

## Yayın Yönetmenleri

Dr. Orhan Odabaşı

Doç. Dr. Özen Aşut

## Yayın Kurulu

Dr. Aysun Balseven Odabaşı  
 Dr. Şamih Demli  
 Dr. Tolga İnce  
 Stj. Dr. Berkan Kaplan  
 Dr. R. Ekrem Kutbay  
 Dr. Mehmet Özen  
 Dr. Murat Sincan

Dr. Figen Şahpaz  
 İnt. Dr. Emrah Şeyhoğlu  
 Prof. Dr. Songül Yalçın  
 Dr. Sevinç Yılmaz Yeltekin  
 İnt. Dr. Yılmaz Yıldız  
 Dr. Adnan Yüce

## Bilimsel Danışma Kurulu

## Adli Tıp

Prof. Dr. Ümit Biçer  
 Prof. Dr. Hamit Hancı

## Aile Hekimliği

Doç. Dr. Hakan Yaman

## Çocuk Psikiyatrisi

Prof. Dr. Fatih Ünal

## Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Prof. Dr. Ufuk Beyazova (Sosyal Pediatri)  
 Doç. Dr. Ali Süha Çalikoğlu (Endokrinoloji)  
 Prof. Dr. Şükrü Hatun (Endokrinoloji)  
 Prof. Dr. Nural Kiper (Göğüs Hastalıkları)  
 Yrd. Doç. Dr. Esra Önal  
 Prof. Dr. İmran Özalp  
 Doç. Dr. Figen Şahin (Sosyal Pediatri)  
 Prof. Dr. İlhan Tezcan (İmmünoloji)  
 Prof. Dr. Duygu Uçkan (Hematoloji)

## Çocuk Kalp ve Damar Cerrahisi

Yrd. Doç. Dr. Serdar Kula

## Deontoloji ve Tıp Tarihi

Prof. Dr. Berna Arda  
 Doç. Dr. Nüket Örnek Büken

## Enfeksiyon Hastalıkları

Prof. Dr. Murat Akova  
 Doç. Dr. Önder Ergönül  
 Prof. Dr. Serhat Ünal

## Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon

Prof. Dr. Yeşim Gökçe Kutsal

## Genel Cerrahi

Prof. Dr. Osman Abbasoğlu  
 Prof. Dr. Semih Baskan  
 Prof. Dr. İskender Sayek  
 Prof. Dr. Cem Terzi

## Genel Pratisyenlik

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

## Halk Sağlığı

Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu  
 Doç. Dr. Dilek Aslan  
 Prof. Dr. Ayşen Bulut

## İç Hastalıkları

Doç. Dr. Deniz Çalışkan  
 Doç. Dr. Muzaffer Eskioçak  
 Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış  
 Doç. Dr. Özlem Sarıkaya

## İç Hastalıkları

Prof. Dr. Erdal Akalın  
 Prof. Dr. Çetin Turgan (Nefroloji)

## Kadın Hastalıkları ve Doğum

Dr. Polat Dursun  
 Prof. Dr. Haldun Güner

## Kulak Burun Boğaz Hastalıkları

Doç. Dr. Orhan Yılmaz  
 Doç. Dr. Levent İnan

## Nöroloji

Doç. Dr. Levent İnan  
 Prof. Dr. Muharrem Yazıcı

## Ortopedi ve Travmatoloji

Prof. Dr. Muharrem Yazıcı  
 Prof. Dr. Orhan Öztürk

## Psikiyatri

Dr. Sezai Berber  
 Dr. Sezar Berber

## Tıbbi Farmakoloji

Prof. Dr. Alper İskit

## Araştırma

**Erciyes Üniversitesi Birinci Sınıf Öğrencilerinin Aile Planlaması ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Konusundaki Bilgi Düzeyleri** 20  
*Dr. Melis Naçar, Dr. Zeynep Baykan, Şule S. Akyan, Mehmet A. Narsat, Tuncay Önal, Celal Özdamar*

**Erbaa Yöresindeki Gebelerde HBsAg Sıklığı** 24  
*Dr. İbak Gönen, Dr. Handan Sezer Çelik, Dr. Samettin Çelik*

## Derleme

**Tanınız Nedir** 27  
*Dr. Nilgün Erkek, Dr. Saliha Şenel, Dr. Burçak Kitiş Çelik, Dr. Candemir Karacan, Dr. Aysel Yöney*

**Kızamık** 28  
*Dr. Meda Kondolot, Dr. S. Songül Yalçın*

**Birinci Basamakta Sürekli Tıp Eğitimi** 32  
*Dr. Erol Gürpınar, Dr. Mustafa K. Alimoğlu, Dr. Sümer Mamaklı, Dr. Levent Dönmez*

**Mesleki Deri Hastalıkları 1: Mesleki Kontakt Dermatitler** 36  
*Dr. Semih Tatlıcan, Dr. Cemile Eren, Dr. Fatma Eskioğlu*



Kapak Fotoğrafı  
 "İz"

Sağ. Memuru. **Mustafa Gezer**, Kocaeli  
 TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2008  
 Başarı Ödülü

## Okuyucu Danışma Kurulu

Dr. Hasan Değirmenci

Dr. Mesut Yıldırım

## Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Prof. Dr. Gençay Gürsoy

## Hazırlık ve Tasarım

Yeter Canbulat

## Yayın Yönetim Merkezi ve İletişim Adresleri

Türk Tabipleri Birliği Gazi Mustafa Kemal Bulvarı Şehit Daniş Tunali Sok. 2 Kat: 4  
 Maltepe 06570 Ankara  
 Telefon : (0312) 231 31 79/133 Faks: (0312) 231 19 52-53  
 E-posta : [sted@ttb.org.tr](mailto:sted@ttb.org.tr)  
 İnternet : [www.ttb.org.tr/STED](http://www.ttb.org.tr/STED)

## Basımcı İletişim Bilgileri ve Yeri

Elit Ofset Matbaacılık, Ambalaj San. ve Tic. A.Ş.  
 İkitelli Organize Sanayi Bölgesi İpkas Sanayi Sitesi 3.Etap B 19 Blok No:5  
 İkitelli - İstanbul  
 Tel: +90 212 549 88 60 (pbx)  
 Basım Tarihi: 10.08.2009



### Merhaba,

Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 18. yılında yeni bir ivmeyle yayın yaşamını kaldığı yerden sürdürüyor. STED geride bıraktığımız 17 yıllık yayın sürecinde, pratisyen hekimlerin sayı ve sorunlarının hızlı artışına koşut olan bir işlevsellik içinde birinci basamak, özellikle de sağlık ocağı hekim ve sağlık çalışanlarının mesleksel uygulamalarına ışık tutmaya çaba gösteren bir yayın oldu. Yalnızca hekimler değil, sağlık ocaklarında görev yapan hemşireler, ebeler, sağlık teknisyenleri de STED'e ilgi gösterdiler; dergiyi okudular, yayımlanmak üzere yazılarını ve araştırmalarını gönderdiler. STED bu süre içinde birinci basamak sağlık hizmetinin niteliğine katkıda bulunmak amacıyla hem gerekli bilgi ve uygulamaları tazeleyici, hem de yeni bilgileri yansıtıcı bir yayın politikası izledi. Dergi, bir yandan da pratisyen hekimlerin ve birinci basamak kamu sağlık hizmetinin sorunlarını, darboğazlarını, özelleştirme girişimlerinin yaratacağı sonuçları izlemeye, irdelemeye ve aydınlatıcı verileri ortaya koymaya çalıştı.

STED için 2008 yılı zor bir yıl oldu. Ekonomik güçlükler nedeniyle, dergimizin baskı sayısını azaltıp aylık yerine iki ayda bir çıkarmak durumunda kaldık. Ancak 2009



Fotoğraf: "Kuşlar" Dr. Tufan Kaan, Ankara  
STED Fotoğraf Yarışması 2008 Sergi Ödülü

yılına yeni umutlar ve hedeflerle başladık. Darboğazdan çıkarken amacımız, 18. yılında dergiyi içerik olarak daha da geliştirerek ülkemizdeki birinci basamak kamusal sağlık hizmetinin niteliğini yükseltmek, halk sağlığında olumlu bir etki yaratmak. Kuşkusuz, bu genel amaca ulaşmak için, yalnızca STED çalışanlarının, yalnızca Türk Tabipleri Birliği'nin çabaları yeterli olamaz, olmamaktadır. Bu konuda tüm pratisyen hekimlerin, sağlık ocağı çalışanlarının katkı ve desteğine gereksinim var.

Yaşamın içinden kaynaklanan, dinamik ve gerçek bir yayın ancak okurlarıyla canlı ve sürekli bir etkileşim sonucunda elde edilebilir. Kusursuz bir yayın elde etmek ne yazık ki olanaklı değil. Ama gelişen ve hep daha iyiye doğru evrilen bir dergi ortaya koyabiliriz. Biz STED çalışanları olarak bu aşamada STED'in tüm okurlarını ve STED'e gönül veren herkesi dergiye katkıda bulunmaya çağırıyoruz. Birinci basamakta, özellikle de sağlık ocaklarında görevli olan hekimler, tüm sağlık personeli STED'i okumakla yetinmemeli, her sayıyı değerlendirerek geribildirimde bulunmalıdır, diyoruz. STED'in farklı bölümleri, değişik sayfaları var. Bu sayfalara günlük yaşamın ayrıntılarından süzülen deneyimlerinizi aktarabilirsiniz. Her gün karşınıza çıkan sorunları iletebilir, farklı çözüm önerilerinin tartışılmasının yolunu açabilirsiniz. Güncel ya da sık görülen konuların uzman kadromuz tarafından değerlendirilerek sayfalarımızda yer almasını isteyebilirsiniz. STED'in daha fazla okunup dağıtılmasına yönelik düşünce ve önerilerinizi paylaşabilirsiniz.

Sevgili STED okurları, yıllar önce kurduğumuz "stedokur" adlı bir grubumuz var. Bu gruba üye olabilir, daha verimli, yararlı bir STED konusundaki görüşlerinizi aktarabilirsiniz. Bunun yanı sıra, "Okuyucu Danışma Kurulu"nda yer alarak, dergimizin düzenli değerlendirme kadrosuna katılabilirsiniz.

STED'in farklı sayfalarında buluşmak dileğiyle sizleri aramıza bekliyoruz.

**Bilimsel ve dostça kalın...**

# Erciyes Üniversitesi Birinci Sınıf Öğrencilerinin Aile Planlaması ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Konusundaki Bilgi Düzeyleri

Knowledge of Erciyes University First Year Medical Students about Family Planning and Sexually Transmitted Diseases



*Dr. Melis Naçar\**, *Dr. Zeynep Baykan\**, *Şule S. Akyan\*\**,  
*Mehmet A. Narsat\*\**, *Tuncay Önal\*\**, *Celal Özdamar\*\**

## Öz

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi birinci sınıf öğrencilerinin aile planlaması ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusundaki bilgi düzeylerini saptamak amaçlanmıştır.

Bu çalışma, araştırmacılar tarafından, Mart 2008'de gözlem altında anket uygulama yöntemiyle, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencisi 97 kişiye uygulanmıştır.

Grubun yaş ortalaması  $19.1 \pm 1.1$  olup, %51.5'i kadın, %48.5'i erkekti. Öğrencilerin bilgi puanları ortalaması  $37.4 \pm 15.7$  (Kadınlar  $34.8 \pm 15.5$  / Erkekler  $40.1 \pm 15.7$ ) idi. Öğrencilerin bilgi puanları ile cinsiyet, ikamet ettiği yer ve annenin eğitim durumları arasında istatistiksel olarak fark saptanmadı ( $p > 0.05$ ). AP ve CYBH hakkında bilgi alma kaynakları; arkadaş (%33.0), internet (%33.0), medya (%30.9), okul (%16.5), aile (%14.4) olarak belirtilmiştir.

Bu çalışma, tıp fakültesi birinci sınıf öğrencilerinin aile planlaması yöntemleri ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar ile ilgili bilgi gereksinimi içinde olduğunu ortaya koymaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Aile planlaması, Tıp öğrencileri, Cinsel yolla bulaşan hastalıklar.

## Giriş

Toplumda aile planlaması (AP) ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH) konusunda doğru bilgilendirme çok önemlidir. Son yıllarda giderek artan sayıda gencin cinsel olarak aktif olması, istenmeyen gebelikler ve CYBH'yi artırmaktadır.

CYBH tüm dünyada önemli bir halk sağlığı sorunudur (1). Cinsel yönden aktif dönemde bulunan gençlerde sağlıklı cinsel yaşam önem taşımaktadır. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar, birçok ülkede özellikle de 15-29 yaş arasındaki gençlerde en yaygın görülen hastalıklardır. Hastalıklar hakkında bilgi sahibi olmakla; hastalıklardan korunmak ve hastalıkların tedavisi kolay olacaktır. CYBH enfeksiyon yapıcı bir mikrop tarafından yol açılan ve temel olarak insana vajinal, anal, oral seks de

## Abstract

The aim of this study was to assess the knowledge about family planning (FP) and sexually transmitted diseases (STD) of first year students in Erciyes University Medical Faculty.

This study was conducted by researchers, and a questionnaire form was applied under observation to 97 students of Erciyes University Medical Faculty in March 2008.

Mean age of the group was  $19.1 \pm 1.1$  years. Of these, 51.5% were female, 48.5% were men. Mean knowledge score of the students was  $37.4 \pm 15.7$  (Female  $34.8 \pm 15.5$  / Men  $40.1 \pm 15.7$ ). No statistically significant variables studied include sex, mother income, residency and knowledge score of students ( $p > 0.05$ ). Knowledge of FP and STD was commonly obtained from friends (33.0%), the internet (33.0%), newspapers, books, and television (30.9%), school (16.5%), and family members (14.4%).

This study points the need of knowledge about family planning and sexually transmitted diseases for first year medical students.

**Key words:** Family planning, Knowledge, Medical students, Sexually transmitted diseases.

inde olmak üzere, cinsel ilişki yoluyla geçen hastalıklar grubudur. Bu gruptaki bazı hastalıklar kan verme ya da almayla, madde bağımlılarında iğne yoluyla, doğumda ve emzirme sırasında da bulaşabilir (1). Cinsel yolla bulaşan hastalıklar arasında HIV-AIDS, hepatit, sifilis, gonore en önemli hastalıklar olarak bilinmektedir (3). Tüm dünyada, CYBH en çok 20- 24 yaş grubunda, daha sonra 15-19 ve 25-29 yaş gruplarında görülmektedir (4). Üniversite öğrencilerinin tamamına yakını en yüksek risk taşıyan yaş grubu içinde bulunmakta olduğundan onların konu ile ilgili bilgi düzeyleri daha fazla önem taşımaktadır.

Ülkemizde farklı algılamalara neden olsa da, aile planlaması (AP) eşlerin istedikleri zaman ve istedikleri sayıda çocuk sahibi olmasıdır (5). AP yöntemlerinin kullanılmasının

\* Yrd. Doç.; Erciyes Ü. Tıp Fak. Tıp Eğitimi AD, Öğretim Üyesi, Kayseri

\*\*Erciyes Ü. Tıp Fak. Dönem Bir Öğrencileri, Kayseri

temelinde istem dışı gebeliklerin önlenmesi amaçlanmaktadır. AP deki hatalar nedeni ile de bireyler çeşitli biyolojik ve psikolojik sorunlar yaşamaktadır (6). Ülkemizde AP konusunda yeterli sayılabilecek hizmet sunumuna karşın, etkili yöntem kullanma oranının düşük olması (%42.5) ve etkisiz yöntem kullanımının önceki yıllara oranla artmış olması (%28.5), nüfus içinde önemli bir paya sahip olan gençlerin cinsellik ve özellikle AP konusunda bilgilendirilme gereksinimlerinin yeterince karşılanamaması ile de açıklanabilir (7). Türkiye de çiftlerin dörtte biri geleneksel geri çekme yöntemini AP yöntemi olarak seçilmektedir. Modern yöntemlerden ise rahim içi araç ve kondom en fazla uygulanan yöntem durumundadır (7).

Ülkemizde AP ve CYBH hakkındaki bilgiler, daha çok evli aile bireyleri üzerinde yoğunlaşmıştır. Gençlerle ilgili bilgiler sınırlıdır. Ayrıca, var olan sağlık hizmetleri kapsamında gençlere yeterli hizmet sunulamamaktadır. Bu çalışmada Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi (EÜTF) dönem bir öğrencilerinin AP ve CYBH konularındaki bilgi düzeylerinin saptanması amaçlanmıştır.

## Materyal Metod

Bu araştırma EÜTF dönem bir öğrencileri üzerinde 2008 Nisan ayında gerçekleştirilmiş tanımlayıcı bir araştırmadır. Dönem bir öğrencilerine bu konuda verilecek olan öğrenci paneli öncesinde araştırmacılar tarafından uygulanmıştır. Çalışmaya 131 EÜTF dönem bir öğrencisinden 97'si katılmıştır (%74.0). 31 öğrenci ilgili panele katılmamaları ve üç öğrencinin de verilen anket formunu geri vermemeleri nedeniyle araştırma dışı bırakılmışlardır. Araştırma için kurum izni alınmış ve uygulama gönüllü öğrenciler üzerinde yapılmıştır. Araştırma verileri yedisi tanımlayıcı ve yirmisi bilgi sorusu olmak üzere toplam 27 sorudan oluşan bir anket formu aracılığıyla toplanmıştır. Bilgi soruları önermeler olarak verilmiş, öğrenciler doğru-yanlış ve bilmiyorum seçeneklerinden birini işaretlemişlerdir. Anket formu araştırmacılar tarafından panelin hemen öncesinde öğrencilere dağıtılmış ve toplanmıştır. Anketi öğrenciler isim belirtmeksizin kendileri doldürmüşlerdir. Bilgi soruları için her bir doğru yanıtı beş puan verilerek anket toplam 100 puan üzerinden değerlendirilmiştir.

**Tablo 1.** Öğrencilerin bilgi sorularına verdiği doğru yanıtların dağılımı

Önermeler	Doğru bilenler	
	Sayı	%
AP bebek ölümlerini azaltır	93	95.6
Cinsel partnerin sık değiştirilmesi CYBH riskini artırır	86	88.7
AP anne ölüm hızını azaltır	75	77.3
Kondom birden fazla kez kullanılamaz	51	52.6
KOK* her gün bir adet içilmelidir	48	49.5
RIA** özel eğitilmiş personel tarafından takılır	46	47.4
CYBH kişilerde belirti göstermeden seyredebilir	45	46.4
Tüpleri bağlanmış bir kadın adet görmeye devam eder	38	39.2
CYBH'de bazı ölüm riski yüksektir	37	38.1
Kondomla korunulamayan CYBH vardır	35	36.1
AP eşlerin istedikleri zaman istedikleri sayıda çocuk sahibi olmasıdır	27	27.8
Erkeklerde kordonların bağlanması cinsel gücü değiştirir	27	27.8
KOK'a adet ilk beş günü içinde başlanmalıdır	24	24.7
RIA adet sırasında kanamayı artırır	19	19.6
İdrar yaparken yanma hissi CYBH belirtisi olabilir	18	18.6
Vajinadan veya penisten gelen olağan dışı akıntı bir CYBH belirtisidir	17	17.5
AIDS anneden bebeğe emzirme yoluyla bulaşabilir	16	16.5
Doğum kontrol hapı yumurtanın oluşumunu engeller	11	11.9
Yeni doğum yapmış kadına RIA takılabilir	9	9.3
Smear testi aktif cinsel hayata başlamış kadınların düzenli olarak yaptırması gereken bir testtir	3	3.1

\*KOK: Kombine Oral Kontraseptif \*\*RIA: Rahim İçi Araç

**Tablo 2.** Öğrencilerin bazı özelliklerine göre bilgi puanları

Özellikler	n	Bilgi Puanı Ortalaması±SD	p
Toplam	97	34.7±15.7	
Cinsiyet			
Erkek	47	40.1±15.7	0.097
Kadın	50	34.8±15.5	
İkamet Ettiği Yer			
Ailesinin Yanında	36	33.5±16.5	0.152
Arkadaşı ile Evde	26	38.5±16.3	
Yurtta	35	40.6±14.1	
Annenin Eğitim Durumu			
İlköğretim ve Altı	47	36.8±16.0	0.735
İlköğretim Üzeri	50	37.9±15.7	

Araştırmanın bağımlı değişkeni bilgi puanı, bağımsız değişkeni ise cinsiyet, ikamet ettiği yer ve annenin eğitim durumu olarak belirlenmiştir. Verilerin analizinde student t testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır.

