlıdır. Abrazyon, su kabarcığı ya da sıç krater olabilir. Ülser tabanı pembe ya da kırmızıdır. Lezyonlar ağırlı olabilir. Bu evrede kabuk ya da yara yoktur.

**Evre III:** Tüm kalınlıkta cilt kaybı olur. Subkutan dokularda hasarlanma ya da nekroz, alttaki Faysa, kemik ya da eklem kapsülüne kadar ilerlemiştir. Doku yıkımının deri altında sürmesine bağlı olarak geniş yaralar oluşur. Derin krater vardır.

**Evre IV:** Tüm kalınlıkta cilt kaybı ile birlikte yoğun destrüksiyon vardır. Doku nekrozu ya da kas, kemik ya da destek yapılarında hasar görülür. Kabuklaşma olur. Deri altında yara genişliği fazla olabilir. Derin krater vardır.

**Evrelendirilemeyen ülserler:** Yara sarı, yeşil, gri kabuk, eskar ya da nekrotik doku ile kaplıdır ve yara tabanı görülemez. Yaralar kısmi ya da tam kalınlıkta yara olarak da sınıflandırılabilir. Yara yalnızca dermis ve epidermiste ise kısmi kalınlıkta yara, derin doku ve yapıları da tutmuşsa tam kalınlıkta yara olarak tanımlanır. Diyabetik ayak ülserlerinin ise kendine özgü sınıflandırması vardır (4).

Bası ülserlerini önlemede derinin bakımı son derece önemlidir. Basının azaltılması için hastaların pozisyonu her iki saatte bir değiştirilmelidir (6, 13). Kuru cildi nemlendirmeli ama ıslaklıktan kaçınmalıdır. Fekal ve üriner enkontinans hem ıslaklık, hem de kimyasal

irritasyona neden olduğu için kontrol edilmelidir (12).

Yüzükoyun yatırma yararlı olabilir. Yatak başı 45°'den daha düşük tutulmalıdır. Deri üzerindeki basıyı yeniden düzenleyen özel yüzeyli ya da havalı yataklar yararlıdır. Basıncı azaltacak köpük, hava, jel ile şişirilmiş yastıklar kemik çıkıntılarının olduğu bölgelere yerleştirilebilir. Hastanın beslenmesinin düzenlenmesi, vitamin desteği önemlidir. İstemsiz kas kontraksiyonları sınırlara yol açtığı için kontrol edilmelidir (11-13).

#### **Yara Bakımı**

Yara bakımının dört temel ilkesi vardır (4).

1. Etkene tanı koyma ve tedavi
2. Uygun beslenmeyi ve hidrasyonu sürdürme ve malnütrisyonun tedavisi
3. Enfeksiyon kontrolü
4. Yaranın yönetimi

Dünya sağlık örgütü (DSÖ) başarılı bir yara bakımı ve yara iyileşmesi için doktor ve hasta arasındaki işbirliğinin gerekliliği ve bu tür sorunu olan yaşlı hastaların evde bakımlarında kanıta dayalı uygulamaların pozitif hasta sonuçları açısından önemine dikkat çekmiştir. Yine DSÖ tarafından yara bakımı ile ilgili olarak; öncelikle hasta değerlendirmesi yapılmasının, bu değerlendirme sonuçlarına göre her hastaya özel, kapsamlı bir tedavi planı oluşturulmasının ve bu planın multidisipliner olmasının gerekliliğini vurgulanmıştır (13). DSÖ Kanıta Dayalı Uygulama Komitesi tarafından yayımlanan DSÖ yara bakımı ilkeleri şunlardır (13):

1- Yara bakımı kuralları:

a. Yarayı suyla, salinle ya da yara temizleyicilerle temizleyin.

b. Yara yüzeyini nemli tutacak, uygun birincil ve ikincil pansumanlarla yara tabanını kapatın.

c. Pansuman materyalinin uygulanmasından, talimatlara uyun. Çok sık pansuman – günde iki kez ya da her gün - yalnızca eksudanın çok fazla olduğu ve emilemediği ya da kullanılan pansuman malzemesinin kullanım talimatı bu biçimde olmadıkça uygulanmamalıdır.

d. Alt ekstremitelerde yaralarında ödem mutlaka kontrol edilmelidir.

e. Yara tabanında nekrotik dokunun olduğu yaralarda debridman için enzimler gerekebilir. Bazı durumlarda otolitik debridman uygun olabilmektedir.

f. Yara çevresindeki dokunun da bakımı yapılmalıdır.

2- Ağrı kontrol edilmelidir.

