

sted

'Bilimsel
ve Dostça'

Cilt : 17

Sayı : 6

Haziran

2008

ISSN 1300-0853



Kanıtı Dayalı Tıp Temeli İle Çocukluk Çağı Akut Solunum Yolu Enfeksiyonlarında Immünstimülan Kullanımı	84
Çocuk Acil Servise Elektrik Çarpması Nedeniyle Başvuran Olgular	91
Sık Karşılaşılan Bir Hastalık Grubu: Prepisyum Hastalıkları	95
Kanser ve Palyatif Bakım	98



Yayın Yönetmenleri

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

Yayın Kurulu

Doç. Dr. Özen Aşut Dr. Banu Mutlu
 Dr. Aysun Balseven Odabaşı Dr. Mehmet Özen
 Dr. Zeren Barış Dr. Murat Sincan
 Dr. Şamih Demli Dr. Figen Şahpaz
 Dr. Arzu Dursun Stj. Dr. Emrah Şeyhoğlu
 Dr. Tolga İnce Dr. Sevinç Yılmaz Yeltekin
 Dr. R. Ekrem Kutbay Stj. Dr. Yılmaz Yıldız

Bilimsel Danışma Kurulu

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

Okuyucu Danışma Kurulu

Dr. Hasan Değirmenci Dr. Sibel Serin Kılıçoğlu
Dr. Ayça Gümüş Dr. Mesut Yıldırım

Yayın Yönetim Merkezi ve İletişim Adresleri

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

Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Prof. Dr. Gençay Gürsoy

Yayın Türü

Yerel Süreli Yayın (Aylık)

Hazırlık ve Tasarım

Yeter Canbulat

Basımcının İletişim Bilgileri ve Basım Yeri

Matus Basımevi Reklam ve Yayın Ticaret Ltd. Şti. Tel: (0.312) 395 95 96
 Adres: İvedik Organize Sanayi Matbaacılar Sitesi 558. Sok. No: 2
 Yenimahalle - Ankara
 Basım Tarihi: "????????????"

Araştırma

Kanıtla Dayalı Tıp Temeli İle Çocukluk Çağı Akut Solunum Yolu Enfeksiyonlarında Immünstimulan Kullanımı 84
Mutahher Akçaer, N. Tolga Akbaş, H. Seda Boz, Ersin Akşam, Muhittin Çelik, Sultan Acar, Barış Akbaş, Mina Gharibzadeh, Bledar Hodo, Hüseyin Kaya, Dr. S. Songül Yalçın

Çocuk Acil Servise Elektrik Çarpması Nedeniyle Başvuran Olgular 91
Dr. Burçak Kitiş Çelik, Dr. Nilgün Erkek, Dr. Aysel Yöney, Dr. Şit Uçar, Dr. Saliha Şenel, Dr. Can Demir Karacan

Derleme - Olgu Sunumu

Sık Karşılaşılan Bir Hastalık Grubu: Prepsiyum Hastalıkları 95
Dr. Barış Bağbanacı, Dr. S. Cüneyt Karakuş, Dr. İ. Onur Özen

Kanser ve Palyatif Bakım 98
Hem. Ergül Aslan, Dr. Semiha Akın



Kapak Fotoğrafı:
"Teldeki Kuş"

Dr. Ceyhun İrgil, Bursa
 TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2007
Kapak Ödülü



Merhaba,

Hekimlik mesleğinin her aşamasında bir hekimi diğerlerinden yaşadıklarından öğrendikleriyle farklılaştıran, özelleştiren edimleri vardır. Tıp bilgisinin derinliğine özünsenmiş olması, nedenselleştirilmesi, güncel tutulması hekimin uğraş alanı farklı olsa da en değerli bilimsel özelliğidir. Hekimliğine bilgisini özünsenmiş değerler içerisinde yansıtması, kullanması, önceliğini koruyan, geliştiren hekimlik uygulamalarına vermesi ya da sağaltım yoğun bir disiplinde çalışsa da aklının bir yanında önlemeyi, sağlığı geliştirmeyi hedeflemesi, hekimin değerini taçlandıracaktır.

Tıp bilgisinin çoğalması, çeşitlenmesi, özelleşmesi çok geçmeden hekimlik uygulamalarına yansımakta. Tedavi seçeneklerinin artması, yaşam sürelerini olumlu etkileyen teknolojilerin kullanılması, nüfusun demografik özelliklerinin değişmesine neden olmakta. Yaşlı nüfusunun artışı kimi hastalıkların sıklığını, verilecek sağlık hizmetlerinin niteliğini doğrudan etkilemekte.