### Bulgular

Grubun yaş ortalaması  $19.1 \pm 1.1$ 'di. Grubun %51.5'i kadın, %48.5'i erkekti. Öğrencilerin %37.1'i ailesinin yanında, %36.1'i yurtta ve %26.8'i arkadaşları ile evde kalmaktaydı.

AP'nin bebek ölümlerini düşürdüğü, cinsel partnerin sık değiştirilmesinin CYBH riskini artırdığı ve AP'nin anne ölüm hızını azalttığı en çok bilinen sorulardandı. Doğum kontrol hapının yumurta oluşumunu engellediği, yeni doğum yapmış kadına RİA takılabileceği ve smear testinin aktif cinsel yaşama başlamış kadınların düzenli olarak yaptırması gereken bir test olduğu en az bilinen sorulardandı. Öğrencilerin %27.8'i AP'nin tanımını, %52.6'sı kondomun birden fazla kez kullanılmayacağını biliyordu.

Öğrencilerin bilgi puanları ile cinsiyet, ikamet ettiği yer ve annenin eğitim durumları arasında istatistiksel olarak fark saptanmadı ( $p > 0.05$ ).

AP ve CYBH hakkında bilgi alma kaynakları; arkadaş (%33.0), internet (%33.0), medya (%30.9), okul (%16.5), aile (%14.4) olarak belirtilmiştir.

### Tartışma

İnsan yaşamının önemli bir parçası olan cinselliğin birlikte getirdiği önemli konulardan ikisi AP ve CYBH'dir (8). Çevresindeki bireyleri CYBH ve AP konusunda bilendirebilecekleri ve bu öğrenci grubunun kendi cinsel yaşamında

da bu bilgilerden yararlanılabileceği düşünülerek araştırma grubu Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi dönem bir öğrencileri olarak belirlenmiştir. Aynı zamanda DSÖ'nün verilerine göre de dönem bir öğrencileri CYBH konusunda birinci dereceden risk grubundadır (4).

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin genel bilgi puanı ortalaması 37.4, Celal Bayar Üniversitesi'nde (9) 51.2 olarak saptanmıştır. Öğrencilerimizin bilgi düzeylerinin diğer üniversitelerde yapılan araştırmalara oranla düşük olması nedeniyle üniversitemizde birinci sınıf öğrencilerine AP ve CYBH hakkında daha kapsamlı bir eğitim verilmesi gerektiği düşünülmüştür.

Bilgi puan ortalamasında kadın erkek arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır. Celal Bayar Üniversitesi'nde yapılan araştırmada, kızlarla erkekler arasında bilgi puanı ortalaması açısından anlamlı istatistiksel bir fark saptanmış, Cumhuriyet Üniversitesi'nde yapılan benzer çalışmada ise fark saptanmamıştır (9,10). Erciyes Üniversitesi ve Cumhuriyet Üniversitesi buldukları bölge açısından aynı, Celal Bayar Üniversitesi ise bulunduğu bölge itibarıyla diğer iki üniversiteden farklı öğrenci profiline sahip olduğu düşünüldüğünde, öğrenci profilindeki bu bölgesel farklılıktan dolayı kadınlarla erkekler arasında bilgi puanı ortalaması açısından anlamlı ya da anlamsız istatistiksel bir fark bulunuyor olabilir.

Araştırma grubunun CYBH'den ve gebelikten korunma yöntemleri hakkındaki bilgilerini en çok arkadaş (%33) ve internetten (%33) edindiği belirlenmiştir. Cumhuriyet Üniversitesi'nde yapılan araştırmada, en çok

bilgi alınan kaynak medya (%27) olarak belirlenmiştir (10). Bu çalışmada da yapılan diğer araştırmalarda olduğu gibi, bireylerin aileden konu ile ilgili bilgi alma oranlarının düşük olduğu anlaşılmıştır. Anne ve babanın eğitim durumuna göre öğrencilerin bilgi puan ortalamaları değerlendirildiğinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bunun nedeni, öğrencilerin birincil bilgi alma kaynağının aile olmaması olabilir.

Katılımcıların %52.6'sı bir kondomun bir kez kullanılabileceğinin, %36.1'i kondomun cinsel yolla bulaşan hastalıkların bazılarında koruduğunun farkındadır. Ankara'da yapılan bir araştırmada bir kondomun birden fazla kez kullanılmayacağına bilinme oranı %86.5 ve kondomun cinsel yolla bulaşan bazı hastalıklardan koruduğunun bilinme oranı ise %81.3 olarak bulunmuştur (11).

Öğrencilerin bilgi edinme kaynakları arasında arkadaş, medya ve internet ilk sıralarda yer almaktadır. Öğrencilerin bu konuda bilgilenebilmesi için medyada konu ile ilgili bilimsel altyapısı olan doğru yayınların

yapılması, aynı zamanda internetin de bu konuda bilgi edinme kaynağı olarak kullanılması yararlı olacaktır. Bireylerin yetişirken ilk eğitimlerini ailelerinden almaları nedeniyle ailelere de bu konuda önemli bir sorumluluk düşmektedir. Ailelerin AP ve CYBH hakkında bilgilendirilmesi ve bunu çocuklarına doğru zaman ve biçimde rahatlıkla aktarabilmelerini sağlayacak programlar düzenlenebilir.

Sonuç olarak EÜTF dönem bir öğrencilerinin AP ve CYBH konusundaki bilgi düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır. Bilgi düzeylerini artırmak için yapılan panel sonrasında, anket uygulamasının yinelenmesi planlanmıştır.

**İletişim:** Dr. Melis Naçar

**E-posta:** mnacar@erciyes.edu.tr

#### **Kaynaklar**

- 1- Ailenin Sağlık Eğitim Rehberi T.C. Ankara: Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü Yayınları; 2004, s:185
- 2- Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2003, Bölüm 13:HIV AIDS ilişkili Bilgi. s:157-164
- 3- İsen M, Özek B, Özmen Ş, Tüzer TT. T.C Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Ulusal AP Aile Rehberi. Damla Matbaacılık, Reklamcılık ve Yayıncılık; Ankara: 2000. s:241.
- 4- World Health Organization. Helping Young People to Avoid HIV. Safe Motherhood: 1996; 22 (3) 1-2.
- 5- Özvarış ŞB. Aile planlaması. Aktüel Tıp Dergisi Kadın Sağlığı Özel Sayısı 2001; 6: 45-51.
- 6- Özvarış ŞB. Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması, Aile Planlamasında Temel Bilgiler Kitabı. İstanbul: İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı Yayınları, 1997: 1-4.
- 7- Aile Planlaması (Bölüm 5). İçinde: Türkiye Nüfus Araştırması 2003. s. 65.
- 8- Topbaş M, Çan G, Kapucu M. Trabzon'da Bazı Liselerdeki Adolesanların Aile Planlaması ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Hakkındaki Bilgi Düzeyleri, Gülhane Tıp Dergisi: 2003; 45 (4): 331-337 (2003)
- 9- Şerifhan İlgün M, Erbay Dündar P, Doğramacı YG:, Dalcı A, Gürgen G, Celal Bayar Üniversitesinde Bir Grup Öğrencinin Aile Planlaması ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Konusundaki Bilgi Düzeyleri, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2005; 4 (2): s:66-78
- 10- Özdemir L, Ayvaz A, Poyraz Ö, Cumhuriyet Üniversitesi Öğrencilerinin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Konusundaki Bilgi Düzeyleri, C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi. 2003; 25 (1): 2003; s: 10-14.
- 11- Açıkel CH, Babayiğit MA, Kılıç S, Hasde M, Bakır B. Genç Erişkin Erkeklerin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Konusunda Bilgi Düzeyleri (Ankara 2004). TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2005; 4 (1):16-23.





Dr. İbak Gönen\*, Dr. Handan Sezer Çelik\*\*, Dr. Samettin Çelik\*\*\*

### Öz

**Amaç:** Bu çalışmada Erbaa Devlet Hastanesi'ne başvuran gebelerde Hepatit B virusu (HBV) ile enfeksiyon sıklığının ve hepatit B yönünden risk faktörlerinin araştırılması amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntemler:** Çalışma Erbaa Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne başvuran 800 gebede prospektif olarak yapılmıştır. Başvuran tüm gebelerde HBV enfeksiyonu serolojik olarak taranmıştır. HBV enfeksiyonu pozitif bulunan gebelere hastalıkları ile ve perinatal dönemde alınacak önlemler ile ilgili bilgiler verilmiştir.

**Bulgular:** Çalışmaya alınan gebelerin 29 (%3,6) unda HBV enfeksiyonu saptanmıştır. HBV ile enfekte 29 gebenin yalnızca ikisinde enfeksiyon gebelik öncesinde de bilinmekte iken, 27 gebede ise HBV enfeksiyonu ilk kez saptanmıştır. 29 gebenin 22 sinin doğumları gerçekleşmiş olup bebeklerin izlemlerinde HBV enfeksiyonu saptanmıştır.

**Sonuç:** HBV ile enfekte annelerden doğan bebeklerde hepatit B virüs enfeksiyonunun engellenmesi, gerekse enfekte annelerin doğum sonrası hepatit B yönünden izlemlerinin ve gerekirse tedavilerinin yapılması amacı ile gebelerde HBV antigen taramasının yapılması gerekmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Hepatit B virüsü, gebelik, yenidoğan.

### Giriş

Dünya çapında 400 milyondan fazla insan HBV ile kronik olarak enfektedir (1). Ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında nüfusumuzun %3-12,5 i HBsAg pozitifdir (2). Enfeksiyonun alınma yaşı kronikleşme üzerine etkisi olan önemli parametredir. Enfeksiyonun perinatal dönemde alındığı olgularda kronikleşme riski %90'lara ulaşmaktadır (3,4). Bu nedenle gebelerin sürekli olarak hepatit B yönünden taranmaları ve HBsAg pozitif annelerden doğan bebeklerde önlem alınması gerekmektedir. Gelecek kuşaklarda hepatit B virüs enfeksiyonunun azaltılması için aşılama programı kadar, gebelerin sürekli taranması ve gebelerden doğan bebeklerde gerekli önlemlerin alınması da önemlidir. Bu çalışmada, Orta Karadeniz'in kırsal bir alanı olan Erbaa ilçesinde gebelerde HBsAg taramasının yenidoğan ve gebelerin sağlığı açısından önemini ortaya çıkarmayı amaçladık.

### Abstract

**Objective:** The aim of this study was to determine the prevalence of Hepatitis B virus (HBV) infection among pregnant women who applied to Erbaa State Hospital and to investigate the risk factors associated with hepatitis B.

**Material and Methods:** The study was carried out prospectively on 800 pregnant women who applied to the Obstetrics and Gynecology Outpatient Clinic of Erbaa State Hospital. All pregnant applicants were screened serologically for HBV infection. Information about this disease and perinatal prevention methods were given the pregnant women who were found to be infected with HBV.

**Results:** HBV infection was detected in 29 (3.6%) of the 800 pregnant women. In only two of 29 women, the infection had been diagnosed before pregnancy; the remaining 27 were new diagnoses of HBV infection. 22 of the infected pregnant women have delivered and none of the babies were found to be infected with HBV in follow-ups.

**Conclusion:** HBV antigen screening is essential in pregnant women for preventing HBV infection in babies who are born to infected women and for the follow-up, and if necessary, for the treatment of HBV infection of the women in the postpartum period.

**Key words:** Hepatitis B virus, pregnancy, newborn.

### Gereç ve Yöntem

Bu çalışma Erbaa Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğinde izlenen gebelerde prospektif olarak yapılmıştır. Polikliniğe başvuran gebelerden rutin kontroller sırasında istenen serolojik göstergelerinden HBsAg pozitifliği irdelenmiştir. Serolojik değerlendirme Bayer Advia Centaur cihazında Bayer HBsAg kitleri kullanılarak yapılmıştır. HBsAg pozitif bulunan gebelere hastalıkları ve perinatal dönemde alınacak önlemler ile ilgili bilgiler verildikten sonra risk faktörleri ve bulaş yolları ile ilgili bir anket uygulanmıştır. Bu hastalardan doğan bebeklere perinatal dönemde hepatit B immünoglobulini ve hepatit B aşısı yapılmış ve bebekler de hepatit B yönünden izlemeye alınmıştır.

\*Uzm.; Erbaa Devlet Hastanesi İntaniye Kliniği, Tokat

\*\*Yrd. Doç.; Ondokuz Mayıs Ü. Tıp Fak. Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı, Samsun

\*\*\*Uzm.; Erbaa Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum, Tokat

## Sonuçlar

Bu çalışmada 2006 Ocak- 2007 Aralık tarihleri arasında Erbaa Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine rutin gebelik kontrolleri için başvuran 800 gebe araştırılmıştır. Gebelerin yaş dağılımı 17-38 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 27.0'dır. Gebelerin %47'si primipar %53'ü ise multipardır.

Gebelerin %58'i köylerden %42'si ise şehir merkezinden gelmektedir. Çalışmaya alınan gebelerin 29'unda (%3.6) HBsAg pozitif olarak saptanmıştır. HBsAg pozitifliği saptanan 29 gebenin yalnızca ikisinde HBsAg pozitifliği gebelik öncesinde de bilinmekte iken, 27 gebede HBsAg pozitifliği ilk kez saptanmıştır. Pozitif saptanan olgulara uygulanan anket ile ilgili sonuçlar Tablo 1'de özetlenmiştir. Söz konusu 29 gebenin 22'sinin doğumları gerçekleşmiş olup bebeklerin izlemlerinde HBsAg pozitifliği saptanmamıştır.

## Tartışma

Erbaa ilçesinde yapılan bu çalışmada gebelerde HBsAg pozitifliği %3,6 olarak saptanmıştır. Türkiyede yapılan değişik çalışmalarda normal popülasyon için bu oran bölgesel farklılıklar göstermekle birlikte %3-12.5 arasında değişmektedir (2). Gebelerde yapılan çalışmalarda ise, HbsAg sıklığını Gül ve ark. %4,08, Börekçi ve ark. %3,5 olarak bulmuşlardır. Daha geniş katımlı ve kentsel bir alanda yapılan diğer bir çalışmada ise, Madendağ ve ark. gebelerde HBsAg sıklığını %2.11 olarak bulmuşlardır (5, 6, 7).

HBsAg pozitif hastaların yaklaşık %50'sinde bulaşla ilgili risk faktörü bulunamamaktadır. Bu çalışmada da risk faktörleri sorgulanmış ve çoğunluğunda belirgin bir risk faktörü belirlenememiştir. Sterilizasyon ve dezenfeksiyon işlemlerine

yeterince dikkat edilmeden yapılan tıbbi girişimler bulaştıran sorumlu tutulabilir.

HBsAg pozitif 22 annenin bebeklerinin yapılan kontrollerinde HBsAg pozitifliği saptanmamıştır. Bu bebeklerin hepsine ilk 24 saat içinde hepatit B immunoglobulini ve aşısı yapılmıştır. Bebeklerin aşılamaları sürmektedir. HBsAg pozitif annelerden doğan bebeklerin ortalama %40'ında enfeksiyon görülmektedir. HBeAg pozitif annelerin çocuklarında bu oran %90'lara çıkabilmektedir. HBeAg negatif annelerde ise bulaşma riski %5'ten azdır (3). Bu enfeksiyonun %90'dan fazlası perinatal dönemde bulaşırken, çok az oranda da (<%5) intrauterin bulaş söz konusudur (8, 9)). HBsAg pozitif annelerin çocuklarına ilk 12 saatte pasif profilaksi amacı ile Hepatit B hiperimmunoglobulini ve farklı bölgeden aktif profilaksi amacı ile hepatit B aşısı yapılırsa, bulaşma büyük oranda engellenebilmektedir. (10). Ancak hepatit B immunoglobulininin uygulaması 48 saati geçmemelidir. Hepatit B immunoglobulin ve hepatit B aşısı yapılmasına karşın bulaş olabilmektedir. Bu olgularda genelde enfeksiyonun intrauterin dönemde bulaştığı bildirilmektedir (10).

Bu çalışmada gebelerin büyük çoğunluğunda (%93) HBsAg pozitifliği ilk kez bu kontrollerinde saptanmıştır. Bu bilgi aynı zamanda gebelerde HBsAg taramasının önemini göstermektedir. Özellikle kırsal alanda hastaneye başvuru oranının azlığı da dikkate alınacak olursa, gebelik kontrolleri sırasında HBsAg taramasının gerekliliği de ortaya çıkmaktadır. Dünyada hepatit B enfeksiyonunun yüksek endemik olduğu bölgelerde enfeksiyonların çoğu yenidoğan döneminde ya da erken çocukluk döneminde alınmaktadır (11). Enfekte olan yeni doğanlarda hepatit B enfeksiyonu immatür immun sistemleri nedeniyle %90 oranında kronikleşmektedir (12). Bu da gebelerde HBsAg taramasının önemini artırmaktadır.

Bu çalışma ve diğer çalışmaların ışığında sonuç olarak gerek, HBsAg pozitif annelerden doğan bebeklerde hepatit B virüs enfeksiyonunun engellenmesi, gerekse HBsAg pozitif annelerin doğum sonrası hepatit B yönünden izlemlerinin ve gerekirse tedavilerinin yapılması amacı ile gebelerde HBsAg taramasının yapılması gerekmektedir. Bu nedenle gerek sağlık ocaklarında, gerekse aile hekimliği bölgelerinde gebe izlemi yapan

**Tablo 1.** HBsAg pozitif bulunan gebelerde risk faktörleri

	Pozitif n (%)
Multiparite	22
Kürtaj öyküsü	2
Kan alma	0
Ameliyat öyküsü	2
Diş tedavisi	15
Ailede hepatit B'li varlığı	1
Sarılık geçirme öyküsü	5
Daha önceden HBsAg pozitifliğini bilme	2
Hastanede yatma öyküsü	9



hekimlerimizin de, izlediği olguların hepatit B yönünden serolojik tetkiklerini yaptırmalarını ve herhangi bir pozitiflik durumunda gerekli önlemleri almalarını önermekteyiz.

**İletişim:** Dr. İbak Gönen

**E-posta:** dribak77@hotmail.com

#### Kaynaklar

- 1- Lee WM. Hepatitis B Virus infection. N Eng J Med 1997;337:1733-45.
- 2- Tekeli E, Balık İ (eds) Viral Hepatitler 2003. Viral Hepatitle Savaşım Derneği.; Ankara 2002.
- 3- Chang MH. Hepatitis B virus infection. Seminars Fetal Neonatal Medicine (2007) 12, 160-7.
- 4- Hepatitis viruses: Mother to child transmission. Pathol Biol 2002; 50: 568-75.
- 5- Gül A, Kürşad M, Zeteroğlu Ş. Perinataloji Derg 1998; 6 (4) 67-9.
- 6- Börekçi G, Otağ F. Sağlıklı gebelerde hepatit B, hepatit C ve insan immun yetmezlik virüsü seroprevalansı ve risk faktörlerinin belirlenmesi. İnfeksiyon Dergisi 2004;18 (2): 219-23.
- 7- Madendağ Y, Madendağ İÇ, Çelen Ş, Ünlü S, Danışman N. Hastanemize başvuran tüm obstetrik ve jinekolojik hastalarda hepatit B, hepatit C ve HIV seroprevalansı. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2007 ;17: 442-6.
- 8- Kane M. Global programme for the control of hepatitis B infection. Vaccine. 1995; 13 (supp):47-9.
- 9- Tang JR, Hsu HY, Lin HH, Ni YH, Chang MH. Hepatitis B surface antigenemia at birth: a long- term follow- up study. J Pediatr 1998: 133; 374-7.
- 10- JN Zuckerman. Hepatitis B immunglobulin for prevention of hepatitis B infection. J Med Virology 2007 ; 79 :919-21.
- 11- Wright TL: Introduction to chronic hepatitis b infection. Am J Gastroenterol 2006, 101 (supp 1): 1-6.
- 12- Lai CL, Ratziu V, Yuen MF, Poynard T. Viral hepatitis B. The Lancet 2003 ;362:2089-2094.