3- Disiplinler arası işbirliği (örneğin egzersiz programı, lenfödem için fizik tedaviyle, yardımcı gereçlerin kullanımı için uğraşı, terapistiyle işbirliği)

4- Hastanın ve bakım verenlerin eğitimi (yara ve yara bakımı ile ilgili her konuda).

### **Geriatrik Yara Bakımı İlkeleri**

**1. Adım:** Hastanın değerlendirilmesi, yara nedeninin belirlenmesi:

Etkili yara bakımı için ilk adım, tedavi ve prognoz için temel sağlayan yaranın nedenini belirlemektir (4).

**2. Adım:** Yaranın iyileşmesi için hastanın uygun beslenebilmesinin sağlanması  
Hastanın genel beslenme durumu, hastada malnütrisyon olup olmadığı değerlendirilmeli, hastanın yeterli kalori ve protein alımı sağlanmalıdır (4). Bu özellikle bası ülserlerinin tedavisinde önemlidir.

**3. Adım:** Enfeksiyon kontrolü: Tüm yaralar bazı bakterileri içerir. Önemli olan bakteri miktarının yara bölgesindeki kolonizasyonu mu yoksa bir enfeksiyonu mu gösterdiğidir. Yara bölgesinde enfeksiyon gelişmesi yara iyileşmesine engel olur (13).

Bakteriyel çoğalmayı önleme ve enfeksiyon tedavisi, enfeksiyonun yüzeysel ya da derin oluşuna göre biçimlendirilir. Yüzeysel bir enfeksiyon topikal yolla tedavi edilebilirken, derin enfeksiyonlarda sistemik tedavi ve sık debridman uygulanmalıdır. İyileşme şansı olmayan yaralarda da enfeksiyon gelişiminin önlenmesi amaçlı topikal ilaçlar kullanılmaktadır (11). Bunlara örnek olarak, Povidone-iodine, klorheksidin, betadin, asetik asit, hidrojen peroksit ve basitrasın sayılabilir. Bunlar kirli ve enfekte yarayı temizlemek için kullanılmalı, temiz yaralarda yara yatağına zarar vermemek için kullanılmamalıdır (11). Ayrıca sağlam dokuya temas etmemesi için sağlam doku korumaya alınmalıdır.

**4. Adım:** Tedavi planı yapılması, yara iyileşmesi için en uygun ortamın sağlanması: Yaranın iyileşme hızı, uygun ortam ile (yaranın temizliği, nem dengesi, nekrotik doku debridmanı, yaranın türüne uygun pansuman materyali kullanımı) doğrudan ilişkilidir.

Nekrotik doku akut ve kronik yara iyileşmesine engel olur. Epitelizasyon için gerekli olan granülasyon dokusu oluşumunu bozar (14). Yaranın iyileşme potansiyelinin değerlendirilmesi, tedavi seçenekleri için ilk göz önüne alınması gereken konudur. Bu

değerlendirme de, yaranın iyileşme için yeterli kan dolaşımına sahip olup olmadığı belirlenir. Nabızların kontrolü, kapiller dolum ve doppler kontrolleri kan akımının yeterli olup olmadığının saptanması için kullanılan yöntemlerdir (14).

Yara debridmanı, mekanik, enzimatik, süllük tedavisi gibi farklı yöntemlerle gerçekleştirilebilir. İskemik yaralarda debridman, doku kaybını ve enfeksiyon riskini artırdığı için kontrendikedir. Nekrotik doku debridmanı, yeterli kan dolaşımı varsa yapılır (15).

Son zamanlardaki çalışmalar, yara iyileşmesinin nemli yara ortamında daha hızlı gerçekleştiğini göstermektedir (15). Nem dengesinin korunması yara iyileşmesi için önemlidir. Yara ortamı uygun nem dengesinde olmalıdır, bu da çok kuru yaralarda nem ortamını artırarak, çok nemli yara ortamlarında da azaltarak olanaklıdır (16). Bazı yeni kuşak yara kapatma materyalleri bunu sağlayacak biçimde üretilmektedir (17).

Yara yüzeyini kapatmak için kullanılacak ideal yara kapatma materyalleri;

- Eksudanın fazlasını yara yüzeyinde barındırmamalı,
- Yara yüzeyinde uygun nem ortamını sağlamalı,
- Gaz geçişine izin veren yapıda olmalı
- Isı izolasyonu sağlamalı,
- İkincil enfeksiyona karşı korumalı,
- Toksik bileşenler ve partiküller, içermemeli, yara yüzeyinde partikül bırakmamalı,
- Değiştirilmesi kolay ve pratik olmalı ve değiştirilirken yarada travmaya yol açmamalıdır (16).