Bu sayıda yer alan Hemşire Aslan ve Doktor Akın'ın "Kanser ve Palyatif Bakım" yazıları eğitimsel, yasal ve ekonomik boyutlarıyla bizlere yeni bir pencere aralıyor, bugünden yarına bizleri bir tartışmanın verileriyle



Fotoğraf: "Kırmızının Ötesi" Dr. İmran Şan, Bursa STED Fotoğraf Yarışması 2007 Sergi Ödülü

donatılıyor. Kanser tanısı alan bir hastanın fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlarının yoğunlaştığı dönemlerde ortaya çıkan yakınma ve belirtilerin denetimine yönelik bir bakım hizmeti ülkemizde bulunmamaktadır. Kanser tanısı almış hasta ve yakınları için tanıdan sağaltım aşamalarına ya da ölüm anı ve sonrasında yas sürecine kadar uzanan süreç biz hekimlerin yakından tanık olduğumuz ancak sistematik yaklaşım konusunda bilgi ve becerilerimizin sınırlı olduğu özel bir dönemdir.

Erken tanı olanaklarının artması, tedavi seçeneklerinin çoğalması yaşam sürelerini uzatmakta, yaşlılığa bağlı hastalıklar yanı sıra kanser olguları artmaktadır. Kanser sağaltımı sonrası evde bakım ve rehabilitasyon hizmetleri önemlidir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarına ve sağlık çalışanlarına kolaylıkla erişebilen hasta ve hasta yakınları bu aşamada tedavi kurumları kadar bizlerden de destek beklemektedir. Makaleden öğrendiğimiz kadarı ile palyatif bakım konusunda Türkiye'de bir yapılanmanın olmadığı da gözetildiğinde hekimlerin, sağlık çalışanlarının bilgi sahibi olarak hasta ve hasta yakınlarını destekleyecek becerilerle donanmaları yararlı olacaktır. Bu gerekçelerle "Kanser ve Palyatif Bakım" yazısının üzerinde dikkatle durulması gerektiğini düşünüyoruz.

"Kanıtı dayalı tıp, bir hasta hakkında karar verirken, var olan en iyi kanıtın dikkatli, isabetli ve akla en uygun biçimde kullanılmasıdır." demekte "Kanıtı Dayalı Tıp Temeliyle Çocukluk Çağı Akut Solunum Yolu Enfeksiyonlarında İmmünstimülan Kullanımı" adlı makalede giriş yapan Akçaeer ve arkadaşları.

Günlük sağlık pratiğimiz içinde sık karşılaştığımız ancak uyguladığımız tedavilerle yeterince başarıya ulaşamadığımız hastalarımız olabilir. Gerek kanıtı dayalı tıp yaklaşımı ile uyguladığımız tedavilerinizi gerekse sonuçlarınızdan kaygı duyduğunuz olgularınızı bizle paylaşabilirsiniz. Sizleri çözüm üretmiş meslektaşlarımızla dergimiz aracılığıyla buluşturabiliriz.

Bilimsel ve dostça kalın.

Kanıtı Dayalı Tıp Temeli ile Çocukluk Çağı Akut Solunum Yolu Enfeksiyonlarında Immünstimülan Kullanımı

Evidence-Based Review on the Use of Immunostimulants for Childhood Acute Respiratory Tract Infections



Mutahher Akçaer, N. Tolga Akbaş*, H. Seda Boz*, Ersin Akşam*, Muhittin Çelik*, Sultan Acar*, Barış Akbaş*, Mina Gharibzadeh*, Bledar Hodo*, Hüseyin Kaya*, Dr. S. Songül Yalçın***

Öz

Bu araştırmada, bir immünstimülan ajan olarak kullanılan OM-85'in, çocukluk çağı solunum yolu enfeksiyonlarında kullanımının yeri olup olmadığının kanıtı dayalı tıp çerçevesinde incelenmesi amaçlanmıştır.

"OM-85 BV", "insan", "tüm çocuklar: 0-18 yaş" anahtar sözcükleri ile Pubmed'te tarama yapıldı. Tarama sonucu saptanan makaleler incelendi. Bunlardan referans olarak gösterilen makalelerden konu ile ilgili olanlar da incelendi. Çocuklarda yapılan 37 klinik çalışma ile erişkinde yapılan bir metaanaliz konu ile ilgili olduğu görülerek çalışmaya alındı.