## Tıp Terimleri İçin Türkçe Karşılık Önerileri



Tıp terimleri için Türkçe karşılık kullanmayı, kullananları yüreklendirmeyi, bu duyarlılığın geliştirilmesi için uyanılarda bulunmayı önemsiyoruz. Duyarlılığımızın geliştirilmesinde [stedokur@ttb.org.tr](mailto:stedokur@ttb.org.tr) adresini ve dergimizin sayfalarını kullanabiliriz. Bilimsel ve dostça kalın...



*Dr. Nilgün Erkek\*, Dr. Saliha Şenel\*, Dr. Burçak Kitiş Çelik\*,  
Dr. Candemir Karacan\*\*, Dr. Aysel Yöneş\*\*\**

## Öz

16 yaşında erkek hasta takiple nedeni ile hastanemize kabul edildi. Fizik muayenede hepatomegali saptandı. Göğüs grafisinde bilateral, bazalarda belirgin retikülonoduler infiltrasyon ve yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı toraks tomografisinde (HRCT) septal kalınlaşma ve buzlu cam görünümü saptandı. Tanınız nedir?

**Anahtar sözcükler:** Retikülonoduler infiltrasyon, Septal kalınlaşma, Buzlu cam görünümü.

On altı yaşında erkek hasta nefes darlığı yakınmasıyla getirildi. Ateş tanımlamıyordu. Hastanın sağlık öyküsünden; üç yaşında karın şişkinliğinin fark edildiği, hepatosplenomegali için hastanemizde tetkik edildiği, hipersplenizm gelişmesi üzerine splenektomi yapıldığı ve ösophagus varis kanaması nedeniyle hastanede yattığı öğrenildi. Fizik incelemede; vücut sıcaklığı 37.2°C, solunum sayısı 44/dk, kaşektik ve dispneik görünümdeydi. Perioral

## Abstract

A 16-year-old male patient was admitted to our hospital with tachypnea. Hepatomegaly was detected on physical examination. Bilateral, predominantly basal reticulonodular infiltrates were observed in the chest X-ray, predominantly in the basal regions and septal thickening and ground-glass pattern were detected on high resolution computed tomography (HRCT). What is your diagnosis?.

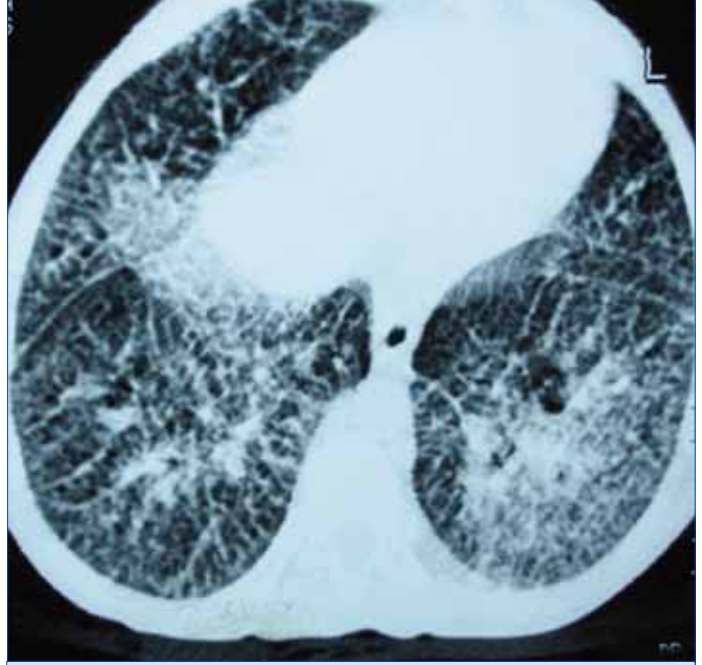
**Key words:** Reticulonodular infiltration, Septal thickening, Ground-glass pattern.

siyanozu, çomak parmakları, pektus karinatus deformitesi, hepatomegalisi saptandı. Hemoglobin 13.8 g/dl, beyaz küre 10.700/mm<sup>3</sup>, trombosit 157.000/mm<sup>3</sup>, CRP<1mg/l olan hastanın arteriyel kan gazlarında hipoksemisi vardı. Akciğer radyografisi ve akciğerin yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografisi (HRCT) (Resim 1- 2) verilen hastada tanınız nedir?

**Yanıtı sayfa 35'de**



**Resim 1.** Akciğer radyografisinde bibazal retikülonoduler infiltrasyon görünümü



**Resim 2.** Akciğer HRCT supradiyafagmatik seviyede septal ve interstiyel kalınlaşmanın eşlik ettiği buzlu cam görünümü

\* Uzm.; Dr. Sami Ulus Çocuk Sağ. ve Hast. Eğit. ve Arş. Hast. Ankara

\*\* Doç.; Dr. Sami Ulus Çocuk Sağ. ve Hast. Eğit. ve Arş. Hast. Ankara

\*\*\* Klinik Şefi.; Dr. Sami Ulus Çocuk Sağ. ve Hast. Eğit. ve Arş. Hast. Ankara



*Dr. Meda Kondolot\*, Dr. S. Songül Yalçın\*\**

### Öz

Kızamık paramiksovirus ailesinden bir virüsün etken olduğu oldukça bulaşıcı ciddi bir hastalıktır ve dünya genelinde çocuk ölümlerinin başta gelen nedenlerindedir. Kızamık aşılama programları 2000-2007 yılları arasında kızamık ölümlerini %74 oranında azaltarak halk sağlığı adına önemli bir ilerleme kaydetmiştir. Buna karşın, 2007 yılında çoğu beş yaşından küçük çocuklar olmak üzere 197 bin insanın kızamıktan öldüğü tahmin edilmektedir. Ölümlerin önemli bir kısmı sağlık hizmetlerinin de yetersiz olduğu gelişmemiş ülkelerde görülmektedir. Bu yazıda kızamık hastalığı, aşısı ve kızamık eliminasyon programı özetlenmiştir.

**Anahtar sözcükler:** Kızamık.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tahminlerine göre beş yaş altı çocuk ölümlerinin %14'ünü aşı ile korunabilir hastalıklar oluşturmaktadır. 2002 yılında rutin aşılama programı ile önlenebilecek hastalıklara bağlı 1.4 milyon beş yaş altı çocuk ölümü gerçekleştiği hesaplanmıştır (1). Bunların %38'i kızamık enfeksiyonuna bağlıdır (2). Kızamık enfeksiyonuna bağlı ölümlerin yarısından fazlası Afrika kıtasındadır. Gelişmekte olan ülkelerde gözlenen yüksek bebek ve çocuk ölümleri düşük sosyoekonomik düzey, beslenme yetersizliği ve enfeksiyonların etkileşimine bağlıdır (3).

Genişletilmiş Bağışıklama Programı ve daha sonra başlatılan Kızamık Eliminasyon Programı ile kızamık olgu sayısı ve mortalite oranları tüm dünyada belirgin olarak azalmıştır. DSÖ ve UNICEF'in "2001-2005 Kızamık Mortalitesini Azaltma Stratejik Planı" ile küresel kızamık mortalitesinde %60 azalma gözlenmiştir. Afrika'da kızamığa bağlı ölümlerin %75 oranında azaldığı tahmin edilmektedir (2, 4, 5). DSÖ Avrupa Bölge Ofisi 2002 strateji planı "Kızamık eliminasyon programını" içermekte olup 2002-2010 yılları için hedefi, vahşi kızamık virusu geçişini durdurmaktır. Avrupa Bölgesi'nde 2002 yılından sonra bu konuda belirgin ilerlemeler kaydedilmiştir ve bugün Avrupa'da bulunan 52 ülkenin yarısı kızamık insidansını milyonda birin altına düşürmüştür (6,7).

### Abstract

Measles is a highly contagious, serious disease caused by a virus in the paramyxovirus family and it remains a leading cause of death among young children globally. Measles vaccination efforts have reaped major public health gains, resulting in a 74% drop in measles deaths between 2000 and 2007 worldwide. However, an estimated 197,000 people died from measles in 2007, mostly children under the age of five. The overwhelming majority of the deaths occur in undeveloped countries with weak health infrastructure. In this review, measles disease, measles vaccine and measles elimination program are summarised.

**Key words:** Measles.

### Kızamık enfeksiyonu ve klinik önemi

Kızamık paramiksovirus ailesinden morbilivirüslerin etken olduğu döküntülü bir hastalıktır. Kızamık virüsü yalnızca 1 serotipi olan, tek zincirli RNA virüsüdür ve virüsün tek doğal konakçısı insandır. Enfeksiyonun kuluçka süresi ortalama 8-14 (7-18 gün) gündür. Ardından başlayan ateş, öksürük, boğaz ağrısı, konjonktivit ve burun akıntısı ile karakterize olan prodromal dönem 2-4 gün sürer. Henüz döküntünün olmadığı bu dönemde halsizlik, miyalji, fotofobi ve periorbital ödem görülebilir ve hasta bu dönemde oldukça bulaştırıcıdır. Bulaşma damlacık yolu ile olur ve döküntüler çıktıktan dört gün sonraya kadar sürer. Prodromal dönemin sonunda tipik döküntü başlar. Döküntüden bir iki gün önce kızamığın patognomonik bulgusu olan Koplik lekeleri bukkal mukozada görülebilir. Koplik lekeleri bir üç gün sürer ve döküntü başladıktan sonra kaybolur. Döküntüler eritemli, makülopapülerdir ve birleşme eğilimi gösterir, baştan başlayarak üç dört gün içinde gövde, kol ve bacaklara yayılır. Tipik olarak döküntü üç yedi gün içinde ilk görüldüğü yerden başlayarak kaybolur, yerine birkaç gün süreli kahverengi izler bırakır ve deskuamasyonla sonlanır (4, 8, 9-11).

Küçük çocuklarda hastalık seyri sırasında otitis media, bronkopnömoni, laringotrakeobronşit (krup) ve ishal görülebilir.

\*Yrd. Doç.; Erciyes Ü. Tıp Fak. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Sosyal Pediatri Bölümü, Kayseri

\*\*Prof.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Çocuk Sağ. ve Hast. Sosyal Pediatri Bölümü, Ankara

Kalıcı beyin hasarına yol açabilen akut ensefalit yaklaşık bin olguda bir görülmektedir. Mortalite genellikle beş yaşın altındaki çocuklarda ve özellikle birinci yaşta yüksektir. Gebelikte kızamık enfeksiyonu geçirilmesi düşüğe ve erken doğuma neden olabilir. Bununla birlikte, maternal enfeksiyonun konjenital malformasyona neden olduğuna ilişkin kesin kanıt yoktur (4, 8, 10-12).

Kızamığın bir diğer önemli komplikasyonu olan subakut sklerozan panensefalit (SSPE), kızamık virüsü ile oluşan davranış ve zihinsel detoriasyon ve nöbetlerle karakterize nörodejeneratif ve enflamatuvar bir hastalıktır. SSPE 100 bin kızamık enfeksiyonunda 4-11 olgu olarak görülmektedir. SSPE'de ortalama kuluçka süresi 10.8 yıldır. SSPE sıklığı kızamık enfeksiyonu erken yaşlarda geçirildiğinde yüksektir. SSPE hastalığının aşı virüsü ile oluştuğunu destekleyen hiçbir bilimsel veri bulunmadığı için, aşıları kişilerde SSPE görülmesinin aşından önce geçirilmiş kızamık enfeksiyonuna ya da yapılan kızamık aşısının çeşitli nedenlerle etkisiz olmasına bağlanabilir. Aşılama SSPE oluşmasını engellemektedir. Sonuç olarak, bir toplumda SSPE olgularının azalması kızamık eliminasyonundan bir dekat (10 yıl) sonra gerçekleşebilecektir (10, 12, 13).

**Kızamık olgu tanımı** (6, 8, 9).

**Klinik tanı ölçütleri:**

- 38 °C'den yüksek ateş,
- Yaygın makülopapüler döküntü (veziküler olmayan),
- Öksürük, burun akıntısı ya da konjonktivit (bu üç belirtiden en az birisinin olması) Klinik tanılamada Koplik lekeleri yanıltıcı olduğu için kullanılmamaktadır.

**Laboratuvar tanı ölçütleri**

- Kızamık için virüs izolasyonu,
- Kızamık spesifik IgM antikorunun saptanması,
- Kızamık spesifik IgG antikor titresinde dört kat artış.

Virüs izolasyonu için solunum yolu sekresyonları, gözyaşı, kan ya da idrardan virüs kültürü yapılabilir.

Bu ölçütlere dayanarak kızamık olgu sınıflaması olası olgu (klinik tanılamaya uyan olgu) ve kesin olgu (laboratuvar ölçütlerinden biri ile doğrulanmış olası olgu ya da başka bir klinik olgu tanımına uyan ve laboratuvar ile doğrulanmış olan kesin olgu ile epidemiyolojik bağı olan olgu) olarak yapılır.

Ayırıcı tanıda kızamıkçık, kızıl, roseola, eritema enfeksiyozum, enteroviral hastalıklar,

Kawasaki hastalığı başta olmak üzere diğer döküntülü enfeksiyon hastalıkları ve ilaç reaksiyonları düşünülmelidir. Kızamığa spesifik antiviral bir tedavi yoktur. Destekleyici tedavi ile komplikasyonlar önenebilir. DSÖ ve UNICEF vitamin eksikliği olan ya da kızamık olgu mortalite hızının %1 ve üzerinde olduğu ülkelerde tüm kızamık olgularına vitamin A desteğini önermektedir (6, 8, 9, 14).

Kızamık eliminasyon programı Özellikle gelişmekte olan ülkelerde çocukluk çağı mortalitesinin önemli nedenlerinden olan kızamık hastalığı, tek rezervuarının insan olması, etkili bir aşısının olması, aşılamanın uzun süreli bağışıklık sağlaması, güvenilir tanı için hassas yöntemlerinin bulunması nedeniyle eliminasyon için adaydır (5, 10, 11, 12).

**DSÖ ve UNICEF "2001-2005 Kızamık Mortalitesini Azaltma Stratejik Planı**

çerçevesinde;

- 1- Rutin aşılama oranının %90 ve üzerine çıkarılması,
- 2- Tüm çocuklara kızamık aşılması için ikinci bir olanak tanınması,
- 3- Epidemiyoloji ve laboratuvar bilgilerinin paylaşımı-kaynaştırılması ile kızamık sürveyansının güçlendirilmesi,
- 4- Komplike kızamık olgularının bakımının iyileştirilmesi hedeflenmiştir (6).

DSÖ Avrupa Bölge Ofisi 2002 strateji planı "Kızamık Eliminasyon Programını" içermiş olup 2002-2010 yılları için hedefi vahşi kızamık virüsü geçişini durdurma (6, 7). Kızamık ülkemizde bildirimi zorunlu bir hastalıktır. Kızamık eliminasyon programı Türkiye'de Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberi'ne göre yürütülür. Program 2010 yılına kadar Türkiye'de yerli virus geçişini durdurmayı, ülkemize kızamık importasyonu sonucu gelen virusların yerleşmesini ve kızamığa bağlı ölümleri engellemeyi hedeflemiştir (4, 8, 9).

Türkiye'de 1969 yılında 66111 kızamık olgusu ve 532 kızamığa bağlı ölüm bildirilmiştir. Ülkemizde kızamık aşılama uygulaması 1970 yılında dokuzuncu ayda tek doz olarak başladı. 1981 yılında Genişletilmiş Bağışıklama Programı'na geçildi. İzleyen yıllarda yürütülen ulusal aşı kampanyaları sayesinde olgu sayıları belirgin olarak azaldı. İlk doz kızamık aşılama yaşı kızamık aşı günleri sonrası, kızamık bulaşma riskinin azalması ile, 1 Ocak 2006'da 12. aya yükseltildi ve

ilköğretim 1. sınıfta yapılacak ek doz ile iki doz olarak sürdürü (9, 15-17). Kızamık olgu sayısı 2000 yılında 16.244 iken, 2004 yılında 8927, 2005 yılında 6200, 2006 yılında 34, 2007 yılında üç olguya düşmüştür ve son olarak 2008 yılında yerli kızamık olgusu görülmemiştir. Ülkemizde 2002 yılından sonra kızamık enfeksiyonuna bağlı mortalite bildirilmemiştir (4, 18, 19).

#### **Kızamık enfeksiyonundan korunma**

Kızamık enfeksiyonundan korunmanın en etkili yolu aşılama. Kızamık aşısı ile korunmayan hemen hemen tüm çocuklar kızamığa yakalanmakta ve bunların %1-5'i ölmektedir. Günümüzde kullanılan aşı zayıflatılmış canlı aşıdır, dondurulmuş-kurutulmuş formdadır, 0,5 ml cilt altına yapılır. Kızamık aşısı ışığa ve ısıya duyarlıdır, +2 -+8 °C'de korunmalıdır. Uygun nakil ve saklama koşulları sağlanmadığında canlı aşının etkinliği azalabilir. Bu durum birincil aşı yetmezliğinin önemli nedenlerinden biridir. Kızamık aşısı kızamıkçık, kabakulak ya da suçiçeği aşıları ile birlikte olabilir ya da yalnızca kızamık aşısı olarak bulunabilir (9, 10, 17). Küresel olarak çocukların bir doz kızamık içeren aşı ile aşılama oranları 2007'de %82'dir (20). Ülkemizde 2008 yılı için kızamık aşılama oranları tam olarak kesinleşmemekle birlikte %97 olarak bildirilmiştir (21).

Ülkemizde 1 Temmuz 2006 tarihinden itibaren kızamık aşısı KKK (Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak) aşısı olarak kızamıkçık, kabakulak aşıları ile birlikte; ilk dozu 12. ayda, ikinci dozu ise ilköğretim birinci sınıfta olmak üzere iki doz uygulanmaktadır. Bir yaşından önce aşılanmış çocuklarda 12. aydan sonra başlamak üzere en az dört hafta ara ile iki doz kızamık aşısı yapılmalıdır. Kızamık aşısı diğer aşılarla aynı anda farklı bölgelerden uygulanabilir. Uygun biçimde aşılanan çoğu kişide kızamık aşısı ile ömür boyu bağışıklık kazanılmaktadır (8, 17).

Canlı kızamık aşısının temas sonrası ilk 72 saat içinde yapılmasının koruyucu olduğu gösterilmiştir. Eğer temas sonrası hastalık görülmezse aşılama daha sonraki temaslarda koruyucu olacaktır. İmmunglobulin duyarlı kişilere kızamık enfeksiyonunu önlemek ya da şiddetini azaltmak için temasın ilk altı günü içinde verilebilir. İmmunglobulin, komplikasyon riski fazla olan olgularda (gebelere, bir yaşından küçük bebekler, immün yetmezliği olanlar) kızamık enfekte kişi ile yakın temasta bulunulduğunda önerilir (8, 10).