### **Pansuman malzemeleri**

Yara yüzeyindeki nemi *artıran* pansumanlar: Saydam pansumanların hem yapışkan hem yapışkan olmayan formları vardır; genellikle İV kateter girişlerini kapatmakta ve kısmi kalınlıkta yaraları korumak ve iyileşmesine yardımcı olmakta kullanılır. Fazla nemi ve eksüdayı emebilme özelliği yoktur. Yüzeysel, eksüdatif olmayan yaralar en uygun kullanım alanıdır (14 -17).

Hidrokoloidler içlerinde hidrokoloid jel içerirler: Bu jel nemi ve eksüdayı emer. Eksüda miktarına bağlı olarak her 2- 5 günde değiştirilmelidirler. Hidrokoloidler venöz ülserler, bası ülserleri ve diyabetik ayak ülserlerinin tedavisinde kullanılır (14 - 17).



Hidrojel yara pansuman malzemeleri, yarı geçirgendir, bu yüzden kuru ve hafif eksudalı yaralarda uygundur. Serinletici etkilerinin de oluşuyla genellikle yanık hastaları için kullanılır. İskemik ülserlerde kullanılmamalıdır (14 - 17).

Yara yüzeyindeki nemi *azaltan* pansumanlar:

Kalsiyumlu yara kapatma materyalleri kanlı eksudatif yaralarda kullanılır. Yaradan kaldırılınca koku ve yarada enfekte olmuş yara görüntüsü olabilir. Yara iyice temizlendikten sonra enfekte olup olmadığına karar verilmelidir (14 - 17).

Köpük şeklinde yara kapatma materyallerinde köpüklerin dış katmanları farklı oranlarda nem geçirgenliğine sahiptirler, örn., yüksek geçirgenlik oranlı olanları aşırı eksudatif tipte yaralar için uygundur. Yara üzerinde bir haftaya kadar kalabilirler (14-17).

Hidrofiber, orta-ağır düzeyde eksudatif yaralar için uygundur. Yapışkan özellikte olmadıklarından yara yüzeyinde kalmaları için ekstra bir materyalle üstlerini kapatmak gerekir. Kronik akıntılı venöz ülserlerin tedavisinde uygun kapatma şeklidir. Yara üzerinde bir haftaya kadar kalabilirler (8,16). Kompozit yara kapatma materyalleri değişken emme özelliklerinden oluşan çoklu katman yapıdadır. Eksuda kontrolü ve köpük ve hidrofiber pansumanların üstünü kapatmak için uygundur (16).

Negatif basınçla yara tedavisi Negatif basınç yara tedavisinde (NPWT) yara yüzeyi köpük ya da gaz bezi ile örtülüp hava geçirmeyecek biçimde üzeri kapatıldıktan sonra negatif basınç uygulanır. Bu yöntem; yaranın kan dolaşımı artırarak, ödemi azaltarak, enfeksiyon riskini azaltarak, doku perfüzyonunu ve yeni damar oluşumunu uyatarak, yara iyileşmesini hızlandırır (15).

Sentetik deri tam deri nakillerindeki komplikasyonlardan, morbidite oranından kurtulabilmek ve yarayı deri gibi koruyarak iyileşmesi için gereken zamanı azaltmak için geliştirilmiştir (15).

### Sonuç

Yaşlılar pek çok kronik hastalığın yanında kronik yaralarla da baş etmek durumunda kalmaktadır. Birinci basamak hekimleri bu hastaların tedavisinde önemli role sahiptir. Bu hastaların altta yatan hastalıklarını saptayarak tedavi edebilirler. Yara bakımı konusunda hasta ve bakım veren aileye destek ve eğitim verebilirler. Ayrıca gerektiğinde hastanın ikinci basamağa erişimini de sağlayabilirler.