Tekrarlayan üst solunum yolu enfeksiyonu geçiren hastalarda OM-85 kullanımı, enfeksiyonların süresini kısaltmakta ve enfeksiyonların daha az sıklıkta görülmesini sağlamaktadır. Ayrıca toplam enfeksiyon süresini, okula devamsızlık süresini, antitussif ve antibiyotik kullanımını azaltmaktadır. Bununla birlikte, yapılan çalışmalarda izlem süresinin kısa olması, randomizasyon ölçütleri ve tedavi protokollerinin uygun bir biçimde belirtilmemiş olması çalışmaların güvenilirliğini azaltmaktadır.

Yeni yapılacak çalışmalarda OM-85'in uzun dönem etkinliği, izlem süresi daha uzun tutularak araştırılmalı ve risk faktörlerinin OM-85 kullanımı ile ilişkisi de değerlendirilmelidir.

Anahtar sözcükler: OM-85, Broncho-Vaksom, OM-85 BV, akut solunum yolu enfeksiyonu, çocuk.

Giriş

Kanıtı dayalı tıp (KDT), belli bir hastalıkla ilgili olarak yapılmış araştırmaların verilerini, hekimin klinik deneyimi ve hastanın bulgularıyla bütünleştirebilmektir. Bir başka deyişle, bir hasta hakkında karar verirken, mevcut en iyi kanıtın dikkatli, isabetli ve akla en uygun biçimde kullanılmasıdır (1-3). Kanıtı dayalı tıbbın hızla yayılmasında, yeni bilgilere gereksinim, geleneksel bilgi kaynaklarının yetersizliği, tıp dergilerini okumak için zamanın kısıtlı olması ve bir kitabın basılması sırasında bilginin 2-3 yıl eskimesi gibi süregelen bazı sorunların yanı sıra, çeşitli alanlardaki

Abstract

The purpose of this study is to determine in an evidence-based medicine perspective whether the immunostimulant agent OM-85 can be used in the treatment of childhood acute respiratory tract infections or not. The Pubmed database was scanned with the key words "OM-85 BV", "human", "all children: age 0-18". The results of this scan and the reference articles that were related to the subject were examined. 37 clinical trials carried out in children and one meta-analysis in adults were considered significant and chosen to be included in the study.

The use of OM-85 decreases the duration and frequency of infection in patients with recurrent upper respiratory tract infections. Total duration of infections, days of absence from school and antitussive and antibiotic use are also decreased. On the other hand, there are some limitations about these studies including shortterm of follow up, improperly described randomisation criteria and treatment protocols.

Future studies should investigate the long-term efficacy of OM-85, keep the period of observation longer and evaluate the associations between risk factors and OM-85 use.

Key words: OM-85, Broncho-Vaksom, OM-85 BV, acute respiratory tract infections, child.

gelişmelerin de rolü vardır. Hekimler, biriken geniş literatür verileri arasından gerçekten gereksinimlerini karşılayacak anlamlı bilginin çıkarılmasında ve bu bilginin araştırma ve eğitim ortamlarına, özellikle de tanı ve tedavi evrelerine ulaştırılmasında zorluklarla karşılaşmaktadır. Nitelikli ve anlamlı bilginin hastaya aktarılması kanıtı dayalı tıp sürecini başlatan önemli bir nedendir. Yaşam boyu öğrenimi hedefleyen stratejilerin geliştirilmesi ve bilginin saniyeler içinde hekimlere ulaştırılmasını sağlayan sistemler de bu sürecin doğuşunu hızlandırmıştır. Kısacası, kanıtı dayalı tıp, bilimsel tıbbi uygulamalarda kullanılan metodoloji ve teknolojiye bir gelişimin bir sonucudur (1-3).

*Int. Dr.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Ankara

**Prof.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Ankara

KDT ile çözümlenecek olgu

Sekiz yaşındaki AC babası tarafından sık solunum enfeksiyonu nedeni ile Sağlık Ocağımıza getirildi. AC'nin 10 gündür devam eden ateşi, burun akıntısı, beş gündür devam eden geniz akıntısı, öksürük ve başağrısı yakınması vardı. Öksürüğünün sabahları arttığı ve koyu kıvamlı sarı renkli balgamı olduğu öğrenildi.

Fizik incelemesinde solunum sayısı 32/dk ve postnazal pürülan akıntısı vardı. Waters grafisinde sol maksiller sinüsde mukozal kalınlaşma ve havalanma azlığı görüldü. AC'ye akut sinüzit tanısı ile tedavi başlandı.