#### **Aşı istenmeyen etkileri (4, 8, 10, 13, 17, 22):**

1. Aşılananların %5-15'inde, aşılama 5-12 gün sonra 39.4°C'nin üzerine çıkan ve birkaç gün süren ateş görülebilir. Bazı çocuklarda buna bağlı febril konvülsiyon gelişebilmektedir.

2. Aşılananların %5'inde ise geçici döküntüler olmaktadır.

3. Ensefalit ve ensefalopati gibi santral sinir sistemi bozuklukları bir milyon dozda bir olgudan daha az görülmektedir. Kızamık aşısı sonrası ortaya çıkan ensefalit ve ensefalopati insidansı, etyolojisi bilinmeyen ensefalit ve ensefalopati insidansından daha düşüktür. Bu durum ağır nörolojik bozuklukların kızamık aşısı ile ilgili olmadığını düşündürmektedir.

4. Kızamık aşısından sonra nadir de olsa trombositopeni görülebilir.

5. Nadiren kızamık aşısı uygulamalarından sonra hipersensitivite reaksiyonları gözlenmektedir. Bu reaksiyonların çoğu hafiftir, aşı yerinde kızarıklık, şişme ve ürtiker ile karakterizedir. Çok nadiren anafaktik reaksiyon gelişebilmektedir.

- Çalışmalar kızamık aşısı ile otizm arasında bir ilişki olmadığını göstermiştir.

- Kızamık aşısı SSPE gelişme riskini azaltmaktadır.

- İkinci kızamık aşılama sırasında yan etki sıklığı artmamaktadır.

#### **Kızamık aşılarının uygulamasında özel durumlar (8, 10, 17)**

1. Daha önceki kızamık aşısına karşı ya da aşının bileşenlerine karşı anafaksi öyküsü olanlara kızamık aşısı yapılmamalıdır. Jelatin ve neomisine anafaktik reaksiyonu olanlara kızamık aşısı önerilmez. Yumurtaya karşı alerjik reaksiyonu olanlarda kızamık aşısından sonra anafaksi son derece nadirdir ve deri testi aşı sonrası alerjik reaksiyon gelişeceğinin göstergesi olmadığı için kızamık aşılama öncesi deri testine gerek yoktur. Kızamık aşısından sonra anafaksi sıklığı yumurtaya karşı alerjik reaksiyonu olan çocuklarda artmamıştır.

2. Kızamık aşısı immün yetmezliği olan olgulara yapılmaz.

3. Gebelere ya da 28 gün içinde gebe kalmayı planlayanlara yapılmaz.

4. Trombositopenik purpura ya da trombositopeni öyküsü olanlarda, kızamık aşısı sonrasında daha yüksek oranlarda trombositopeni gelişebilmektedir. Karar, aşılanmanın getirdiği yarar ve aşılama ya da

kızamık hastalığı geçirmekle artan hastalığın alevlenmesi riski gözönüne alınarak yapılmalıdır.

5. Kan, kan ürünleri ve immunglobulin preparatları aşı virüsünün çoğalmasını etkilediği için kızamık aşı yanıtını etkileyebilir. Etkileme süresi verilen preparata bağlı olarak değişmektedir. Aşı yapılırken bu süreler göz önüne alınmalıdır.

6. Kızamık aşısı tüberküloz olgularında antitüberküloz tedavi başladıktan sonra yapılmalıdır.

7. Orta dereceli ve ağır ateşli hastalığı olanlar, hastalıkları iyileşir iyileşmez aşılanmalıdır. Bu erteleme ile hastalık belirtilerinin aşı yan etkileri olarak algılanması engellenmektedir. Üst solunum yolu hastalıkları, ishal gibi hafif hastalıklar ve kontrol altında bir enfeksiyon hastalığı için antibiyotik kullanımı aşılama için bir kontrendikasyon değildir.

8. Kızamık aşısı sonrası febril konvülsiyon olasılığı, aşılanan kişi ya da birinci dereceden akrabalarında konvülsiyon öyküsü olanlarda daha fazladır. Aşılamanın yararının var olan riskten daha fazla olması nedeni ile bu çocukların aşılanmaları gerektiği kararına varılmıştır. Bu çocuklarda antipiretiklerin ateşin beklendiği zamandan önce başlanması ve 5-7 gün süreyle sürdürülmesi önerilir.

Günümüzde kullanılmakta olan kızamık aşıları ile tüm dünyada kızamık olgu sayısı ve mortalite oranları belirgin biçimde azalmıştır. Bölgesel olarak bakıldığında 2000-2007 yılları arasında kızamık olgu sayısında en fazla azalma Amerika (%93) ve Afrika (%85) bölgelerinde, en az azalma ise Güneydoğu Asya bölgesinde (%12) gerçekleşmiştir (23). Kızamık eliminasyon programının başarı ile sürdürülmesi ve planlanan sürede vahşi kızamık virüsü geçişinin durdurulabilmesi için aşılama programının aksatılmadan yürütülmesi gerekir.

**İletişim:** Dr. Meda Kondolot

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

### Kaynaklar

- 1- World Health Organization. Challenges in global immunization and the Global Immunization Vision and Strategy 2006-2015. Weekly Epidemiological Record 2006; 81: 190-195. <http://www.who.int/wer/2006/wer8119.pdf>.
- 2- World Health Organization, United Nations Children's Fund. Immunization summary: the 2007 edition. A statistical reference containing data through 2005. [http://www.unicef.org/publications/files/Immunization\\_Summary\\_2007.pdf](http://www.unicef.org/publications/files/Immunization_Summary_2007.pdf)
- 3- Progress toward measles mortality reduction and elimination—Eastern Mediterranean Region, 1997-2007. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2008; 57: 262-7.
- 4- Yalçın SS. Kızamık Aşısı ve Kızamık Eliminasyon Programı. Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci 2007; 3: 40-48.
- 5- Progress in Reducing Measles Mortality Worldwide, 1999-2003. MMWR 2005; 54: 200-3.
- 6- World Health Organization, United Nations Children's Fund. Measles mortality reduction and regional elimination: strategic plan 2001—2005. World Health Organization, Geneva, Switzerland; 2001. <http://www.who.int/vaccines-documents/docspdf01/www573.pdf>
- 7- WHO. Eliminating measles and rubella and preventing congenital rubella infection: WHO European Region strategic plan 2005-2010. <http://www.euro.who.int/document/E87772.pdf>.
- 8- Kızamık Eliminasyon Programı, Kızamık Saha Rehberi, T.C Sağlık Bakanlığı, 2004.
- 9- Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberi, Ankara, T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Eylül 2005.
- 10- American Academy of Pediatrics. Measles. In: Pickering LK, Baker CJ, Long SS, McMillian JA, eds. Red Book 2006 Report of the Committee on Infectious Disease. 27th ed. Elk Grove Village, IL; American Academy of Pediatrics; 2006. p.441-452.
- 11- Perry RT, Halsey NA. The clinical significance of measles: A review. JID 2004; 189 (Suppl 1): S4-S16.
- 12- Redd SC, Markowitz LE, Katz SL. Measles vaccine. In: Plotkin SA, Orenstein WA. Vaccines. 3rd ed. Philadelphia: WB. Saunders Company; 1999. p.222-66.
- 13- Subacute sclerosing panencephalitis and measles vaccination. [http://www.who.int/vaccine\\_safety/topics/measles\\_sspe/Dec\\_2005/en/index.html](http://www.who.int/vaccine_safety/topics/measles_sspe/Dec_2005/en/index.html).
- 14- WHO-recommended surveillance standard of measles. [http://www.who.int/immunization\\_monitoring/diseases/measles\\_surveillance/en/](http://www.who.int/immunization_monitoring/diseases/measles_surveillance/en/).
- 15- Ceyhan M. Kızamık aşısı ve ülkemizdeki durum. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2005; 48: 206-8.
- 16- Güriş D, Bayazit Y, Ozdemirer U, ve ark. Measles epidemiology and elimination strategies in Turkey. J Infect Dis. 2003; 187 Suppl 1: S230-4.
- 17- Torunoğlu MA. Kızamık Hastalığı ve kızamık eliminasyon programı. Katkı Pediatri Dergisi 2006; 28: 632-49.
- 18- WHO vaccine-preventable diseases monitoring system 2007 global summary-country profile <http://www.who.int/vaccines/globalsummary/immunization/countryprofileresult.cfm?C=tur>.
- 19- Centralized information system for infectious diseases (CISID). <http://data.euro.who.int/cisid/>.
- 20- Global Immunization Data. [http://www.who.int/immunization/newsroom/GID\\_english.pdf](http://www.who.int/immunization/newsroom/GID_english.pdf)
- 21- Türkiye Sağlık Kurumunun Sağlık İstatistiklerine Yönelik Faaliyetleri, T.C Sağlık Bakanlığı, 1 Nisan 2009.
- 22- Vestergaard M, Hviid A, Madsen KM, et al. MMR vaccination and febrile seizures: evaluation of susceptible subgroups and long-term prognosis. JAMA 2004; 292: 351-7.
- 23- Progress in global measles control and mortality reduction, 2000-2007. [http://www.who.int/immunization\\_delivery/adc/measles/WER\\_Dec05\\_Progress2000\\_2007.pdf](http://www.who.int/immunization_delivery/adc/measles/WER_Dec05_Progress2000_2007.pdf).



*Dr. Erol Gürpınar\*, Dr. Mustafa K. Alimoğlu\*, Dr. Sümer Mamaklı\*\*,  
Dr. Levent Dönmez\*\*\**

### Öz

Tıp eğitimi ömür boyu süren bir eğitim olup mezuniyet öncesi, mezuniyet sonrası ve sürekli tıp eğitimi olarak üç döneme ayrılır. Mezuniyet öncesi dönem ile tıp fakültesi eğitimi, mezuniyet sonrası eğitim ile uzmanlık, doktora ve yüksek lisans eğitimi anlaşılmaktadır. Sürekli tıp eğitiminde ise her iki alanda da eğitimin yaşam boyu sürmesi ifade edilmektedir. Bu yazıda gerek dünyada gerekse ülkemizde birinci basamak hekimlerine yönelik sürekli tıp eğitiminin irdelenmesi amaçlanmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Birinci basamak, Sürekli eğitim, Tıp eğitimi.

Tıp eğitimi ömür boyu süren bir eğitim olup mezuniyet öncesi, mezuniyet sonrası ve sürekli tıp eğitimi olarak üç döneme ayrılır. Mezuniyet öncesi dönem ile tıp fakültesi eğitimi, mezuniyet sonrası eğitim ile uzmanlık, doktora ve yüksek lisans eğitimi anlaşılmaktadır. Sürekli tıp eğitiminde ise her iki alanda da eğitimin yaşam boyu sürmesi ifade edilmektedir. Bu yazıda, gerek dünyada, gerekse ülkemizde birinci basamak hekimlerine yönelik sürekli tıp eğitiminin irdelenmesi amaçlanmıştır.

Ülkemizde birinci basamak sağlık kurumları, hastaların büyük bir çoğunluğunun

### Abstract

Medical education is a lifetime learning process and mainly includes three major fields: undergraduate, postgraduate and continuous medical education. Undergraduate education is the period spent in medical school whereas postgraduate education includes specialty, doctorate and master degrees. The term "continuous medical education" refers to lifetime education in both of these fields. This article provides information about continuous medical education activities for primary care physicians in both national and international level.

**Key words:** Primary care, Continuous education, Medical education.

başvurduğu, sağlık sorunlarının büyük ölçüde çözüldüğü kurumlardır (1). Birinci basamakta çalışan hekimlerin 2007 yılında yaklaşık 107 milyon poliklinik hizmeti yaptığı ve bu hastaların yaklaşık %75'inin sorununun burada çözüldüğü, %25'i ise ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına sevk ettiği bilinmektedir (1, 2). Bu kadar büyük bir kitle ile karşılaşan hekimlerin kimi zaman bilgileri yeterli olmamakta ve yeni bilgilere gereksinim duymaktadırlar (3). Ayrıca çağımızın bilgi çağı olduğu düşünülürse, yılda iki milyondan fazla bilimsel çalışmanın yayımlandığı bir dönemde bilgi sürekli olarak değişmekte ve hekimlerin de bu değişen bilgileri öğrenme zorunluluğu ortaya çıkmaktadır (4). Bu eksiklerin giderilmesi ve yeni bilgilerin öğrenilmesi amacı ile sürekli tıp eğitiminin düzenli ve planlı olarak yapılması hastalara daha iyi ve doğru hizmetin ulaşmasını, ikinci ve üçüncü basamağa daha az hasta sevkini sağlar. Ayrıca hastanın hekime, hekimlerin kendine olan güvenini artırır.

Tüm bu gereksinime ve yararlılığına karşın ülkemizde şu an için birinci basamak hekimlerine yönelik düzenli eğitimler tam anlamı ile planlı bir biçimde yürütülmemektedir. Bu alanla ilgili olarak şu an



XII. Pratisyen Hekimlik Kongresi

\* Yrd. Doç.; Akdeniz Ü. Tıp Fak. Tıp Eğitimi AD, Antalya

\*\* Uzm.; Akdeniz Ü. Tıp Fak. Tıp Eğitimi AD, Antalya

\*\*\*Doç.; Akdeniz Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Antalya

ülkemizde çalışan kurumları incelediğimizde Sağlık Bakanlığı'nın, üniversitelerin ve Türk Tabipleri Birliği'nin uzun süredir kimi uygulama ve çalışmaları olduğunu görmekteyiz (2, 5, 6). Ancak bu çalışmalar arasında işbirliği, ortak etkinlikler ve ortak amaç gibi öğelerin yeterli olmadığı dikkat çekmektedir.

Birinci basamak sürekli tıp eğitimi ile ilgili dünyada yapılan uygulamaları incelediğimizde özellikle şunlara dikkat edildiği görülmektedir (7):

1. Organizasyon,
2. Gerekseim belirleme,
3. Eğitim süreci,
4. Motivasyon sağlama,
5. Değerlendirme.

### **Organizasyon**

Gelişmiş ülkelerde birinci basamakta sürekli tıp eğitiminin organizasyonunun genellikle o ülkenin hekim birliği (Türk Tabipleri Birliği gibi) gibi ulusal düzeyde kurumlarca düzenlendiği ve temel sorumluluğun bu kurumlarda olduğu görülmektedir. Bu kurumlar eğitim konusunun, eğitim verecek kurumun ve eğitim alacak kişilerin belirlenmesi, eğitimin sertifikalandırılması gibi görevleri üstlenmektedir.

### **Gerekseim belirleme**

Gerekseim belirleme sürekli tıp eğitiminin en önemli öğelerinden birisidir. Eğitim alacak kişilerin motivasyonunu sağlamada, eğitimin amacına ulaşmasında, sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılmasında son derece önemlidir. Gerekseim belirleme genellikle ulusal hekim birliklerinin yaptığı çalışmalar ile sağlanmaktadır. Genellikle şu dört aşama ile süreç gerçekleştirilmektedir.

- 1- Bireylerin gerekseimini belirleme,
- 2- Toplumun gerekseimini belirleme,
- 3- Kurumların gerekseimini belirleme,
- 4- İşin uzmanları ile görüşme.

Bu dört aşama sonrasında belirlenen gerekseimler doğrultusunda eğitim

programının çerçevesi belirlenmektedir.

### **Eğitim süreci**

Eğitim programının içeriğinin belirlenmesinin ardından gelen süreç eğitim verecek kurumun belirlenmesi aşamasıdır. Eğitim alacak kişilerin bulunduğu yere göre genellikle o bölgedeki üniversiteler ile işbirliğine gidilerek konunun uzmanları tarafından bu eğitim yürütülmektedir.

Eğitimler yetişkin eğitim ilkelerine göre planlanmakta; planlama ve sürece, kursa katılanlar da küçük grup ve sorun çözme temeline dayalı kurslar biçiminde eğitimler düzenlenmektedir. Son yıllarda teknolojinin giderek yaygınlaşmasının da etkisi ile sürekli tıp eğitimi uygulamalarının e-öğrenme gibi uygulamalar aracılığı ile çok sayıda kişiye ulaşma şansında doğmuştur (8, 9, 10). Bu gelişmeler eşliğinde, e-öğrenme biçiminde uzaktan eğitim uygulamaları ile yürütülen sürekli tıp eğitim örnekleri de bulunmaktadır.

### **Motivasyon artırıcı etmenler**

Eğitim sürecinde eğitimi alacak kişilerin motivasyonunu sağlama, eğitimin başarıya ulaşmasında son derece önemlidir: Motivasyonu artırma amacı ile genellikle şu uygulamaların yapıldığı dikkat çekmektedir:

- Eğitim konularının hekimlerin sık karşılaştığı sorunları içerecek biçimde yapılandırılmasına özen gösterilmektedir.
- Belirli zamanlarda yeterlilik sınavları (board) uygulayan örnekler bulunmaktadır. Eğitim alacak kişiler bu sınavda başarılı olabilmek için düzenlenen kurslara katılmada daha istekli olmaktadır.
- Eğitim sonunda sertifikasyon ya da resertifikaasyon da motivasyon sağlayıcı bir etmendir.

### **Değerlendirme**

Düzenlenen eğitim sonunda yapılan değerlendirmelerde de, yöntem olarak önerilen ve kullanılan değerlendirme aracının genellikle portfolyo uygulaması olduğu görülmektedir (7).

### **Dünyada Sürekli Tıp Eğitimi**

Kuzey Amerika, Avustralya ve Avrupa'da sürekli tıp eğitimi veren kuruluşların linkine aşağıdaki internet adresinden erişilebilmektedir.

[http://directory.google.com/Top/Health/Medicine/Education/Continuing\\_Medical\\_Education/](http://directory.google.com/Top/Health/Medicine/Education/Continuing_Medical_Education/)

Dünyada birinci basamakta sürekli tıp eğitimi akredite eden kuruluşlar

Accreditation Council for Continuing Medical Education (ACCMPE)  
American Board of Quality Assurance and Utilization Review Physicians  
American Academy of Continuing Medical Education (AACME)  
American College of Physician Executives (ACPE)  
American Academy of Family Physicians (AAFP)





XII. Pratisyen Hekimlik Kongresi

Bu ülkelerde sürekli tıp eğitimi akredite eden bir kuruluş olup, sertifikasyon sorumluluğu da bu kuruluşlara ait olmaktadır. Üniversitelerde ise sürekli tıp eğitimi, tıp eğitiminden sorumlu birimlerin (merkez, anabilim dalı, ofis ya da kurul) aktiviteleri altında yer almakta, bu birimler düzenli kurslar (online ya da klasik) düzenlemekte ve ayrıca sürekli tıp eğitiminde kullanılması olası bilgileri web sitelerinde sürekli olarak sunmaktadır.

Ayrıca dernekler kendi ilgi alanları ile ilgili sürekli tıp eğitimi etkinliklerini (örneğin Amerikan kanser derneği onkoloji alanında) gerek internet aracılığıyla, gerekse canlı konferanslarla ve eğitim çalışmaları ile sürdürmektedir (11).

Dünyada birinci basamakta sürekli tıp eğitimi akredite eden kuruluşların belli başlı olanları aşağıda sıralanmıştır. Bu kuruluşlar aynı zamanda eğitim çalışmaları da düzenlemektedir.

Ayrıca uzmanlık derneklerinin birinci basamağa yönelik alt grupları sürekli tıp eğitimi etkinlikleri düzenlemektedir ve yukarıda sayılan kuruluşların akreditasyonuna tabidirler. Bunlardan en bilinen bazıları şöyle sıralanabilir:

European Board for Accreditation in Cardiology

European Respiratory Society

International Primary Care Respiratory Group

Pan American Allergy Society  
American Association for Respiratory Care  
ECAH, European Council for Accreditation  
in Hematology  
American Heart Association

### Sonuç

Ülkemizde birinci basamakta sürekli tıp eğitiminin gerekli ve yararlı olacağı, bu tür eğitimlere ihtiyaç olduğu bilinmektedir. Bu gereksinim giderilmesi için yukarıda sayılan öğelerin de dikkate alınarak eğitimlerin planlanması son derece önemlidir. Bu alanda gelişmiş ülkelerdeki örnekler gibi, ülkemizde de planlama, örgütlenme, uygulama değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır. Bu konuda Sağlık Bakanlığı, üniversiteler Türk Tabipleri Birliği işbirliği ve ortak çalışma gerçekleştirilmelidir.