### Kaynaklar

1. Yaman H, Akdeniz M. Etkin Yaşlanma: Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Yaşlı Sağlığına Yeni bir Bakış Açısı. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2008;17(6):XII-XIII.
2. Age-Related Changes in Skin Structure and Function. The Merck Manual of Geriatrics. Ed. Abrams WD et al. Merck Research Laboratories. Whitehouse Station N.J. USA 2009-2010
3. Cooper P, Clark M, Bale S, Best practise statement, Care of the older person's skin. Erişim: [http://www.woundsinternational.com/pdf/content\\_26.pdf](http://www.woundsinternational.com/pdf/content_26.pdf) erişim tarihi: 21.10.2010
4. Gist S, Tio-Matos I, Falzgraf S, Cameron S, Beebe M. Wound care in the geriatric client. Clin Interv Aging. 2009; 4: 269-287
5. Takayash PY, Kiemele LJ, Jones JP. Wound Care for Elderly Patients: Advances and Clinical Applications for Practicing Physicians. Mayo Clin Proc. 2004;79:260-267.
6. Collins L, Seraj S, Diagnosis and Treatment of Venous Ulcers. Am Fam Physician. 2010;81(8):989-996,
7. Simon DA, Dix FP, McCollum CN. Clinical review. Management of venous leg ulcers. BMJ 2004;328:1358-62.
8. Palfreyman S, Nelson AE, Michaels JA. Dressing for venous leg ulcers: systematic review and meta-analysis. BMJ 2007; 335 : 244:
9. Jull A, Arroll B, Parag V, Waters J. Pentoxifylline for treating venous leg ulcers. Cochrane Database Syst Rev. 2007;18;(3):CD001733
10. Howell-Jones RS, Wilson MJ, Hill KE, Howard AJ, Price PE, Thomas DW. A review of the antibiotic usage and resistance in chronic skin wounds. Journal of Antimicrobial Chemotherapy (2005) 55, 143-149
11. Salcido R, Popescu A. Pressure Ulcers and Wound Care. Erişim: [medicine.medscape.com](http://medicine.medscape.com). erişim tarihi: 21.10.2010.
12. The National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) Pressure Ulcer Stages Revised by NPUAP. Erişim: <http://www.npuap.org/pr2.htm> erişim tarihi 21.10.2010
13. Fraker C, Meyer CP, Spitz B, White L. WHO Evidence Based Practice Committee: WHO Wound Care Guidelines. Erişim: [http://www.vnaa.org/vnaa/g/?h=html/Wound\\_Healing\\_guidelines](http://www.vnaa.org/vnaa/g/?h=html/Wound_Healing_guidelines) erişim tarihi: 21.10.2010
14. Okan D, et al. The role of moisture balance in wound healing. Adv Skin Wound Care. 2007; 20:39-53.
15. Efrain J. Assessment and Management of Pressure Ulcers in the Elderly: Current Strategies. Drugs & Aging. 2010;27(4): 311-325.
16. National Guidelines Clearinghouse. Skin safety protocol: risk assessment and prevention of pressure ulcers. Health care protocol. Erişim: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=13699> erişim tarihi: 21.10.2010
17. Carville K. Which dressing should I use? It all depends on the 'TIMEING' Australian Family Physician 2006;35(7):486-89.

**İletişim:**  
Dr. Onur  
Hamzaoğlu  
**E-posta:**  
iamzaoglu@  
ocaeli.edu.tr



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

Tütün kontrolü konusunda Dünya Sağlık Örgütü 2008 yılından bu yana M-POWER programında altı temel yaklaşım önermektedir. M-POWER yaklaşımları aşağıda sunulmuştur (1,2):

M - (Monitor, tobacco use and prevention policies) Tütün kullanımını ve önleme politikalarını İZLE

P- (Protect people from tobacco smoke) Bireylerin sigara dumanından pasif etkilenimlerini ÖNLE

O- (Offer help to quit tobacco use) Sigarayı bırakmak isteyenlere YARDIM ET

W- (Warn about dangers of tobacco) Bireyleri sigaranın zararları ile ilgili UYAR

E- (Enforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship) Tütün reklamı, tanıtımı ve sponsorluğu ile ilgili yasakları uygula

R - (Raise taxes on tobacco) Tütüne uygulanan vergi miktarını ARTIR

M - POWER karşılığı olarak Türkçe'de KUVVET sözcüğü oluşturulmuştur. Bu kısaltma aşağıdaki biçimde kullanılmaktadır (3):

K- Pasif sigara dumanı etkileniminden Korumak  
U - Sigarayı bırakmak için Uygun yardım öner

V- Tütün üzerindeki Vergiyi artırmak  
V- Tütün reklamı, tanıtımı ve sponsorluğu ile ilgili yasakları konusunda Var olan mevzuatı güçlendirmek

E- Sigaranın zararları konusunda toplumu Eğitmek

T- Tütün kullanımını ve koruyucu çalışmalarını Takip etmek,

Bu adımların eşgüdüm içinde tamamlanması gerekmektedir. Ancak sigara fiyatlarının artırılmasının özellikle gençler arasında sigara kullanımının azalması açısından

en etkili girişim olduğu da yapılan çalışmalarla gösterilmiştir. Fiyat artışının vergilerin artırılması yolu ile yapılması önerilmektedir. Sigara fiyatlarının %10 artırılmasının, tüketimi %5 düşüreceği öngörülmektedir (4).