AC'nin özgeçmişinde yedi yıl önce bir kez pnömoni, daha sonra yılda ortalama 2-3 kez üst solunum yolu enfeksiyonu geçirdiği ve geçen yıl dört kez (1'i akut sinüzit), bu yıl içinde ise iki kez üst solunum yolu enfeksiyonu geçirdiği öğrenildi. Enfeksiyonların 7-10 gün içinde kendiliğinden düzeldiği öğrenildi. Baba çocuğunun sık enfeksiyon geçirdiğini ve bu durumun AC'nin okul başarısını olumsuz etkilediğini belirtmektedir. Bu nedenle çocuğu için OM-85 olarak adlandırılan bir immünstimülasyon tedavisinin uygulanıp uygulanamayacağını sormaktadır.

Bu olgumuzda elde edilen öykü ile immün stimulan tedavinin gerekip gerekmediğini kanıta dayalı tıp ile çözümlenmek istedik.

Bir immünstimulan ajan olarak kullanılan OM-85 "Haemophilus influenza, Streptococcus pneumonia, Klebsiella pneumonia, Klebsiella ozanae, Staphylococcus aureus, Streptococcus pyogenes, Streptococcus viridans ve Morexella catarrhalis isimli bakterilerin alkalın ortamda proteolizi sonucunda elde edilir (4). OM-85'in, MALT (Mukosa Associated Lymphatic Tissue) aktivasyonu ile lokal ve sistemik immün yanıtın uyarılmasında, makrofaj ve doğal katil hücre (naturel killer cell) aktivasyonunda, tükrükte IgA ve serumda IgG artışında etkili olduğu gösterilmiştir (5-8).

OM-85, altı aylıktan büyük yaş gruplarında KOAH, kronik bronşitin akut alevlenmelerinde, rinitte, otitte ve sinüzit olgularında kullanılmaktadır. Bu araştırmada çocukluk çağı

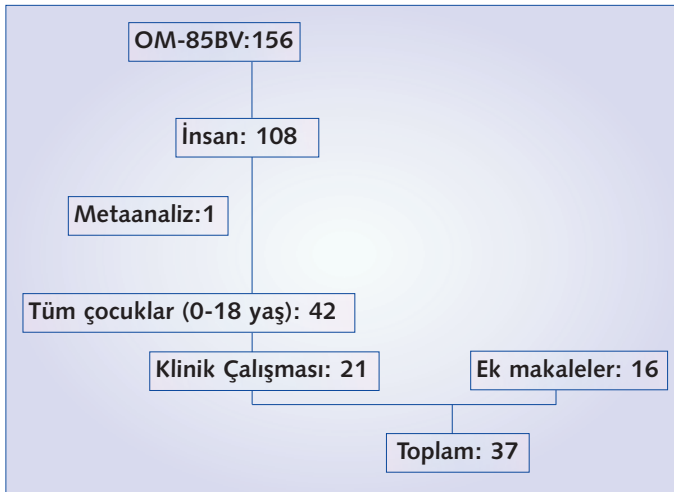
solunum yolu enfeksiyonlarında OM-85 kullanımının yeri olup olmadığının kanıta dayalı tıp çerçevesinde incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

"Pubmed" veri tabanında "OM-85 BV" anahtar sözcüğü kullanılarak tarama 2006 Aralık ayı sonunda yapıldı. 156 makaleye ulaşıldı. Sırasıyla yapılan "insan" sınırlamasıyla "44", "tüm çocuklar: 0-18 yaş" sınırlamasıyla "70" çalışma elendi. Kalan 42 makalenin 21 tanesi klinik çalışmaydı. Klinik çalışmaların 14'ü randomize kontrollü çalışma idi. Ulaşılan 21 klinik çalışmanın 11'inin tam metnine, diğer 10 tanesinin yalnızca özetine ulaşıldı. (Şekil 1) Bu makalelerin kaynakları da incelenerek konu ile ilişkili ek 16 makale daha saptandı. Bu 16 makalenin yalnızca özetine ulaşılabilirdi ve değerlendirilmeye alındı. Böylece değerlendirilen toplam makale sayısı 37' e ulaştı (4-40).