**İletişim:** Dr. Erol Gürpınar

**E-posta:** erolgurpinar@akdeniz.edu.tr

### Kaynaklar

- 1- Bayındır Ü, Türkiye de Tıp Sağlık Bilimleri alanında eğitim ve insan gücü planlaması, Mevcut Durum ve 2013 Yılı Vizyonu. Tıp Sağlık Bilimleri Eğitim Konseyi Başkanlığı, 2008, Ankara.
- 2- www.saglik.gov.tr
- 3- Fişek N. Prof. Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları. TTB yayını; 1999. Ankara.
- 4- Terzi C, Toplum Sağlığına Bir Köprü Tıp Eğitimi, İletişim Yayınları, 2001, Ankara.
- 5- www.ttb.org.tr
- 6- <http://www.ctf.istanbul.edu.tr/stek/stek.htm>
- 7- Hans AH, Continuing medical education, BMJ 1998;316:621-624
- 8- Ridgway F, Sheikh A, Sweeney Jk, Evoy D, Mcdermott E, Felle P, Hill A, Higgins Jn., "Surgical E-Learning: Validation Of Multimedia Web-Based Lectures", Medical Education, 2007;41:168-172.
- 9- Corte Df, Mura Lf, Petrino R "E-Learning As Educational Tool in Emergency And Disaster Medicine Teaching", Minerva Anestesiol, 2005;71:181-195.
- 10- Grundman J, Wigton R, Nickol D "You Have Got Mail: Distance Education" Academic Medicine, 2000;75:10:47-49.
- 11- <http://www.mic.ki.se/CME.htm>.



## Niemann-Pick Hastalığı Tip B, Akciğer Tutulumu

Niemann-Pick Hastalığı (NPH) sfingomyelinaz enzim üretiminde yetersizlik sonucu çeşitli organlarda sfingomyelin birikimiyle giden otozomal resesif kalıtılan nadir bir lipid depo hastalığıdır. NPH tip B başta karaciğer, dalak ve akciğer olmak üzere visseral tutulumun ön planda olduğu, santral sinir sistemi etkileniminin olmadığı tiptir (1). Genel olarak NPH erken çocukluk döneminde ölümle sonuçlanan ciddi bir seyir gösterir. Bununla birlikte, NPH tip B hastaları yavaş bir klinik seyir göstererek, geç çocukluk ya da genç erişkinlik döneminde ortaya çıkan restriktif solunum sorunları ve kor pulmonale ile başvurabilirler (2,3). NPH Tip B'de progresif pulmoner tutulum major morbidite ve mortalite nedenidir (4). Akciğer radyografisi özellikle alt akciğer bölgelerinde septalar, retiküler ya da retikülonodüler opasiteler gösterir ve hastalığa özgül değildir (2-5). HRCT bulguları özellikle alt akciğer kısımlarında, interlobuler septal kalınlaşmalarla birlikte buzlu cam görünümüleri şeklindedir (2, 3, 4, 5). Bu HRCT bulguları patognomonik olmamakla birlikte tanıyı destekleyicidir. Benzer bulgular pulmoner ödem, lenfoma ya da karsinomanın lenfatik yayılımı, pulmoner alveolar proteinozis ve amiloidozda da görülebilir (2). Hastanın sağlık öyküsünün, hepatosplenomegali varlığı ve görüntüleme bulgularıyla birlikte değerlendirilmesi tanıya yönlendiricidir. Kesin tanı karaciğer ya da kemik iliği biyopsileri ve sfingomyelinaz enzim çalışmalarıyla konulur (6-7). Hastamız hastanemizde 10 yıl önce karaciğer biyopsisi ve sfingomyelinaz enzim çalışması ile Niemann-Pick Hastalığı tanısı almıştı.

NPH tip B progresif pulmoner tutulumun spesifik bir tedavisi yoktur. Literatürde steroid tedavisi, tüm akciğerleri bronkoalveoler lavaj ile yıkama, kemik iliği transplantasyonu denenmiş ve olumlu sonuçlar alınmıştır (4-8-9).

**İletişim:** Dr. Dr. Nilgün Erkek

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

### Kaynaklar

- 1- Minai OA, Sullivan EJ, Stoller JK. Pulmonary involvement in Niemann-Pick disease: case report and literature review. *Respir Med.* 2000; 94: 1241-1251.
- 2- Duchateau F, Dechambre S, Coche E. Imaging of pulmonary manifestations in subtype B of Niemann-Pick disease. *Br J Radiol.* 2001;74:1059-1061.
- 3- Ferretti GR, Lantuejoul S, Brambilla E, Coulomb M. Pulmonary involvement in Niemann-Pick disease subtype B: CT findings. *J Comput Assist Tomogr.* 1996; 20: 990-992.
- 4- Wasserstein MP, Desnick RJ, Schuchman EH, Hossain S, Wallenstein S, Lamm C, McGovern MM. The natural history of type B Niemann-Pick disease: Results from a ten year longitudinal study. *Pediatrics.* 2004;114: 672-677.
- 5- Lachman R, Crocker A, Schulman J, Strand R. Radiological findings in Niemann- Pick disease. *Radiology.* 1973;108:659-664.
- 6- Rodrigues R, Marchiori E, Müller NL. Niemann-Pick disease: High -Resolution CT findings in two siblings. *J Comput Assist Tomogr.* 2004;28:52-54.
- 7- Long RG, Lake BD, Petit JE, et al. Adult Niemann-Pick disease. Its relationship to the syndrome of the sea -blue histiocyte. *Am J Med.* 1977;62:627-635.
- 8- Victor S, Coulter JB, Besley GT, Ellis I, Desnick RJ, Schuchman EH, Vellodi A. Neman-Pick disease: sixteen year follow-up of allogenic bone marrow transplantation in a type B variant. *J. Inherit. Metab. Dis.* 2003;26:775-785.
- 9- Nicholson AG, Wells AU, Hooper J, Hansell DM, Kelleher A, Morgan C. Successful treatment of endogenous lipid pneumonia due to Niemann-Pick type B disease with whole-lung lavage. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2002;165:128-131.



*Dr. Semih Tatlıcan\*, Dr. Cemile Eren\*\*, Dr. Fatma Eskiöğlü\*\*\**

### Öz

Mesleki kontakt dermatitler mesleki dermatozlar arasında en sık görülen hastalık grubudur. Mesleki kontakt dermatitler başlığı altında akut iritan, kronik kümülatif iritan ve alerjik kontakt dermatit yer almaktadır; ayrıca kontakt ürtikerden de kısaca söz edilecektir. Mesleki kontakt dermatitler en sık ellerin dış yüzeyinde görülür ve kimyasal maddelere karşı gelişir. Akut iritan dermatit güçlü asid ve alkalilere karşı gelişirken, kronik kümülatif kontakt dermatit su, sabun, deterjan sonucu oluşmaktadır. Akut tip saatler içerisinde ortaya çıkabilen, eritem, vezikül ve bül oluşumu ile karakterize şiddetli bir klinik tablo iken; kronik tip, deri sertleşmesi, kabuklanmalar, çatlaklar ve likenifikasyon ile karakterize bir grup deri değişikliği şeklinde ortaya çıkar. Alerjik kontakt dermatit iritan dermatitin aksine immünolojik mekanizmalar ile ortaya çıkan bir gecikmiş tip aşırı duyarlılık reaksiyonudur. İritan dermatitin aksine etken madde ile temas eden deri bölgesi ile sınırlı olmayabilir. Bu durumda sıklıkla göz kapakları, yüz ve genital bölge tutulumu ayırıcı tanıda yardımcıdır. Mesleki kontakt dermatitler tedaviye dirençli ve tekrarlama eğiliminde oldukları için kişinin yaşam kalitesinde düşüklük ve iş gücü kaybına yol açarlar. Koruyucu önlemler, basit kişisel koruyucu önlemlerden endüstriyel otomatizasyonun artırılmasına dek uzanır. Tedavide topikal steroidler ve nemlendiriciler ön sırada yer alır.

**Anahtar sözcükler:** Mesleki dermatit, Kontakt egzema, Dermatit, Alerjik kontakt dermatit.

### Giriş

Mesleki kontakt dermatitler mesleki deri hastalıklarının %90'nına yakın bir bölümünü oluştururlar (1). Mesleki kontakt dermatit terimi dışsal kimyasal ya da fiziki etmenlerle doğrudan temas sonucunda oluşan enflamatuvar deri değişikliklerini tanımlamaktadır (2). İritan kontakt dermatit, alerjik kontakt dermatit ve kontakt ürtikeri kapsamaktadır (1). Kontakt dermatit %70-80 oranında iritan, %20-25 oranında alerjiktir ve kontakt ürtiker %5'ten daha az bir kısmı oluşturur (1). Kontakt dermatit %90 oranında kimyasal maddelere karşı oluşur (1, 2).

Kontakt dermatit en sık ellerde ortaya çıkar.

### Abstract

Occupational contact dermatitis is the most common group of diseases among the occupational dermatoses. Here, acute irritant, chronic cumulative irritant and allergic contact dermatitis is discussed under the topic of occupational contact dermatitis and contact urticaria is mentioned briefly. Occupational contact dermatitis is most commonly seen on the extensor surfaces of hands and occurs as a reaction against chemical agents. While acute irritant dermatitis develops with strong acids and bases, chronic cumulative contact dermatitis develops with water, soap, detergents and weak acids and bases. The acute type is the severe form characterized by erythema, vesicles and blisters occurring within hours while the chronic type is characterized by skin changes including hardening of the skin, crusting, fissuring and lichenification. Allergic contact dermatitis differs from irritant dermatitis that it represents a delayed type hypersensitivity reaction mediated by immunologic mechanisms. In contrast to irritant dermatitis, it is not limited to the body areas in contact with the agent. Involvement of the eyelids, face and genital region is helpful in differential diagnosis. Being resistant to therapy and recurrent in nature, occupational dermatoses result in loss of work force and poor life quality. Preventive measures are composed of a spectrum of precautions from simple personal behaviors to the improvement of industrial automation. Topical steroids and emollients constitute the principals of the treatment.

**Key words:** Occupational dermatitis, Contact eczema, Dermatitis, Allergic contact dermatitis.

İritan dermatit ellerin ve parmakların dış yüzlerini avuç içinden daha sık tutar. Ayrıca eller ve ön kollar da sıklıkla etkilenir. Toz, duman ve buhar yoluyla etkileşim olduğunda alın, göz kapakları, yüz, kulaklar, boyun da etkilenebilir. Avuç içi ve ayak tabanı kalın stratum korneum nedeniyle görece korunmadadır. Erkek genital organları sık tutulan bölgelerdendir (1-4).

**İritan Kontakt Dermatit** (Resim 1, Resim 2)

Primer iritan bir madde, kimyasal ve fiziksel

\*Uzm.; SB Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Ankara

\*\*Asis.; SB Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Ankara

\*\*\*Klinik Şefi; SB Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Ankara



**Resim 1. Kronik İrritan Dermatit; Akut atak.** Elin sırtında kuruluk, çatlaklar, eritem ve parmaklarda daha belirgin ödem



**Resim 2.** Kronik Kümülatif İrritan Dermatit. Kaşınıtılı, iyi sınırlı, kabuklu ve yer yer çatlaklar gösteren yama-plak tarzı lezyon

özellikleri ile direkt temas sonucunda deride bir takım enflamatuvar değişikliklere yol açabilen maddedir (1-4). İrritan kontakt dermatit akut irritan kontakt dermatit ve kronik kümülatif irritan kontakt dermatit olarak ikiye ayrılır (1-4). İrritan kontakt dermatit, immünolojik olmayan mekanizmalar ile irritan maddenin oluşturduğu hücrel hasar sonucu gerçekleşir (3).

#### **Akut İrritan Kontakt Dermatit**

Akut irritan kontakt dermatit genellikle güçlü irritan maddeler ile temas sonucunda oluşur.

Güçlü irritanlar arasında güçlü asidler, alkaliler, aromatik aminler, fosfor, etilen oksit, metal tuzları ilk sırayı alırlar (1). İrritan maddeyle yeterli konsantrasyonda ve sürede "bir kez temas" reaksiyonun oluşması için yeterlidir. Temas ve reaksiyon arasındaki süre 24 saatten azdır. Hastaların çoğunluğu kazayla irritan maddelerle temas eden kişilerdir. Reaksiyon temas bölgesiyle sınırlıdır. Klinik olarak sadece eritemden, vezikülasyon, ödem, eksudasyon oluşumu ve doku nekrozuna kadar uzanabilir. İyileşme 3-4 günden 2-3 haftaya kadar uzayabilir (1-5).

#### **Kronik Kümülatif İrritan Kontakt Dermatit**

En sık görülen mesleki kontakt dermatit olguları, kronik kümülatif irritan kontakt dermatit olgularıdır. Bunların çoğunluğu "zayıf" irritanlara kümülatif ve tekrarlayan şekilde maruziyet ile oluşur. Zayıf (marjinal) irritanlar olarak; su, sabun, deterjanlar, çözücüler, madeni yağlar, fiberglas, parçacıklı tozlar sayılabilir. Lezyon, vücudun başka bölgelerine yayılmaz; yalnızca temas olan yer ile sınırlıdır. Kronik kümülatif irritan kontakt dermatit, akut tipte olduğu gibi çok belirgin bir klinik tablo oluşturmaz, daha çok anormal deri değişikliklerden oluşan bir klinik spektrum olarak düşünülmelidir. Ortaya çıkan deri değişiklikleri etken maruziyetin süresi, sıklığı ve etkenin miktarı ile doğrudan paralellikler gösterir. Kronik kümülatif irritan kontakt dermatitte, kabuklanma, soyulmalar, likenifikasyon ve deri sertleşmesi görülürken vezikül ve bül oluşumu pek görülmez (1-5).

#### **Sık Karşılaşılan Kronik Kümülatif İrritan Dermatit Nedenleri (3, 6)**

Sabun ve deterjanlar  
Çimento  
Çözücüler  
Madeni yağlar  
Pestisidler  
Plastikler  
Resinler  
Lastik ürünleri  
Zayıf asid ve alkaliler

#### **Alerjik Kontakt Dermatit (Resim 3)**

Endüstriyel maddelerin bir kısmı potansiyel kontakt alerjenlerdir. İrritan dermatite oranla daha az sıklıkta görülür. Birincil irritasyonun tersine, hücrel immünite aracılı gecikmiş tip hipersensitivite reaksiyonudur. "Duyarlaştırıcı"



**Resim 3. Alerjik Ekzematöz Kontakt Dermatit:** Periorbital ödem, eritem ve vezikülyasyon; vücudun başka bir bölgesindeki kontakt dermatit var

maddeler, etki mekanizması ve deride oluşan sonuçlar ile primer iritanlar arasında karmaşık bir ilişki bulunmaktadır. Bazı iritanlar aynı zamanda duyarlaştırıcı olup daha önce hiçbir soruna yol açmadıkları halde çok düşük non-irritan konsantrasyonlarda kişiyi duyarlı duruma getirebilirler. Kümülatif iritan dermatit deriyi "yorarak" alerjik reaksiyonlara yol açabileceği gibi, deride kuvvetlenme-sertleşmeye yol açarak kişiyi koruyabilir. Birincil iritanlara sürekli derinin bariyer fonksiyonunu bozarak potansiyel alerjenlerin girişine yol açabilir. Kontakt dermatit varlığı deriyi iritan maddelerin etkisine daha açık hale getirebilir. İritan ve alerjik kontakt dermatit aynı kişide aynı anda oluşabilir (3, 6, 7). Yama testi alerjik kontakt dermatiti kümülatif iritan dermatitten ayırmakta kullanılabilir (1).

Alerjik kontakt dermatitin oluşması için kişinin söz konusu alerjene karşı duyarlanması gerekir. Duyarlanma süresi genellikle 7-21 gün arasında değişir, sonraki maruziyette deri değişiklikleri 24 saat içerisinde ortaya çıkar (1, 7). Alerjik egzematöz kontakt dermatit ise alerjen madde ile temas sonrasında, temasın olmadığı bölgelerde de egzematöz değişikliklerin görülmesidir. Alerjik egzematöz kontakt dermatitte, temas dışındaki bölgelerde özellikle göz kapakları ve genital bölgede eritem, ödem, büll ve sulanma görülür (1,3, 6,7).

#### **Kontakt ürtiker**

Kontakt ürtiker, temas bölgesinde eritem, kabarıklık ve kaşıntı ile karakterizedir. Tip 1

#### **Mesleki Alerjik Kontakt Dermatitin Sık Nedenleri (3, 6, 7)**

Sarmaşık zehiri  
Nikel  
Krom  
Altın  
Civa  
Parafenilendiamin  
Azo boyaları  
Formaldehid  
Lastik ürünler  
Plastik ürünler (resinler)  
Neomisin  
Benzokain  
Fragranslar  
Etilendiamin  
Antioksidanlar

immünolojik mekanizmalar ile olabileceği gibi non-immünolojik mekanizmalarla da ortaya çıkabilir. Genellikle birkaç saat içinde ve iz bırakmadan kaybolur. Hastaların az bir kısmında (% 15) ise deri dışı; solunum sistemine yakınmalara yol açabilir (3).

#### **Tanı**

Tanı koymada tıbbi-mesleki öykü ve dermatolojik muayene temel öneme sahiptir (8). Mesleki maruziyet ile dermatitin oluşumu arasındaki zamansal uyum, dermatitin anatomik dağılımının tipik oluşu, klinik görünüm, işyerinde potansiyel iritan ve alerjen maddelerin bulunduğu bilinmesi, aynı işte çalışan diğer kişilerde de benzer deri döküntülerinin görülmesi ve izin dönemlerinde yakınmaların azalması mesleki kontakt dermatit tanısı koymada yardımcı olur. Deri yama testleri, iritan dermatit tanısında yerlerinin olmaması ve alerjik kontakt dermatitli hastalarda yanlış pozitif reaksiyonların sık olması nedeniyle sınırlı bir yere sahiptir (2, 3 ,8).



İritan dermatit ile alerjik dermatit ayırımını temin eder. Tip 4 gecikmiş tip aşırı duyarlılık.

### Korunma ve tedavi

Mesleki kontakt dermatitler çok yaygın olmaları ve tedaviye dirençli olmaları nedeniyle hastanın yaşam kalitesini düşüren, tedavi maliyeti yüksek olabilen ve işgücü-verimlilik kaybına yol açan hastalıklardır. Korunma temel öneme sahiptir. Kişisel hijyen kurallarına dikkat edilmesi (çok sık el yıkamanın da kronik kümülatif kontakt dermatite yol açabileceği unutulmadan), işyerinde iş elbisesi giyilmesi (irritan maddeye daha az maruziyeti sağlar) ve doğrudan temasın azaltılması (özellikle astarlı eldiven giyilmesi önemlidir- lastik eldivenlere bağlı kontakt dermatitlerin sık olduğu unutulmamalıdır) basit ve etkili korunma yöntemleridir. Çevresel faktörler açısından irritan olduğu bilinen maddelerin daha az kullanılması, endüstriyel otomasyon ve iş-işçi sağlığı hizmetlerinin yerinde verilmesi ile işçilerin konuyla ilgili temel bilgi düzeylerinin artırılması önemlidir (9, 10).