Yürekli ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmaya göre aşağıdaki veriler öne çıkmaktadır (5):

- Türkiye'de sigara fiyatları 1980 yılından bu yana sürekli olarak artmıştır.

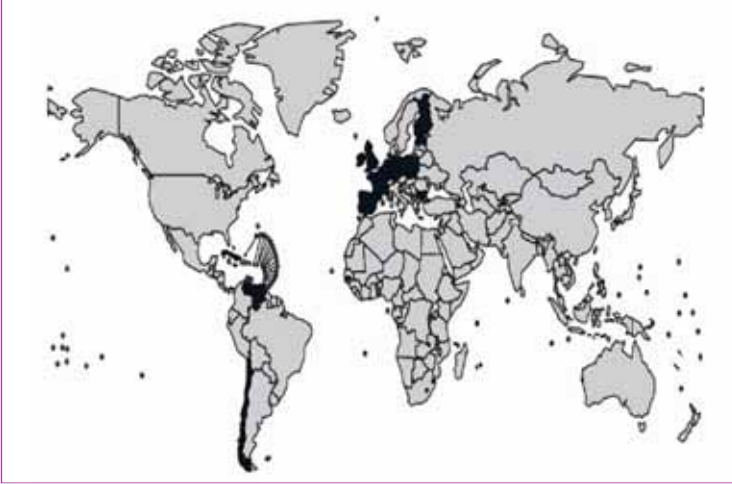
- 2009 yılı itibarıyla bir paket sigaranın ortalama perakende satış fiyatı 4,06TL iken, Ocak 2010 tarihindeki yeni vergi artışıyla bu değer %29 artmış ve 5,25TL'ye yükselmiştir.

- Ocak 2010'dan bu yana, oransal vergi oranı perakende satış fiyatının %63'ü olarak belirlenmiştir. Bu oran kullanılarak hesaplanan paket başına alınacak Özel Tüketim Vergisi (ÖTV) tutarı belirlenen 2,65TL'den düşükse %63 oransal vergi yerine maktu vergi uygulaması yapılmaktadır. Bu değer ise 2,65'e denk gelmektedir.

- Türkiye'de toplam vergi oranı; ÖTV (maktu ya da oransal) ile perakende satış fiyatının %15,25'i olan katma değer vergisinin (KDV) toplamına eşit olup 2010 yılında %78,7'e yükselmiştir.

- Fiyat artışı ile birlikte Türkiye'de 2009 yılında sigaradan elde edilen ÖTV'nin 12,6 milyar TL ve toplam verginin de 15,9 milyar TL olduğu ifade edilmektedir.

- Yapılan simülasyon çalışmaları sonucunda, oransal vergi değerinin %65'e ve maktu vergi miktarının 3,10 TL'ye yükseltilmesi ile, sigaradan toplanacak ÖTV miktarının 16,8 milyar TL ve toplam verginin de 20,7 milyar TL olacağı vurgulanmaktadır. Bu düzenleme ile bir milyon dolayında kişinin sigarayı bırakacağı ve 500 binden fazla ölümün önleneceği de hesaplanmaktadır.



Biçim 1. Dünyada tütün vergilerini artırmayı başaran ülkeler (2008) (6)

Dünyada yalnızca dört ülkede sigaradaki vergi yükü, sigaranın perakende satış fiyatının %75'inden fazladır. Bu ülkelerde dünya nüfusunun %2'si yaşamaktadır. Yüksek gelirli ülkelerin %80'inde sigara satış fiyatı içinde vergi oranı %51-75 arasındadır. Sigara fiyatındaki %10'luk artış sigara kullanımında gelişmiş ülkelerde %4'lük, gelişmekte olan ülkelerde ise %8'lik azalmaya yol açmaktadır. Artan vergilerden sağlanan gelirle de tütün kontrolü konusunda daha etkili çalışmalar yapılabilir (1,2).

Tütün kontrolünde en önemli engelleyici etmenlerden birisi tütün endüstrisidir. Bu endüstri ekonomik açıdan son derece güçlü olup dünyadaki tütün kontrolü ile ilgili gelişmeleri yakından izlemekte ve özellikle toplumda çok çeşitli "efsaneleri" yayarak bireylerin zihinlerinde çelişkiler yaratmak için çaba göstermektedir. Sigara fiyatlarının artışı ile ilgili olarak toplumda yanlış bilinen bir doğru yukarıdaki paragraflarda yer almıştır.