Bulgular

Çocuklarda OM-85 ile yapılan çalışmalar; Berber ve Del-Rio-Navarro BE 1995 yılında immunomodulatör bir ajan olan OM-85'in etkinliğini ve güvenilirliğini test etmek için faz 4 bir çalışma yapmışlar (11). Araştırmaya her iki cinsiyetten 12 yaşından küçük; başvuruda bir akut solunum yolu enfeksiyonu olan ve yineleyen solunum yolu enfeksiyonu öyküsü bulunan 587 çocuk alınmış ve OM-85 tedavisi verilmiştir. Çalışmada enfeksiyon sayısında %87 azalma, 386 çocuğun okula devamsızlığında %95 azalma, 556 çocukta antibiyotik tedavisinin gerekliliğinde %86



Şekil 1. Çalışma seçiminde izlediğimiz aşamalar

Tablo 1. Akut solunum yolu enfeksiyonu olan ve yineleyen solunum yolu enfeksiyonu öyküsü bulunan 12 yaşından küçük hastalarda OM-85 kullanımının etkinliği (11)

	Kişi Sayısı	Azalma	P
Enfeksiyonların sayısı	569	%87	p<0.001
Okula devamsızlık	386	%95	p<0.001
Antibiyotik tedavisi sayısı	556	%86	p<0.001
Klinik iyileşme zamanı	540	%49	p<0.001
Tam iyileşme zamanı	522	%48	p<0.001

azalma, 540 çocukta klinik olarak iyileşme zamanında %49 kısalma, 522 çocukta ise tam iyileşme zamanında %48 kısalma görülmüştür (Tablo 1).

Schaad ve ark. 1997-1999 yıllarını kapsayan, çift kör, plasebo kontrollü ve çok merkezli bir çalışmada üst solunum yolu enfeksiyonlarına duyarlı çocuklarda OM-85 kullanımının etkinliğini ve duyarlılığını incelemişler (36). Çalışmaya 3-8 yaşları arasında, yıl içerisinde en az üç kez üst solunum yolu enfeksiyonu atağı geçiren, ateşi 38°C'den daha fazla olan ve üst solunum yolu enfeksiyonu ile ilişkili antibiyotik reçetelenmesi olan çocuklar dahil edilmiştir. Otitis media, sinüzit, alt solunum yolu enfeksiyonu, alerjik astım, immün sistem hastalıkları ve malabsorpsiyonu olan çocuklar çalışmaya alınmamıştır. Çalışmanın sonucunda OM-85 alan 118 hastanın birinci ayda geçirdikleri üst solunum yolları enfeksiyonu oranı 0.31 iken, plasebo alan 99 hastada bu değer 0,37 olarak saptanmıştır. İkinci ayda OM-85 alan hastaların geçirdikleri üst solunum yolları enfeksiyonu oranı 0.47 iken, plasebo kullananlarda bu oran 0.54 saptanmıştır. Üçüncü, dördüncü ve beşinci aylarda OM-85 alanların geçirdikleri üst solunum yolları enfeksiyonu oranları sırasıyla 0.43, 0.30, 0.24 olurken bu değerler plasebo kullananlarda 0.54, 0.41, 0.31 olarak gözlenmiştir. Altıncı

ayda OM-85 alanların geçirdikleri üst solunum yolları enfeksiyonu oranı 0.31 iken, plasebo alanlarda bu oran 0,29 saptanmış. Altı ay toplamında OM-85 kullananların plasebo kullananlara oranla 0.40 daha az üst solunum yolları enfeksiyonuna yakalandıkları gösterilmiştir (Tablo 2).

Çalışmaya katılan hastalardan 3 ya da 3'ten daha fazla üst solunum yolları enfeksiyonu geçirenlerin oranları kümülatif olarak karşılaştırıldığında; birinci ayda hem OM-85 alanlarda hem de plasebo alanlarda %0; 2. ayda OM-85 alanlarda %1.7, plasebo alanlarda %6.1; 3. ayda OM-85 alanlarda %6.0, plasebo alanlarda %20.2; 4. ayda OM-85 alanlarda %14.5, plasebo alanlarda %36.4; 5. ayda OM-85 alanlarda %25.6, plasebo alanlarda %40.4 olarak gelmiştir ve 5 aylık olan bu değerler istatistiksel olarak anlamlıdır. Altıncı ay sonunda OM-85 alan hastaların %35.9'u plasebo alanların ise %46,5'i 3 ya da daha fazla sayıda üst solunum yolları enfeksiyonu geçirmiştir (36). Bu değerler istatistiksel olarak anlamlı değildir (Şekil 2).