Tedavide akut maruziyetin ortadan kaldırılması, topikal nemlendirici ve steroidler, oral antihistaminikler ve bazen de sistemik steroid kullanımı gereklidir (11).

**İletişim:** Dr. Semih Tatlıcan

**E-posta:** tatlican.semih@gmail.com

### Kaynaklar

- 1- Nixon R, Frowen K, Moyle M. Occupational dermatoses. Aust Fam Physician 2005; 34: 327-33.
- 2- Lushniak BD. Occupational contact dermatitis. Dermatol Ther 2004; 17: 272-7.
- 3- Beltrani VS. Occupational dermatoses. Curr Opin Allergy Clin Immunol 2003; 3: 115-23.
- 4- Slodownik D, Lee A, Nixon R. Irritant contact dermatitis: a review. Australas J Dermatol 2008; 49: 1-9.
- 5- Fyhrquist-Vanni N, Alenius H, Lauerma A. Contact dermatitis. Dermatol Clin. 2007; 25: 613-23.
- 6- Antezana M, Parker F. Occupational contact dermatitis. Immunol Allergy Clin North Am 2003; 23: 269-90.
- 7- Diepgen TL, Weisshaar E. Contact dermatitis: epidemiology and frequent sensitizers to cosmetics. J Eur Acad Dermatol Venereol 2007; 21 Suppl 2:9-13.
- 8- Mathias CG. Contact dermatitis and workers' compensation: criteria for establishing occupational causation and aggravation. J Am Acad Dermatol 1989; 20: 842-8.
- 9- Mathias CG. Prevention of occupational contact dermatitis. J Am Acad Dermatol 1990; 23: 742-8.
- 10- Estlander T, Jolanki R. How to protect the hands. Dermatol Clin 1988; 6: 105-14.
- 11-Diepgen TL, Agner T, Aberer W, Berth-Jones J, Cambazard F, Elsner P, McFadden J, Coenraads PJ. Management of chronic hand eczema. Contact Dermatitis 2007; 57: 203-10.

sted  
okur

### STED Okurları Haberleşme Grubu

STED okurların birbirleriyle ve STED'i hazırlayanlarla iletişimini geliştirmek ve canlandırmak amacıyla oluşturduğumuz haberleşme grubuna İnternet'te; <http://groups.yahoo.com/group/stedokur> adresinden ulaşabilirsiniz.

Henüz Grup'a üye değilseniz, sayfadaki ([Join This Group](#)) linkine tıklayarak üye olabilir, Grup'ta yürütülen tartışmalara katılarak siz de Dergimiz'in oluşumuna katkıda bulunabilirsiniz.

STED Yayın Kurulu

	<b>STED'den</b>	I		<b>Yayın Yönetmeni'ne Mektup "TDr."</b>	VI
	<b>STED Yazarlarına Bilgi</b>	II		<b>Yaşlı Sağlığı "Yaşlılıkta Bedensel Etkinlik Uygulamaları"</b>	X
	<b>Türkiye'nin Sağlığını Okumak "Yataklı Tedavi Kurumları"</b> <i>Dr. Onur Hamzaoğlu</i>	IV		<b>Ödüllü Bulmaca</b>	XIV
	<b>TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2009</b>	V			

## STED Yazarlarına Bilgi



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

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

- Yazılar daha önce başka yerde yayımlanmamış olmalıdır.
- Konuların işleme biçimi sorun çözümüne yönelik olmalıdır.
- Yazılarda yalın, anlaşılır Türkçe kullanılmalı; Türkçe karşılığı olan yabancı sözcük kullanılmamalıdır.
- Kapsayıcı ve insancıl bir dil kullanılmalı, cinsel ya da ırksal yan tutmadan kaçınılmalıdır.
- Yazılar birinci basamak sağlık hizmetine katkı sağlayacak nitelikte olmalı; bu nedenle konuların en sık rastlanan sorunlara yönelik olmasına, hastalıkların en çok görülen biçim ve yönlerinin vurgulanmasına özen gösterilmelidir.
- Makale, aşağıda belirtilen bölümlerden oluşmalı, bölümlerin her birine yeni bir sayfa ile başlanmalıdır.

#### 1. Başlık Sayfası: Bu sayfada bulunması gerekenler:

- **Başlık:** Kısa (en fazla 90 karakter), yeterince bilgi verici ve ilgi çekici olmalıdır.
- **Yazarlar:** Her yazarın en üst akademik derecesi, çalıştığı kuruluş ve iletişim bilgileri ile adı, ikinci adı varsa baş harfi ve soyadı belirtilmelidir. Yazar olarak gösterilen herkes yazarlığa hak kazanmış olmalıdır. (Bkz, STED Temmuz 2004 ya da [www.ttb.org.tr/STED/sted\\_yazar.pdf](http://www.ttb.org.tr/STED/sted_yazar.pdf))

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

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

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

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

**3. Giriş:** Bu bölümde, makale ile ilgili ön bilgiler, amaç, gerekçe belirtilmelidir. Bu bölümde ilgili kaynaklar dışında bilgi verilmemeli, çalışmanın veri ve sonuçları bulunmamalıdır.

Bu bölümün sonunda çalışmanın amacı ve gerekçesi açıklanmalıdır.

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

**5. Sonuçlar:** Bulguları metin, tablo ve şekiller üzerinde gösteriniz. Metin içinde önemli verileri vurgulayıp özetleyiniz.

Teknik ayrıntılar ek olarak verilebilir. Bulguları, sayı ve yüzde olarak belirtiniz. Verilerin, en uygun tablo, şekil ve grafiklerle gösterilmesi için çaba harcanmalıdır.

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

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

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

#### Tipik dergi makalesi

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

ya da

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

#### Kitap

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

#### Kitap bölümü

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

#### Web Sitesi

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

#### Kaynak göstermede diğer özellikler ve özel durumlar için Bkz,

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

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

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

#### 10. Şekiller ve Fotoğraflar

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

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

#### Yazılarda Uygulanacak Biçimsel Özellikler Kılavuzu

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### Metinlerin Gönderilmesi

Metinler, tüm yazarların imzaladığı bir üst yazıyla gönderilmelidir. ([www.ttb.org.tr/STED](http://www.ttb.org.tr/STED) adresinden **Yayın Hakkı Devir Formu'na erişebilirsiniz.**) Bu yazıda metnin tüm yazarlarca okunduğu ve onaylandığı, yazarlık hakkı koşullarının gerçekleştiği belirtilmelidir.

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

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





Dr. Onur Hamzaoğlu\*

**Tablo.** Türkiye'deki hastaneler ve kurumlara göre bazı göstergeler (2007)

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel
Hastane sayıları	849	56	365
Yatak sayıları ve yüzdeleri	1 352 408 (73.9)	29 700 (16.2)	17 995 (9.8)
Yatan hasta sayısı	5 685 000	1 263 000	1 782 000
Ortalama kalış süresi (gün)	5	7	2
Yatak işgal oranı (%)	67	85	59
Yatak devir hızı (hasta)	52	45	53
Yatak devir aralığı (gün)	2	1	2

Türkiye'de bütün kurum ve kuruluşlar dikkate alındığında, 2007 yılında 1318 yataklı tedavi kurumu, 200 883 hastane yatağı bulunmakta ve onbin kişiye 28.5 hastane yatağı düşmektedir. En fazla hastane yatağına sahip üç kurum sırasıyla, Sağlık Bakanlığı (SB), üniversiteler ve özel sektördür.

SB hem hastane hem de yatak sayısı bakımından birinci sıradadır. Özel sektör hastane sayısında ikinci, yatak sayısında ise üçüncü sıradadır. Bununla birlikte, hastane başına ortalama yatak sayısı üniversite hastanelerinde 536, SB hastanelerinde 159 iken, özel hastanelerde 49'dur. Başka bir ifadeyle, sözü edilen 3 kurumdaki yatakların %74'ü SB, %16'sı üniversite ve %10'u özel sektör yataklı tedavi kurumlarına aittir (Tablo). Özel sektörün hastane işletmeciliğinin şimdilik "butik hastane" ciliği tercih ettiği görülmektedir. Söz konusu veriler özel hastanelerin "sağlık sektöründe kamu yararı için mi var" sorusunu bir kez daha sorgulatici niteliktedir.

Yataklı tedavi kurumlarının faaliyetlerini değerlendirmek için kullanılan göstergelerden birisi olan yatak devir hızı, bir hastane yatağının yıl içinde kaç hasta tarafından kullanıldığını gösterir. Bir hastane yatağını 2007 yılında, özel hastanelerde 53 hasta, SB hastanelerinde 52 hasta kullanabilirken, üniversite hastanelerinde ancak 45 hasta kullanabilmiştir (Tablo). Bu verileri iki şekilde değerlendirmek mümkündür. İlki, üniversite hastaneleri diğerlerine göre daha az tercih edilmekte ya da tercih edilmemekte ve böylece yataklar boş kalmaktadır. İkincisi de

yatan hastaların endikasyonları uzun süreli yatışı gerektirmektedir. SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün yayımladığı bilgiler ışığında bu yazıda sınırlı da olsa bu iki soruya yanıt arayacağız.

Hastane yataklarının ilgili yıl boyunca hasta tarafından kullanımını gösteren yatak işgal oranı, özel hastanelerde %59, SB hastanelerinde %67 ve üniversite hastanelerinde %85'dir (Tablo). Bu veriler üzerinden bir hesaplama yaptığımızda, 2007 yılında, üniversite hastanelerinde yatakların her birinin 310 gün dolu olduğu, SB hastanelerinde 245 gün ve özel hastanelerde 215 gün dolu olduğu görülmektedir. Bunun yanı sıra, hastalar ortalama olarak özel hastanede iki gün, SB hastanelerinde beş gün yatarken, üniversite hastanelerinde yedi gün yatmaktadır (Tablo). Ortalama hastanede kalış süresi özel hastanelere göre SB hastanelerinde 2.5, üniversite hastanelerinde ise 3.5 kat daha fazladır. Bu durum; son yıllarda hastane infeksiyonlarına karşı mücadelede en önemli uygulamalardan birisi olan, en kısa sürede hastaların taburcu edilmesi uygulamasının ülkemizde de kabul gördüğü ve kullanıldığı da göz önüne alındığında; yatırılan hastaların tanılarının farklılığı ile açıklanabilir. Özetle, uzun süreli yatışı -bakımı- gerektiren hastaların genel olarak özel hastaneler tarafından tercih edilmemekte olduğunun bir göstergesi olarak değerlendirilebilir. Başka bir karşılaştırmayı, bir hastane yatağına bir hasta taburcu olduktan ya da öldükten kaç gün sonra yeni bir hastanın yatırıldığını gösteren yatak devir aralığı üzerinden yapabiliriz. Bu göstergeye göre özel

hastanelerde ve SB hastanelerinde hasta yatakları iki gün boş kalırken, üniversite hastanelerinde bir gün boş kalmaktadır. Yukarıdaki sorularımıza dönecek olursak, görünen o ki özel hastaneler ve onlara uydurulma –benzetilme- çabasındaki devlet hastaneleri bir tarafta, üniversite hastaneleri öbür taraftadır. Bu tablo yalnızca bir sonuçtur. Nedeni ise ekonomik politikaların belirleyiciliğinde biçimlenen sağlık politikalarıdır. Ocak-Şubat 2009 sayımızda da gördüğümüz gibi, Hükümet, ülke nüfusunun

%80'inden fazlasını kapsayan kamu sigorta kurumu olarak Sosyal Güvenlik Kurumu üzerinden özelden hizmet satın alınmasını öncelemektedir. Bu siyasi bir tercihtir. Bunu sorunlu bulanların çözüm önerileri de siyasi olmak durumundadır.

**İletişim:** Dr. Onur Hamzaoğlu

**E-posta:** ohamzaoglu@kocaeli.edu.tr

#### **Kaynak**

Sağlık Bakanlığı (2008), Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2007, Haziran, Ankara.



## TTB - STED Fotoğraf Yarışması - 2009

TTB - STED Fotoğraf Yarışması, fotoğraf çekmeye meraklı okurlarımızın ilgisi ve katkılarıyla sekizinci yılını geride bıraktı. 2008 yılında yapılan yarışmada dereceye giren fotoğraflar 2009 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 - 2009 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).
- Aşağıda basılı Katılım Formu fotokopi ile çoğaltılarak ya da STED'in Internet sayfalarından ulaşılabılır, çıktısı alınarak eksiksiz doldurulmalıdır.
- Katılım formu küçük bir zarfa konularak ağız 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 Eylül 2009

Seçici Kurul'un değerlendirmesi ve sonuçların duyurulması: Ekim 2009

Ödül töreni ve Yarışma sergisi: Kasım 2009

#### **Ödüller:**

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

**Başarı Ödülü:** Tanınmış fotoğraf sanatçılarından oluşan birer armağan paketi ve plaket (üç kişiye)

Seçici Kurul tarafından uygun görülmesi halinde başka ödüller de verilebilir. Yarışmada ilk 6'ya giren fotoğraflar 2010 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 İnternet Adresi:** [www.ttb.org.tr/STED/fotograf2009.htm](http://www.ttb.org.tr/STED/fotograf2009.htm)



Geçen sayı sted'den sayfamızda (STED cilt: 18 sayı: 1) tıp fakültesi mezunları ile bilim doktoru ayırımını yapmak için "TDr." önerisini sizlerin dikkatine sunmuştuk. Konuyu çok farklı açılardan değerlendiren çok sayıda ileti aldık.

Öneriyi yaşam deneyimlerinden örneklerle, bugünden geleceğe kaygılarını dile getirerek destekleyenler oldu. Yıllardır bu konuda bir girişim yapılmasını, konunun tartışmaya açılmasını bekleyenlerin sayısı oldukça fazla. Yaşanan sorunların çözümüne katkı sunmayacağını yeni karışıklıklara neden olacağını dile getiren yanıtlar da geldi. Konunun tartışılmasında değer görüyor ve düşüncelerinize sayfalarımıza yer veriyoruz. Gelecek sayımızda da tartışmayı sürdürmeyi planlıyoruz. Bilimsel ve dostça kalın...

## **Merhaba,**

STED'den tartışmayı güzel özetliyor aslında. Birkaç boyutu var meselenin... Bir tanesi bu karmaşanın yaşandığı daha çok akademik ve bilimsel çevre. Hekimlerin büyük kısmı bu tartışmalardan uzakta. Diğer ve daha önemli boyut ise özellikle sağlık hizmeti kullanımında ve kitle iletişim araçlarında yaşanıyor. Bu alanda doktor ve tıp doktoru ayırımına gerçekten çok ihtiyaç var. Bir TV programında hastalıklardan bahseden Prof. Dr.'un aslında bir diyetisyen olduğunu anlamak pek olanaklı değil. Özellikle Internetin sağlık alanında kullanımının yaygınlaşma boyutu düşünüldüğünde daha da önem kazanabilir hekimler açısından.

Kısaltma kullanımını açısından TDr. mantıklı olabilir. Bir alternatif de tüm hekimlerin tabip kısaltmasını kullanmaları. Tıpkı askerdeki gibi. Kullanıma ilişkin olarak ilkinde alışmak daha kolay olacak gibi. ...

*Dr. Cavit Işık Yavuz*

## **Merhaba,**

Bölümüm (temel tıp) nedeniyle tıp muzunu olmayan doktorlarla çalışma fırsatım oluyor. Onlar zaten her ne kadar doktora yapsalar da doktor gözüyle görülmediklerinden şikayetçiler. "Dr."nin önüne gelecek "T" harfinin pratik ayrımcılığın yanında, önek anlamında da vücut bulacağını düşünüyorum. Tıp mezunu doktorların ayrı bir yeri olması gerektiğini düşünmediğimden bu uygulamaya sıcak bakmıyorum. ...

*Dr. Ferda Topal*

## **Merhaba,**

Başka birçok örnekte olduğu gibi sorun olduğunu düşündüğüm ama bir yandan da kanıksadığım bir durum. Alışılmış ve kökleşmiş, dolayısıyla değiştirmesi zor. Ama dediğiniz çok doğru, farklı kavramların ayrı tanımlanmasında fayda var. Önerilen tanımlama da bana sıcak geldi. Ben "TDr."yi kullanırım.

*Dr. Arif Müezzinoğlu*

## **Merhaba,**

Toplumun geneli 'doktor' dediğinde bir tek tanımı canlandırır zihninde. Kişisel yaşam deneyimleri ile ilişkili olarak birbirinden çok farklı tortular bıraksa da; 'doktor' sözcüğü, akla sağlığı ve belki de hastalıkları getiriyor ilkin. Tabii toplumumuz diyerek iddiayı daha bir tanımlı kılmalıyım, değilse yukarıdaki önermeler genellenebilir bir kavrayışı temsil etmezler. Zira eğitim düzeyiyle ilişkisini de hatırdı tutarak, sözcüklerin anlam karşılıklarının değişik kültürel örüntülerde ne denli farklı olabildiklerini biliyoruz.

Kendimden yola çıkarak; aslına bakarsanız mesleğim sorulduğunda "tıp doktoruyum" demeye, tıpta uzmanlık eğitiminin bitiminden çok sonra -şairin 'yolun yarısı' dediği bir yaşta- 'akademi' ile tanışmamı takiben başladım. Bir nev'i gecikmiş 'aydınlanma' yani! Yüksek lisans eğitiminin sonlarına doğruydu, uzunca süredir haberleşemediğimiz bir eski dostla sohbet: "ne yani Dr.Dr. mu olacaksın şimdi?" deyivermişti, tıp doktorlarının yüksek lisans değil de olsa doktora eğitimi yapmayı göze alabileceklerini düşünerek... Ülkemizde eşine az rastlanır durumumu anlaşılır kılmak için, fazladan bir yirmi dakika konuşmam gerekmişti. Doktora eğitiminin ilk gününde de kısa süreli bir şaşkınlık yaşandı. Bölüm başkanıyla tanıştırma seremonisinde ders danışmanım: "doktor bey yeni öğrencimiz ... bey bölüm başkanımız" dediğinde, başkan bey'in yüzünde beliren şaşkın ifadeyi görmeliydiniz. Eğitim Bilimleri Fakültesi'nden bir hocam da: "doktoramı henüz tamamladığım zamanlardı. Mahalleli ve özellikle esnaf, doktor olduğumu duymuşlar. Onlar ne doktoru olduğumu anlayana kadar epey bir dert dinlemiş, kendilerine masumane önerilerde bulunmuştum" diyerek gülümsemişti ilk karşılaşmalarımızdan birinde... Yıllara yenik düşmemişti gördüğü saygı ve ilginin o günlerde yaşattığı mutluluk... Ve bir

süre sonra, bilim doktoru unvanını yakında kazanmış gençlerle karşılaştım. Muayeneye gelenleri tebrikle uğurlarken, "evet ben de doktor oldum sonunda" vurgusu dökülüyordu dudaklarından sözleşmişçesine ve karşılıklı gülümsemeyle noktalanıyordu görüşme...