Günümüzde fiyat artışının sigara satışlarını olumsuz etkilediği ve bu durumun da sigara nedenli hastalık ve ölümlerde azalma sağladığı artık bilinen bir gerçektir. Konu ile ilgili yaygın yanlışlardan birisi de tütün fiyatlarının artırılmasının, kaçakçılığı artıracak bir etmen olduğu efsanesidir. Oysa kanıtlar böyle bir durumun kesinlikle söz konusu olmadığını ortaya koymaktadır. Örneğin; 2008 yılında alınan verilere göre; Norveç'te bir paket Marlboro sigarası 12 dolar iken, görülen kaçak

sigara oranı %6, Litvanya'da aynı sigara paketi iki dolar iken, bu oran %36 olmuştur. Dünyada kaçakçılık %1-40 arasında değişmektedir (4). Kaçakçılık ile mücadele için güçlü ülke politikaları olmalıdır.

Ülkemizde var olan Ulusal Tütün Kontrolü Programı'nın alt başlıklarından birisi Fiyat ve Vergilendirmedir. Konu ile ilgili ülke hedefleri 2008-2013 eylem planı içinde bulunmaktadır. Fiyat ve vergilendirme konularının tütün kontrol program ve politikalarının temel öncelikleri arasında yer alması bu konudaki olumlu yaklaşımın bir göstergesidir. Ancak bu konuda multidisipliner çalışmaların hız kazanması ve özellikle ekonomi alanında çalışan uzmanların sağlık uzmanları ile birlikte çalışarak toplum sağlığını koruyucu müdahale programlarının geliştirilmesi için öncülük etmeleri gerekmektedir. Bu çalışmalarla birlikte, dünyadaki gelişmeler de yakından izlenmelidir.

**İletişim:** Dr. Dilek Aslan

**E-posta:** diaslan.dr@gmail.com

#### Kaynaklar

1. MPOWER. Six policies to reverse the tobacco epidemic. [http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower\\_report\\_six\\_policies\\_2008.pdf](http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_six_policies_2008.pdf). Erişim: 25 Aralık 2010
2. Bilir N, Aslan D. Tütün Kullanımının Kontrolünde Dünya Sağlık Örgütü'nün Yeni Politikası: Güçlendirme-MPOWER. STED 2008; 17(3): IV-V [http://www.ttb.org.tr/STED/files/kasim\\_aralik\\_2008.pdf](http://www.ttb.org.tr/STED/files/kasim_aralik_2008.pdf).
3. Bilir N, Özcebe H, Aslan D, Ergüder T. M-POWER (Yeni ve Güncel)- Türkçe Çevirisi (Bilir N. Ed). DSÖ Yayınları, Aralık 2008.
4. SSUK Basın Bülteni, 'Sigarada Kaçakçılık Artıyor' Efsanesinin Sahibi Sigara Endüstrisi, 01.04.2010. [http://www.ssuk.org.tr/pdf/SSUK%20Basin%20Bulteni\\_Sigarada%20Kacakcilik%20Artiyor\\_01.04.2010.pdf](http://www.ssuk.org.tr/pdf/SSUK%20Basin%20Bulteni_Sigarada%20Kacakcilik%20Artiyor_01.04.2010.pdf). Erişim: 26 Aralık 2010.
5. Yürekli A, Önder Z, Elibol HM, Erk N, Çabuk A, Fisunoğlu M, Erk SF, Chaloupka FJ. Türkiye'de Tütün Ekonomisi ve Tütün Ürünlerinin Vergilendirilmesi. Paris: Uluslararası Tüberküloz ve Akciğer Hastalıkları İle Mücadele Derneği, 2010.
6. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2009: Implementing smoke-free environments. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563918\\_eng\\_part2.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563918_eng_part2.pdf). p:57. Erişim: 31 Mayıs 2010.



TTB - STED Fotoğraf Yarışması, fotoğraf çekmeye meraklı okurlarımızın ilgisi ve katkılarıyla dokuzuncu yılını geride bıraktı. 2010 yılında yapılan yarışmada dereceye giren fotoğraflar 2011 yılı sayılarımızın kapağında yayımlanacak, diğer fotoğraflar ise dergimizin iç sayfalarının görsel zenginliğini artıracak. Daha önceki yıllarda yarışmamıza katılmamış ya da dereceye girememiş olan fotoğraf çekmeye meraklı okurlarımız için ise TTB - STED Fotoğraf Yarışması - 2011 yeni bir fırsat olacak, sizi değerli çabalarınızın ürünü olan eserlerinizle yarışmaya katılmaya davet ediyoruz.