Biz hekimler; günümüzde yapısı giderek daha karmaşıklaşan sağlık organizasyonlarında, alanlarında eğitimsel olarak daha gelişkin işgörenler ile işbirliği halinde hizmet üretmek durumundayız. İşsizliğin hemen her alan için evrensel bir tehdit oluşturduğunu kabul ederek düşündüğümüzde; bireylerin giderek daha fazla eğitim talep etmelerinin kök nedenini, Maslow'un 'gereksinimler piramidi'nde tanımladığı 'kendini gerçekleştirme' çabasında değil de, eğitim ile istihdam arasında farklı ilişkiler kuran kuramların (beşeri sermaye kuramı, eleme hipotezi) temel sayılıtlarında aramak gerekir düşüncesindeyim. 'Eğitimin getiri oranı' kavramı ile ilişkilendirerek düşündüğümüzde; bireyler piyasanın işleyiş mantığına uygun biçimde, gelecekteki gelirlerinde (hiyerarşideki yeni konumlarıyla da paralel olarak) meydana gelmesi olası artışlara (ücret profil eğrisi) yönelik eğitim yatırımı yaparlar. Bu eğrinin doğrusal değil içbükey olduğunu ve yaş-cinsiyet-sağlık durumu gibi birçok değişkenden etkilendiğini de hatırla tutmak yararlı olur. Eğitim dışındaki değişkenleri kontrol ettiğimizi varsaysak bile, aynı eğitim düzeyindeki kişilerin gelirleri arasında neden farklılıklar olur? Belki de eğitimin verimlilik artışı üzerinde doğrudan etkisi yoktur da, eğitim sadece önceden var olan yetenek farklılıklarını ortaya çıkarıyor, bireyleri yeteneklerine göre sınıflandırıyor ve onları belgeler yoluyla etiketlendirerek istihdam kararlarında işverenlerin işlerini kolaylaştırmaya yarıyordur (eleme hipotezi)...

Sözü bunca uzatmamın sebebi, bundan böyle geçmişte karşılaşmadığımız kadar çok Dr.'la birlikte çalışacağımız gerçeğini temellendirmektir. Dilemem ama, günün birinde ameliyat listesinde benim de aralarında bulunduğum bir grup hastanın adının karşısında yazılı olan cerrahi ekibinde yer alan dört profesörden hangisinin cerrahım olduğunu bir çırpıda öğrenmek isteyebilirim. Bir immünoloğa veya endokrinoloğa hasta referetmek istediğimde, muhababımın beslenme ve diyetetik ya da biyoloji lisans eğitimi almamış olmasını da tercih edebilirim (olmasını yeğleyebileceğim gibi). Bu karmaşanın büyümeden önüne geçmenin kolay bir yolu da

var tabii ki: "TDr" (tıpkı MD, medical doctor) kısaltması gibi! Bu arayış ilk bakışta 'eski köye yeni adet' gibi görünebilir veya 'crème de la crème' olmak çabası gibi algılanabilir birçoklarınca. Ama konuyu katılımcı anlayışla tartışır ve ortak irade oluşturabilirsek; talebimiz toplumuza gerekçeleriyle birlikte, benden daha özlü anlatabilecek meslektaşlarımızın yeteneklerine ve çokluğuna güvenebiliriz. Saygılarımla,

*Uzm.TDr. M.Fevzi Atacanlı*

*Tıp Eğitimi ve Bilişimi Bilim Uzmanı (Tıp doktoru olanlarından)*

*Aile Hekimliği Uzmanı (Tıp doktoru, şimdilik olmayan yok)*

### **Sevgili Editör,**

Kime "Dr" ünvanı verilir?

Bilim ortamında kişi adlarının başına ya da sonuna yalnızca akademik ünvanlar konur. Örneğin Türkiye üniversitelerinde bunlar üç tanedir: Yard.Doç.Dr., Doç.Dr., Prof.Dr. Bunun dışında Uzm., Öğr.Gör. gibi öncüller ve ardıllar konması yanlış, özentili, iğretidir. Burada Dr. akademik kazanımı, diğerleri bulunulan kadroyu belirtir. Türkiye'de Doçentlik bir birikim değerlendirmesi ve sınav aşamasından sonra edinildiği için, akademik kazanım olarak da değerlendirilir.

Dr. ünvanı bazı ülkelerde yerleşik olarak kullanılan ve iki anlamdan biri amaçlanan bir kısaltmadır: Ph.D., yani Kilise'den bu yana en üst akademik eğitim olan Felsefe Doktorası sahibi kişi, diğeri Tıp Fakültesi mezunu olan kişi. Zaman içinde Felsefe dışında birçok dalda doktora verilmesine karşın Ph.D. kısaltması, dillerin çoğunda tüm dallarda verilen en üst düzeyde akademik eğitim için korunmuştur.

Doktor sözcüğünün kullanımı Avrupa'da ilk üniversitelerin oluşmaya başladığı 1000'li yıllara dayanır. Kökeni Latince doc re (öğretmek) sözcüğünden türetilen doctoris (öğretmen)'tir. Zamanla tıp fakültesi mezunu hekimler için de kullanılır olmuştur. Nedeni büyük olasılıkla hekimlerin toplum içindeki bilge konumu ve öğretici kimliğidir.

Tıp fakültesi mezunları bir akademik ünvan sahibi değildir. 2 ve 3 yıllık yüksek öğrenim Ön Lisans, 4 yıllık yüksek öğrenim Lisans, bundan sonraki öğrenim Lisans Üstü adını alır. İlk aşama en az iki yıllık Yüksek Lisans (Master), onu izleyen son aşama olan 4-6 yıllık Doktora (Ph.D.) programı ve ünvanıdır. Hekim 6 (bazı ülkelerde 5.5, ya da 7, ABD'de 4+4) yıl öğrenim gördüğüne göre, bir karşılaştırma yapmak istenirse, Yüksek Lisans düzeyinde

öğrenim görmüş sayılabilir. Buna benzer bir yaklaşım gerekçesiyle olmalı, Türkiye'de Yüksek Öğretim Kanunu 5 ve daha fazla yıl Lisans eğitimi almış olan Veterinerlik, Diş Hekimliği ve Tıp Fakülteleri mezunlarını Doktora programına doğrudan alır (DEÜ Halk Sağlığı AD hekimlere önce Yüksek Lisans, sonra Doktora yaptırır, eğitimi alanlar da böyle olmasından son derece hoşnuttur).

Tıp Fakültesi mezunları bir meslek adı alırlar. Bu İngilizce'de Physician (Kurumu, Royal College of Physicians), Norveççe'de Lege (Birimi, Lege-Senter), Almanya'da Arzt (Kurumu, Ärzte Kammer), Türkçe'de Tabip (Yasası, Türk Tabipleri Birliği Kanunu) ya da Hekim gibi mesleksel adlardan birinden oluşur. Tüm dünyada halk arasında hekimlere doktor ünvanı yakıştırılır. Swahili dilinde bile "daktari" denmesi, bunun beyaz adam tarafından uzun yıllar kullanıldığını ve Afrika'da bile yerleştiğini gösterir. Ancak kullanılması, doğru olduğu anlamına gelmez, çünkü Doktor (Dr.) en üst akademik eğitimi alan kişilere verilen bir ünvanıdır.

Birleşik Krallık'ta -yarım yılı Üniversite dışında- 6 yıl Tıp Fakültesi öğrenimi gören kişilere sınavla Medical Doctorate yapma olanağı tanınır. Bu program 5 yıllık, ağırlıklı olarak kuramsal, çok ağır bir öğrenimdir. Bitiminde kişiye -Ph.D. karşılığı- Medical Doctor (M.D., Latince Medicinæ Doctor) ünvanı verilir ve kısaltma olarak hekimin adından sonra, araya virgül konarak (John Smith, M.D.) yazılır. Çok önemli ve ağırlıklı bir ünvanıdır, Profesörlüğe başvurma hakkının ön koşulu sayılır (BK'da ABD ve Türkiye'de olduğu gibi ara aşamalar, Yard.Doç. ve Doç. ünvanları yoktur). ABD'de bu kullanım biçimi her hekimin hakkı sayılır, sanırım bu nedenle Türkiye'de hekimler de İngilizce yazışmalarda (örnekteki gibi) kullanma hakkını kendilerinde görür. Almanya'da bu eğitimi alan kişilere Dr.med. ünvanı verilir ve kişi adından önce yazılır.

Hekimlerin adının başına önerilen TDr. yazımının göze ve kulağa sevimsiz, gereksiz görüldüğünü ve yarın Biyoloji doktorları için BDr., Metallurji doktorları için MetDr. gibi anlaşılabilirliği ve gerekliliği tartışılır yeni yazımlar getireceği kaygısı duyurduğunu belirtmek gerekir. Bu yazıda sunulan kişisel görüşlerin temel kaynağı olmamasına karşın, Doktor ünvanının karşılığını aramaya giriş olarak en.wikipedia.org/wiki/Doctor sayfasından başlanabileceği önerilebilir.

*Dr. Gazanfer Aksakoğlu*

### **Merhaba,**

STED'de yazdığınız gibi Dr. kısaltması konusu çok güzel ve bence de çok önemli. Uzun zamandır ben de bu karmaşanın ülkemizde bir şekilde çözülmesinden yanayım. Önerdiğiniz yaklaşım mantıklı ve güzel. Bunun yanında MD. gibi bir yaklaşım var ve toplumumuzda nasıl karşılanacağı konusunda karamsarım. Çünkü ülkemizde halen Dr. kısaltması -ünvanı sadece hekimler tarafından kullanılan bir ünvan olarak değerlendiriliyor büyük kesim tarafından. Bundan hareketle, diğer doktoralı arkadaşlarıma saygım elbette var ama ulusal özelliklerimiz nedeniyle bu arkadaşlarımızın iktisat doktoru, maliye doktoru, matematik doktoru, işletme doktoru ünvanlarını kullanmalarının sağlanması daha doğru olacaktır kanısındayım. Çünkü günümüzde ziraat, mühendislik vb. fakülte hocalarının bile Dr. ünvanının pekişmesi gibi Prof. ünvanının yanına mutlaka Dr. ünvanını ekleyerek tıp doktoru ve Prof.'u gibi belediye başkanı seçimlerinde bile bu ünvanı kullandığı bir ülkede yaşıyoruz. Halbuki Ziraat Prof. Kemal gibi kulanmaları gerekli değil mi?!... Çünkü Prof. olduktan sonra Dr. ifadesi normalde kullanılmaz tıp Dr.ları dışında. Diş hekimlerinin bile kendilerine doktor denmesini istediği bir ülkede, bu düzenlemenin diğer meslek grupları tarafından TTB, basın ve diğer toplum örgütleri ile kamuoyu oluşturularak yapabiliriz kanısındayım. Önerdiğiniz gibi bir düzenlemenin yerleşmesinden daha kolay olacağı kanısındayım. Yoksa öneriniz boş değil elbette. Yine de bu düşünceleri bir toplantı ile uygun zaman ve yerde tartışarak en doğruyu bulacağımız kanısındayım. ...

*Dr. Ferdi Tanır*

### **Merhaba,**

"TDr." kısaltması bana sıcak geliyor. En önemli gerekçesi de hekimlik mesleğine özgün olması. Ancak gerekçeyi şekillendirirken burada hekimliği başka bir yere (ulaşılmaz bir zemine) taşıma kaygısını da yaratmamak gerekir.

Bu konu bir anket formu ile hekimlere, meslek odalarına ve uzmanlık derneklerine sorulabilir. Belki tıp fakültesi dekanlıklarına da benzer bir görüş sorulabilir. Bu yaklaşım söylemi güçlendirebilir. Bu kısaltmanın kullanımının yasal zemini nasıl olacak? ...

*Dr. Dilek Aslan*

### **Merhaba,**

Gündemimde önceden var olan ve hakim olduğum bir konu olmadığı için bilgiye dayalı bir yanıt veremeyeceğim; ancak kendi tercihim ve görüşümü belirtebilirim: Bu alanda bir karmaşa var, doğru. Ama, "yanlış tanımlamayla doğru anlaşılabilir" yerleşik kabuller var. Bunları aşmak ve benimsenmek için "TDr." den daha cazip ve kullanışlı bir kısaltma bulunabilir mi? ...

*Dr. Aytaç Aras*

### **Merhaba**

Çok değerli arkadaşım,  
Çalışmalarınız için tümünüzü tebrik ediyorum. Ama açıkça söylemek gerekirse adımın önüne "Dr." gelmiş "TDr." gelmiş düşünce durumunda değilim. Çünkü 19 yıllık hekimim ve imam maaşı kadar maaş alıyorum. Dönmeyen döner sermayem 500 veya 600 TL. Yeter artık, yoksullukla boğuşuyorum. Doktor olduğum için çocuklarımdan utaniyorum. Allah bize bu maaşı reva gören herkesin belasını versin!

Konumuz hakkında da, ne münasebet bizim ünvanımız TDr. falan olacakmış? Gitsin onlar değiştirsin bana ne!!! Ben Dr. dendiği zaman sadece ve sadece hekim anlarım, tabandaki tüm vatandaşımız da böyle anlıyor. İmam kadar değeri olmayan yoksul bir doktordan tekrar selamlar!

*Dr. Fikret Kurt*

### **Merhaba,**

Aslında bu karışıklığın giderilebilmesine ilişkin bir şeyler yapılması düşüncesi hep kafamda dolaşırdı. Çanakkale'de Tabip Odası'nda yönetimdeyken, laboratuvar sorumluluğu yapan mikrobiyoloji yüksek lisans yapmış bir biyolog arkadaşına uzman hekim nöbeti tutturulduğuna şahit olmuştum. Bu karışıklığın giderilmesi uygun olur. Burada kullanılması gereken kısaltmanın ne olması gerekir konusu tartışılabilir. "MD" kısaltması uluslararası kullanım için uygun gibi duruyor. Yılların alışkanlığı Dr. kısaltmasından vazgeçmek ayrı sorun. "TDr." kısaltması uluslararası kullanıma uygun düşmeyebilir. Oldum olası Prof. Dr. yazılması bana çok uygun gelmez. Dr. olmadan Prof. olmaz. Ama hekim vurgusu yapmak için kullanılıyor diye düşünüyorum. Profesör Hekim kullanabilesek ne güzel olur.

Eğer istenirse konuyu adli tıp gruplarında tartışmaya açabilirim.

*Dr. Durmuş Evciman*

### **Değerli Dostum,**

Görüşümü soran mesajınız için teşekkür ederim. Bildiğimiz üzere Dr. tanımı uluslararası yerleşmiş bir uygulamadır. Bunun türlü biçimlerde değiştirilmesinin yeni karışıklıklarla dönemin sağlıkta istikrarsızlaştırma etkinliklerine katkı sağlayacağını düşünüyor, kesinlikle böyle bir değişikliği uygun bulmuyorum.

Yine bildiğiniz gibi isteyenler Dr. Med. gibi kısaltmalar da kullanabiliyor. Uz. Dr. ise yine yaygın olarak kullanılan bir nitelik kısaltması. Akademik sıfatları biliyoruz. STED yazınız için de teşekkür ederim, ellerinize, zihninize sağlık...

*Dr. Derman Boztok*

### **Sevgili Editör,**

Kişisel fikrim bu konuda hiç düzenleme yapılmamasıdır. Bugün "Dr." terimi uzun yıllardır toplumlarda (sadece Türkiye değil) hekim olarak algılanmaktadır. Sosyokültürel düzeye bakmaksızın herkes Dr.'yi tıp mensubu olarak bilmektedir. Bu tür değişiklikler uzun yıllara dayanan toplumsal algılamada ki karışıklığı çözmekten çok artırabilir. Bence öncelikle ülke düzeyinde doktorası olanı tanımlayan "Dr." kavramı yaygınlaşıp toplumun bu sorunu algılayıp hangisi demeye başladığı zaman bu tür değişikliklere gidilmesi daha uygun olur. Bunun içinde çok uzun zamana gereksinim var. Bu kadar hekim sorununun gündemde olduğu zamanlarda; toplumsal algı tam oluşmadan kısaltmalarda da kaos yaratmak hekimin - toplum ilişkisine olumsuz etki olur derim. Tamamen kişisel hissim böyle. Gereğesi bilimsel değil. Sevgiler

*Dr. Cenk Sökmensüer*

### **Sevgili Editör,**

Kim düşündü ise o "aklıyla bin yaşasın". Aslında "diğerleri belirtsin" diyenlere hak veriyorum ama bu işten onlar değil tıp doktorları muzdarip ise iş, yine bize düşüyor. "T" yerleşene, öğrenilene kadar "Tıp Dr." yazalım derim ben. ...

*Tıp Dr. Ayşegül Tokatlı*



Dr. Emrah Atay\*, Asuman Şahan\*\*

Yaşlanma birçok biyolojik işlevlerde zamanla meydana gelen azalmalarla karakterizedir. Bu kayıplar özellikle oturgan (sedanter) kişilerde daha belirgindir (1). Düzenli uygulanan bedensel etkinlik uygulamaları kardiyovasküler (2), tip II diyabet (3), hipertansiyon (4), kolon kanseri (5), osteoporoz (6), depresyon (7) ve düşmelerle ilgili kaza (8) gibi sorunların risklerini azaltır. Buna karşın bu önemli yaşam biçimi aracından yararlanan insan azdır (9, 10, 11).

ACSM (American College of Sports Medicine) sağlıklı yaşantıyı korumak ve artırmak için, tüm sağlıklı 18-65 yaş yetişkinlere haftanın 5 günü 30 dakika orta şiddette ya da haftanın üç günü, 20 dakika şiddetli etkinliklerde bulunmayı önermektedir (12).

Yaşlılar için alıştırma programı hazırlarken dikkat edilmesi gereken uzun mesafe yürüme, merdiven çıkma, torba taşıma, kavanoz kapağı açma, ayakta dengede durma, eğilme gibi kişisel gereksinimler ve yeteneklerdir (13). Yaşlılar için iyi hazırlanmış bir alıştırma

programında dayanıklılık, kuvvet, denge ve esneklik alıştırmaları yer almalıdır (14).

CDC/ACSM sağlığı optimize etmek için hafif şiddetten orta şiddete doğru olan yaşam biçimi etkinliklerinde (örneğin merdiven çıkma, araba yıkama, bahçe işleri ile uğraşma vb.) bulunmayı, üst düzeyde kardiyovasküler sistem ve kardiyovasküler risk etmenlerine uyumu sağlamak için de orta şiddetten yüksek şiddete doğru olan etkinliklerde bulunmayı önermektedir (15).

#### **Bedensel etkinlik nasıl yapılmalıdır?**

Bedensel etkinlik düzeyini artırırken alıştırmanın yapılışında ve seyrinde bir takım ilkelere göre hareket edilmek zorundadır. Bu ilkeler amaca ulaşmada son derece önemlidir. Bu ilkelerden birincisi normal üzeri yüklenmedir. Bir kasın güçlenmesi için normal kasılma değerinin üzerinde bir gerilme direnciyle karşılaşması, fleksibilitenin artması için kasın normal gerginliğinden daha fazla gerilmesi, kas dayanıklılığını arttırmak için de kasın normal kasılma periyodundan daha uzun süre kasılması sağlanmalıdır (16).

Bedensel etkinliği artırmada dikkat edilecek ikinci ilke, dereceli artırma ilkesidir. Örneğin uzun süre hareketsiz kalıp, yürüme, bir defada kapasitenin üzerinde yüklenme yapılırsa, ayaklarda ağrı ve tabanlarda su toplanması gibi problemlerle karşılaşılabilir. Bunun için yüklenmelerin şiddeti ve yoğunluğu kademeli olarak arttırılmalıdır (16).

Üçüncü ilke ise spesifiklik ilkesidir. Bu ilkeye göre amaçlar doğrultusunda alıştırmanın seçimine dikkat edilmelidir. Kuvvet gelişimi sağlayan egzersizlerin kardiyovasküler dinçlik düzeyini ya da esneklik alıştırmalarının beden kompozisyonunu veya metabolik dinçlik düzeyini çok az değiştireceğini bilmek gerekir (16). Örneğin; merdiven çıkmakta zorluk çekiliyorsa alt ekstremitelerde kuvvet çalışmaları, giyinirken dengede durmada zorlanılıyorsa denge çalışmaları ya da eğilmekte zorluk çekiliyorsa esneklik alıştırmaları daha çok yapılmalıdır.



TTB AVAS (Arşiv, Veri, Araştırma, Strateji)

Dördüncü ilke ise süreklilik ilkesidir. Eğer etkin yaşantı devam ettirilmez tekrar oturgan yaşantıya dönülürse var olan kazanımlar kaybedilir. Birçok insan bedensel etkinlik düzeyini uzun süre devam ettirememektedir. Böyle durumlarda elde edilmiş olan sağlık kazanımları kısa sürede yok olacaktır (16).