## Yarışma Kuralları:

- Yarışmaya; tüm sağlık çalışanları ve tıp öğrencileri katılabilir.
- Yarışmaya gönderilen eserlerin daha önce herhangi bir yarışmada derece almamış olması gerekmektedir.
- Her katılımcı en fazla beş adet renkli fotoğrafla yarışmaya başvurabilir.
- Yarışma konusu "serbest"tir.
- Fotoğraflar 20 X 30 cm boyutunda fotoğraf kağıdına basılı olmalıdır. Farklı boyutta olan fotoğraflar değerlendirmeye alınmayacaktır.
- Fotoğraflar herhangi bir yüzeye yapıştırılmamalı, etrafında çerçeve ya da paspartu oluşturacak biçimde boşluk ya da çizgi bulunmamalıdır.
- Gönderilecek her bir fotoğrafın arkasına, sol üst köşeye bir etiket yapıştırılarak yarışmacı tarafından belirlenecek (en az beş harf ya da rakamdan oluşan) bir rumuz ve sıra numarası yazılmalıdır ('RUMUZ - 1', 'RUMUZ - 2', ... gibi).
- Katılım Formu STED'in Internet sayfalarından ulaşılıp, çıktısı alınarak eksiksiz doldurulmalıdır.
- Katılım formu küçük bir zarfa konularak ağzı kapatılacak ve bu zarfın üzerine yalnızca yarışmacı tarafından belirlenen rumuz yazacaktır.
- Katılım formunun bulunduğu zarf ve fotoğraflar, ulaşım sırasında hasar görmeyecek biçimde paketlenip aşağıda belirtilen adrese posta ya da kargo ile gönderilebilir ya da elden teslim edilebilir.
- Yarışmaya gönderilen fotoğraflar iade edilmez. TTB, katılımcıların fotoğrafları ile ilgili izinler ve telif hakları ile ilgili herhangi bir sorumluluk üstlenmez. Katılımcı, yarışmaya gönderdiği fotoğraf(lar)ın, isminin ve eser adının belirtilmesi şartıyla, TTB yayınlarında ve sağlıkla ilgili eğitim, sanat vb. etkinliklerde kullanım hakkını ve buna bağlı olarak Fikri ve Sınai Haklar Kanunu ve ilgili mevzuat gereğince eser(ler)in çoğaltma, yayma, temsil, umuma iletim, faydalanma ve gerekli diğer haklar için TTB'ye izin verdiğini kabul eder.
- Yarışmaya fotoğraf gönderen katılımcılar yukarıda belirtilen koşulları kabul etmiş sayılırlar.

## Yarışma Takvimi:

Son katılım tarihi: 30 Kasım 2011

Seçici Kurul'un değerlendirmesi ve sonuçların duyurulması: Kasım 2011

Ödül töreni ve Yarışma sergisi:

## Ödüller:

**Büyük Ödül:** Bir adet dijital SLR fotoğraf makinesi, TTB yayınlarından oluşan bir armağan paketi ve plaket (bir kişiye),

**Başarı Ödülü:** Tanınmış fotoğraf sanatçılarının albümleri, TTB yayınlarından oluşan birer armağan paketi ve plaket (üç kişiye)

Seçici Kurul tarafından uygun görülmesi halinde başka ödüller de verilebilir. Yarışmada ilk 6'ya giren fotoğraflar 2011 yılında STED'in kapağında yayımlanacaktır. Yarışmada ödül alan ve seçici kurul tarafından sergilenmeye değer bulunan diğer yapıtlar TTB etkinliklerinde sergilenebilecektir.

**Başvuru Adresi:** "STED Fotoğraf Yarışması", TTB, GMK Bulvarı, Şehit Daniş Tunalıgil Sok.

No:2 Kat:4 Maltepe 06570 Ankara

**Yarışma Duyurusu ve Katılım Formu için Internet Adresi:**

[www.ttb.org.tr/STED/fotograf2009.htm](http://www.ttb.org.tr/STED/fotograf2009.htm)



## Sepsiste Erken Antibiyotik Mortaliteyi Azaltıyor

Sepsis tanısı ile hastaneye yatırılan 18 yaş ve üstündeki 780 hasta ile yapılan retrospektif bir çalışmada, hastaneye başvurudan en az altı saat sonra antibiyotik tedavisine başlananlarda mortalitenin, ilk iki saatte antibiyotik alan hastalara göre hastalık şiddetinden bağımsız olarak %88 daha yüksek olduğu saptandı (odds oranı: 1.88; %95 GA: 1.04-3.38,  $p=0.04$ ).