### **Dayanıklılık Alıştırmaları**

Dayanıklılık alıştırmaları büyük kas gruplarını içermelidir ve minimum 10 dakika sürmelidir. Dayanıklılık etkinliklerine bisiklet binme, yüzme, yürüme ve büyük kas gruplarını da içerisine alan yaşam stili etkinlikleri örnek olarak verilebilir. Ara vermeden en az 10 dakika süreyle uygulandığında dayanıklılığı oluşturan yaşam stili etkinliklerine pencere silmek, temizlik yapmak, süpürmek, yer silmek gibi ev işleri ve çim biçme, toplama veya budama gibi bahçe etkinlikleri örnek olarak verilebilir. Dayanıklılık etkinlikleri yaşlanmayla birlikte kronik hastalıkların geciktirilmesine karşı en büyük etkiyi sağlar (14).

Dayanıklılık etkinlikleri haftada 3-5 kez yapılmalıdır (17, 18). Eğer dayanıklılık etkinlikleri her gün yapılacaksa yük binen ve binmeyen etkinlikler de bulunmalıdır. Yani bir gün yürünüyorsa diğer gün yüzülmeli ya da bisiklete binilmelidir. Diğer taraftan etkinliklerin monotonluktan kurtulması için, kır yürüyüşlerine çıkabilir ya da eğlenceli etkinlikler (oyun, dans) yapılabilir (18).

Dayanıklılık etkinliklerine Algılanan Zorluk Derecesi [(AZD) (Şekil 1)] 12-13 (zor gibi) düzeyinde haftada 2-3 defa, 10-15 dakikalık düşük düzey etkinliklerle başlanmalıdır. Sıklık zamanla haftada 3-4'e çıkarılmalıdır. Sonra'da etkinliğin süresi haftada 5-10 dakika arttırılmalıdır. Dayanıklılık etkinliklerinde sağlıklı yetişkinler için hedef 30 dakika ve haftada 4-5 defa, AZD 13-14 (zor gibi) düzeyinde olmalıdır. Etkinliklerde şiddet ile kapsamın aynı anda artırılmamasına özen gösterilmelidir (18).

Zaman kısıtlaması varsa ve spor yapacak vakit bulunamıyorsa gündelik işler etkinliğe dönüştürülerek de kardiyovasküler sistem harekete geçirilebilir. Örneğin bu etkinlikler araba yıkama, evcil hayvanı gezintiye çıkarma, çocuklarla oynama, işe gidip ve/veya dönüşlerde bisikleti tercih etme veya yürüme şeklinde olabilir. Bunlar yapılamıyorsa araç işyerinden uzağa park edilerek ya da toplu taşıma araçlarından bir kaç durak önce inilerek

10 dakika tempolu yürüyüş yapabilir. Gün içerisinde aralıklı olarak 10 dakikalık dönemler halinde bu etkinlikleri üç defa tekrar etmek kişiyi oturgan yaşantıdan uzaklaştırır.

"Algılanan Zorluk Derecesi Skalası" (Borg Skalası) kolay, ucuz ve güvenilir olması nedeni ile halk sağlığı kapsamında bedensel etkinliği geniş kitlelere ulaştırırken dayanıklılık etkinliklerinin şiddetini belirlemede kullanılabilecek basit bir yüklenme yöntemidir (19).

Konuşma testi de dayanıklılık etkinliklerinin şiddetini belirlemede kullanılabilecek diğer bir basit yüklenme yöntemidir. Konuşma testi yürürken ya da bisiklete binerken solunum sistemi ve kaslar için yeterince gerekli olan oksijen ile karakterizedir. Eğer şiddet orta düzeyin üstünde ise konuşma anlaşılmayacak, kelimeler arasında kopukluklar olacaktır. Bu durumda şiddet düşürülmelidir. Eğer yürürken ya da bisiklete binerken şarkı söyleyebiliyorsanız bu seferde şiddet düşüktür ve tempoyu arttırmak gerekecektir. Tempo konuşmalarınızın rahatça anlaşılabilmesi fakat şarkı söyleyemeyecek düzeyde olmalıdır (20).

### **Kuvvet Alıştırmaları**

Kuvvet etkinlikleri kas kütesini arttırmak ya da korumak, dengeyi iyileştirerek düşme riskini azaltmak, dayanıklılığı arttırmak ve eşyaları kaldırma, sandalyeden kalkma, çarşı-pazar torbası taşıma ya da kavanoz açma gibi işlevsel yetenekleri iyileştirmek için yapılan

**Şekil 1.** Algılanan zorluk derecesi

6. Zorlanma yok

7.

8. Aşırı kolay

9. Çok kolay

10.

11. Kolay

6. Zorlanma yok

7.

8. Aşırı kolay

9. Çok kolay

10.

11. Kolay

12.

13. Zor Gibi

14.

15. Zor (Ağır)

16.

17. Çok zor

18.

19. Aşırı zor

20. En zor





AVAS (Arşiv, Veri, Araştırma, Strateji)

kondisyonel spormotorik özelliklerden birisidir (18). Kuvvet alıştırmaları kan şekeri regülasyonu, kemik yoğunluğu, enerji metabolizması ve işlevsel durum üzerinde pozitif etkilere sahiptir (15).

Kuvvet etkinlikleri haftada 2-3 gün yapılmalı (14, 18), birbirini izleyen günlerde yapılmamalıdır (14, 18, 21). İki kuvvet antrenmanı arasında en az 48 saat dinlenme olmalıdır (22). Kuvvet etkinliklerine 1 setlik, 10 tekrarlı, her bir bölge için 2-3 kuvveti geliştirici, AZD 12-14 düzeyinde etkinliklerle başlanmalıdır. Zamanla tekrar sayısı 15'e set 1'den 2'ye kademeli olarak çıkarılmalıdır (18). Kas kuvvetini arttırmak için 10-12 tekrarlı 2-3 setlik alıştırmalar en iyi kuvvet gelişimini sağlar (23).

Kuvvet alıştırmalarında elastik direnç bantları ve tüpleri kullanım kolaylığı bakımından çok önemlidir. Elastik direnç bantlarının ve tüplerinin taşınabilir olması, evde veya her yerde kullanılabilir olması, taşıma kolaylığı, pahalı olmaması ve çok yönlü kullanım olanaklarına sahip olması en büyük avantajlarıdır. Elastik direnç bantlarıyla yapılan çalışmalar yerçekimine bağlı olmayıp gerilen bant ya da tüpün ne kadar uzadığı ile ilgilidir (24).

Direnç antrenmanları ve insan hareketleri genelde üç kasılma türü (konsantrik, egzantrik ve izometrik) ile sınıflandırılır. Elastik bant ve tüple gerçekleştirilen direnç antrenmanları kas kasılmasının üç mekanik durumunu da içerir

(25). Elastik direnç antrenmanlarının diğer direnç antrenmanlarına kıyasla tüm kasılma türlerini kullanmasının yanında başka birtakım avantajları da vardır. Örneğin, bu yöntem ile tekli ya da çoklu eklem çalışmaları aynı zamanda gerçekleştirilebilir. Ayrıca izotonik egzersiz yöntemini kullanan birçok makinenin yaptığı etki bir tek bantla gerçekleştirilebilir (24, 25).

### Esneklik Etkinlikleri

Esneklik sadece sportif performans için değil aynı zamanda günlük etkinlikler içinde çok önemlidir (26). Esneklik çalışmaları saç tarama, giyinme ve yerden nesnelere alma gibi günlük yaşamsal etkinlikleri sağlayacak hareket açıklığını arttırmak için yapılır (18).

Germe etkinlikleri haftada en az 2-3 gün yapılmalıdır. Esneklik etkinliklerine bedeninin alt ve üst ekstremitelerini 5-10 kez germeyle başlanmalıdır. Balistik germe yapmadan, kas 10-30 saniye hafif rahatsızlık hissedilecek biçimde gergin tutulur. Her bir hareket 3-4 kez tekrar edilir (18).

Tüm alıştırmaları programları esneklik alıştırmaları içermelidir. Esneklik etkinlikleri normal etkinliklerde kullanılan kasın uzunluğunu artırır. Uygun bedensel etkinlik programına ilaveten esneklik etkinlikleri bir bilgisayarın başında veya bir otobüste otururken uygun bir biçimde ofis çalışmalarıyla günlük yaşantıyla birleştirilir. Esneklik çalışmaları kuvvet ve dayanıklılık etkinliklerinde ısınma ve soğuma devrelerinde uygulanabilir (14).

### Denge Etkinlikleri

Kas güç ve dayanıklılığındaki gelişmeler dengedeki gelişmelere yol açarken spesifik denge etkinliklerinde bulunmak kazanılmış denge özelliğine ek faydalar sağlayabilir. Duruk (statik) ve devigen (dinamik) olmak üzere iki tür denge vardır. İsminden de anlaşılacağı gibi duruk denge hareket etmeden dengeyi sağlama yeteneğidir. Oysa devigen denge dengeyi yitirmeden veya düşmeden hareket etme yeteneğidir (14).

Denge etkinlikleri, düzgün duruşu (postür) ve yürüyüşü geliştirmek ve düşme riskini azaltmak için yapılır. Denge etkinliklerine haftada iki kez her bir etkinliği 10-15 saniye uygulayarak başlanır. Her bir etkinliğin süresi zamanla 30 saniyeye, seti de 2-3'e çıkarılır. Denge etkinliklerinde hedef haftada 2-3 gün, 8-10 özgül etkinlikten oluşan 2-3 setlik, 15-30

saniyelik uygulamalara yer vermektir (18).

Denge etkinliklerine kuvvet ve dayanıklılık gelişimi belirli bir düzeye gelmeden başlanmamalıdır. Kişi çok kötü bir dengeye sahipse mutlaka destekli denge (partnerinin elinden tutma, sandalyeye tutunma, ya da bir ağaçtan destek alarak yapma) etkinlikleri ile başlamalı ve mutlaka yanında her hangi bir düşme anında müdahale edebilecek bir eş olmalıdır (18).

Denge etkinlikleri gündelik hayatla birleştirilebilir. Örneğin yemek yapıyorken mutfak tezgahına tutunarak tek ayak üzerinde durulabilir, otobüs durağında duraktan yardım olarak destek ayak üzerindeyken diğer ayak öne uzatılabilir.

**İletişim:** Emrah Atay

**E-posta:** emrahatay@akdeniz.edu.tr

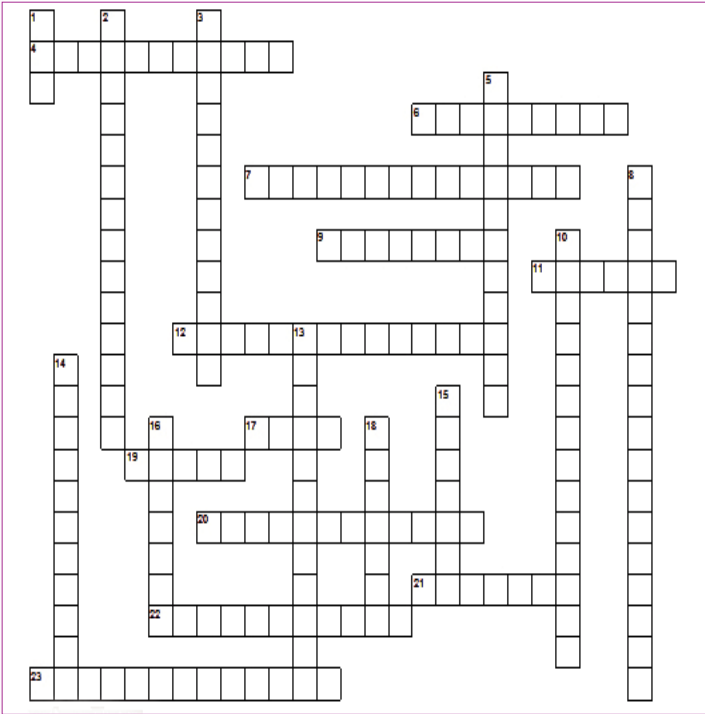
### Kaynaklar

- 1- LeMura LM, Duvillard S P. Clinical Exercise Physiology. Application and Physiological Principles. Lippincott Williams&Wilkins. First Editions. Baltimore. 2004.
- 2- Wannamethee S G, Shaper A G. Physical Activity in the Prevention of Cardiovascular Disease: An Epidemiological Perspective. Sports Medicine 2001;31:101-114.
- 3- Manson JE, Nathan DM, Krolewski AS, Stampfer MW, Willet WC, Hennekens CH. A Prospective Study of Exercise and Incidence of Diabetes Among US Male Physicans. JAMA 1992, 268:63-67
- 4- American College of Sports Medicine. Position Stand: Physical Activity, Physical Fitness and Hypertension. Medicine Science Sports Exercise. 1993;10:1-10.
- 5- Giovannucci E, Ascherio A, Rimm EB, Colditz GA, Stampfer MJ, Willen WC. Physical Activity, Obesity, and Risk for Colon Cancer and Adenoma in Men. Ann Intern Medicine 1995 ;122:327-334.
- 6- Snow-Harter C, Marcus R. Exercise, Bone Mineral Density and Osteoporosis. Exercise Sport Sci Rev.v1991;19:351-388.
- 7- Fox KR, The Influence of Physical Activity on Mental Well-Being. Public Health Nutrition 1999;2: 411-418.
- 8- Meyer HE, Tverdal A, Falch JA, Risk Factor for Hip Fracture in Middle-Aged Norwegian Women and Men. Am Journal Epidemiol 1993;137:1201-1211.
- 9- Martin B W, Kahlmeier S, Racioppi F. Evidence-based Physical Activity Promotion – HEPA Europa, the European Network For the Promotion of Health-Enhancing Physical Activity. Journal Public Health 2006; 14:53-57.
- 10-Marcus B H, Williams D M, Dubbert P M. Physical Activity Intervention Studies. Circulation 2006;114:2739-2752.
- 11-Erel C, Uğurlu M, Aydınli F. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlıklı Beslenelim Kalbimizi Koruyalım Projesi Araştırma Raporu. Ankara. 2004.
- 12-Haskell W L, Lee LM, Pate R R, et al. Physical Activity and Public Health: Updated Recommendation for Adults From the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. Medicine Science Sports Exercise. 2007;39(8):1423-1434.
- 13-Atay E, Özdemir Ö, Yaman H. Yaşlı Bireylerde Spor Reçeteleme. Uluslararası Katılımlı 4. Ulusal Aile Hekimliği Günleri ve 2. Avrupa Sistemik Aile Hekimliği Konferansı. 25-29 Nisan 2007. Antalya.
- 14-Cress M E, Bucher D M, Prohaska T, et al. Physical Activity Programs and Behavior Counseling in Older Adult Population. Medicine&Science in Sport&Exercise 2004; 36 (11): 1997-2003.
- 15-Mazzeo RS, Tanaka H. Exercise and Physical Activity for Adults. Medicine Sciences Sports Exercise 1998; 30 (6): 992-1008.
- 16-Charles B. Corbin., ve ark. Concepts of Fitness and Wellness: A Comprehensive Lifestyle Approach, Thirt Edition, Champaign. 2000.
- 17-Muratlı S, Kalyoncu O, Şahin G. Antrenman ve Müsabaka. 2.Baskı. İstanbul. Ladin Matbaası. 2007.
- 18-Atay E. Hekimlerin Bedensel Etkinliği Arttırıcı Danışmanlık Hizmetleri Vermelerinin Bedensel Etkinlik Düzeyi Üzerine Etkileri. Akdeniz Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Spor Bilimleri Doktora Tezi CD eki. Firststep Program El Kitabı. Çev. Atay E. Editor. Yaman H. 2008.
- 19-Robertson R J. Perceived Exertion for Practitioners. Champaign. Human Kinetics. 2004.
- 20-American Council on Exercise. Exercise for Older Adult. Champaign. Human Kinetics. 1998.
21. Martini E B, DiGenova K B. Exercise for Frail Elderly. Champaign: Human Kinetics. 2003.
- 22-Jones CJ, Rose DJ. Physical Activity Instruction of Older Adults, Human Kinetics. First Editions. Champaign. 2005.
- 23-American College of Sports Medicine. ACSM's Resource Manual for Guidelines for Exercise Testing and Prescription. 4th ed. Baltimore:Williams&Wilkins. 2000.
- 24-Page P, Ellenbecker T. Strength Band Training. Champaign. Human Kinetics. 2005.
- 25-Page P, Ellenbecker T. The Scientific and Clinical Application of Elastic Resistance. Champaign. Human Kinetics. 2003.
- 26-Swain D P, Leutholtz D C. Exercise Prescription, A Case Study Approach to the ACSM Guidelines. Champaign. Human Kinetics. 2002.

## Ödüllü Bulmaca



Bulmacamızda yer alan soruları bu sayımızdaki yazılardan seçtik. Doğru olarak yanıtlayıp Dergi'nin postalanma tarihinden sonraki bir ay içinde bize gönderen okuyucularımıza **2 TTB-STE Kredi Puanı** veriyoruz. Ayrıca beş kişiye Türk Tabipleri Birliği yayınlarından Dr. Özen Aşut'un "**Sağlıkta 30 Yıl**" adlı kitabını armağan ediyoruz. Bulmacanın doğru yanıtlarını **Mayıs - Haziran 2009** sayımızda yayımlayacağız.



1- Dünya çapında 400 milyondan fazla insanı etkileyen bir hastalık (kısaltma), 2- Kızamığın ait olduğu virüs ailesi, 3- Birinci basamak sürekli tıp eğitimi ile ilgili dünyada yapılan uygulamaların bileşenlerinden biri, 4- Kızamığın prodrom döneminde rastlanan

bir bulgu, 5- Çeşitli organlarda sfingomiyelin birikimiyle oluşan bir hastalık, 6- Türkiye'de çiftlerin dörtte birinin kullandığı aile planlaması yöntemi, 7- Eşlerin istedikleri zaman ve istedikleri sayıda çocuk sahibi olması, 8- Kızamık aşısı sonrası rastlanabilen bir komplikasyon, 9- Kronik kümülatif iritan kontakt dermatite neden olan bir madde, 10- Mesleki kontakt dermatit bileşenlerinden biri, 11- Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan biri, 12- Kızamığın patognomonik bulgusu, 13- Niemann-Pick tip B hastalarını doktora götüren bir komplikasyon, 14- Küçük çocuklarda kızamık hastalığı seyri sırasında görülebilen bir komplikasyon, 15- Kızamıkta virüsün izole edilebildiği bir sekresyon, 16- Kızamığın ayırıcı tanısında bilinmesi gereken bir infeksiyon, 17- Kızamığın önemli bir komplikasyonu (kısaltma), 18- Niemann-Pick tip B hastalığında tutulan bir organımız, 19- Cinsel yolla bulaşan hastalıkların bir bulaşım yolu, 20- Sık uygulanan modern bir aile planlaması yöntemi, 21- Beş yaş altı çocuk ölümlerinin % 38'inin nedeni, 22- Mesleki alerjik kontakt dermatitin sık görülen nedenlerinden biri, 23- Kızamıkta döküntülerin türü.

### STED Ocak-Şubat 2009 Ödüllü Bulmaca Doğru Yanıtları:

1- Birbuçuk milyon, 2- İlk altıay, 3- Asklepios, 4- Depresyon, 5- Yılan, 6- Finasterid, 7- Hipnoz, 8- Narsistik kişilik, 9- Öfke, 10- İris, 11- Sosyalizasyon, 12- Kotinin, 13- Flor, 14- MNA, 15- Proteus sendromu, 16- Demir, 7- UNICEF, 18- Su, 19- Motorlu taşıt kazaları, 20- Yaşlılık, 21- Mythos, 22- Yutma güçlüğü, 23- Anne sütü, 24- Anksiyete.