*Medscape Medical News 2011*

## Mısır Şurubu ve Fruktozun Sağlık Üzerine Etkileri

Fruktoz, birçok meyvede doğal olarak bulunan bir monosakkarittir. Eşit miktarda glukoz ve sakkaroz ile karşılaştırıldığında daha tatlı olması nedeniyle, tatlandırıcılarda sıkça kullanılmaktadır. Gazlı içeceklerde tatlandırıcı olarak sakkaroz yerine yüksek fruktozlu mısır şurubunun (YFMS) yaygın olarak kullanılmaya başlandığı son 20 yılda, Batı tipi diyet içindeki fruktoz miktarında artış gerçekleşmiş, birlikteliğinde obezite sıklığında da artış gözlenmesi, fruktozun insanlar üzerindeki uzun dönem etkileri konusunda soru işaretleri uyandırmıştır.

Hayvan deneyleri, yüksek miktarda fruktoz tüketiminin insülin direncine, bozulmuş glukoz toleransına, hiperinsülinemiye, hipertrigliseridemiye ve hipertansiyona neden olabileceğini düşündürmektedir. İnsanlarda günlük fruktoz tüketim miktarları göz önünde bulundurulduğunda, bu ve benzeri etkilerin insanlarda görülebileceğine ilişkin kanıt bulunmamaktadır. Fruktoz tüketiminde artış ile obezitenin yaygınlaşması arasında epidemiyolojik bir paralellik kurulmuş olmasına karşın, insanlarda fizyolojik miktarlarda ( $\leq 100$ gram/gün) fruktoz alımının obezite ile ilişkili olduğuna yönelik veri bulunmamaktadır. Orta doz ek fruktoz kullanımının ( $\leq 50$ gram/gün) açlık ve tokluk trigliseridi, glukoz düzenlemesi ve insülin direnci üzerine olumsuz bir etkisi yoktur. Orta düzeyde

fruktoz tüketimi ile hipertansiyon ilişkisine dair veri bulunmamaktadır. Fruktoz hiperürisemiye tetikleyebilse de bu etki daha çok gutlu hastalarda görülmektedir.

Kanıtı dayalı bir derlemede, insanlarda günlük kullanım düzeyinin 95. persentiline yakın miktarlarda fruktoz tüketiminin, trigliserit düzeylerinde ve vücut ağırlığında biyolojik olarak anlamlı bir değişikliğe yol açmadığı gösterilmiştir. Diğer bir derlemede, yüksek fruktozlu mısır şurubu ile sakkaroz tüketimi arasında metabolik sonuçlar açısından bir fark bulunmadığı sonucuna varılmıştır.

Fruktozun insan metabolizmasının birçok alanındaki farklı etkilerinin anlaşılması için, insanlarda geniş kapsamlı ve uzun süreli çalışmalara gereksinim vardır.

*Medscape Nutrition and Metabolism 2011*

*Physiol Rev 2010, 90:23-46.*

*Crit Rev Food Sci Nutr 2010, 50:53-84.*

## İzotretinoin ve İntihar Riski

Şiddetli aknenin intihar için bir risk faktörü olduğu bilinmektedir. İsveç'te 5756 hasta ile yapılan bir retrospektif kohort çalışmasında, araştırmacılar izotretinoin tedavisinden önceki üç yıldan ve sonraki 18 yıla kadar intihar girişimlerini ve intihara bağlı ölümleri incelediler. Hastalarda intihar girişimi riski tedaviye başlanmasından önce artmakta, bu artış tedaviye başladıktan sonraki ilk altı ay içinde anlamlı ölçüde daha da belirginleşmekte ve tedavinin sonlandırılmasından üç yıl sonra eski düzeyine dönmekte idi. Tedavi başlangıcından sonra risk artışının belirginleşmesi, izotretinoin ve intihar riski arasında bir ilişkiyi düşündürülebilir. Ancak, önceden intihar girişiminde bulunmuş hastalarda, tedavinin başlanmasından sonraki yinelenen girişimde bulunma hızlarının, ilk girişimlerini izotretinoin altında gerçekleştiren hastalardan yüksek olması nedeniyle intihar girişimi öyküsü, izotretinoin tedavisine başlamak için kontrendikasyon oluşturmamaktadır.

*BMJ 2010 Nov 11; 341:c5812.*