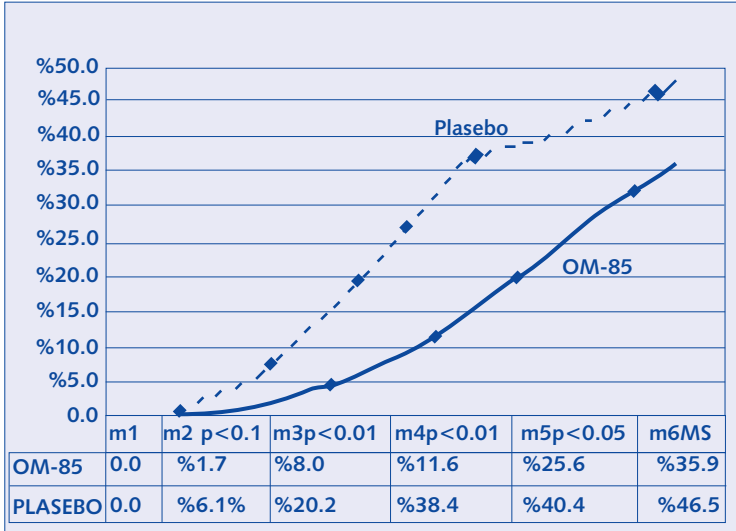
Jara-Perez ve Berber randomize kontrollü çalışmalarında OM-85'in alt solunum yolu enfeksiyonu insidansına, öğrencinin okuldan kaybettiği gün sayısına ve antibiyotik kullanma durumuna olan etkisini araştırmışlardır (22). Çalışmaya 6-13 yaşlarında olan, Güney Meksika'da yaşayan ve son altı ayda üç ya da 3'ten fazla sayıda alt solunum yolu enfeksiyonu geçirmiş olan 199 çocuk alınmıştır. Ailesinde alerji öyküsü, alt solunum yollarında malformasyonu, kistik fibroz, tüberkülozu, otoimmün bir hastalığı, karaciğer ya da böbrek yetmezliği ya da malnütrisyonu bulunan çocuklar çalışmaya alınmamıştır. 100 çocuğa plasebo verilirken, 99 çocuğa OM-85 verilmiştir. Enfeksiyon sayısı OM-85

Tablo 2. OM-85 kullananların ve plasebo grubunun altı aylık süre sonunda üst solunum yolları enfeksiyonuna yakalanma oranları (36)

Tedavi*	Aylar					
	1	2	3	4	5	6
OM-85 (n=118)*						
Ortalama	0.31	0.47	0.43	0.30	0.24	0.31
SEM	0.05	0.05	0.06	0.05	0.04	0.05
Plasebo (n=99)*						
Ortalama	0.37	0.54	0.54	0.41	0.31	0.29
SEM	0.05	0.06	0.06	0.06	0.05	0.06
Δ OM-85-PL**	0.06	0.07	0.11	0.11	0.07	-0.02
Kümülatif Δ OM-85-PL	0.06	0.13	0.24	0.35	0.42	0.40

*OM-85 alan 2, plasebo alan 1 hastanın bilgileri çıkarılmıştır.

** Δ OM-85-PL= OM-85 alan ve plasebo arasındaki aylık ÜSYE oranları farkı



Şekil 2. Çalışmaya katılan hastalardan 3 ya da 3'ten daha fazla üst solunum yolları enfeksiyonu geçirenlerin kümülatif olarak karşılaştırılması (36)

Tablo 3. OM-85 kullanımının etkinliğinin plasebo grubu ile karşılaştırılması (22)

	OM-85 BV (99)	Plasebo (100)
Toplam enfeksiyon sayısı	143 Akut SYE	299 Akut SYE
Okula devamsızlık*	0 (0 - 4.6)†	3 (0 - 7.0)
Antibiyotik tedavi sayısı*	0 (0 - 3.0)†	2 (1.0 - 4.0)
Destek tedavi süresi (gün)*	5.0 (0 - 27)†	24 (11 - 35)
Tam iyileşme zamanı (gün)*	5.0 (0.0 - 19)†	19 (12 - 31)

*Ortanca değerler (5-95 persentiller)

Tablo 4. OM-85 kullananların ve plasebo grubunun bir yıllık süre sonunda geçirdikleri solunum yolları enfeksiyonları sayıları (4)

	Olgu sayısı	Akut SYE sayısı	Alt SYE sayısı	Üst SYE sayısı	Otitis media sayısı
OM-85 BV	26	131	3	125	3
Plasebo	28	224	6	204	14

Tablo 5. OM-85 kullananlarda bir yıl içinde akut solunum yolu enfeksiyonu sayısının, tedavisinin, hastalığın süresinin ve görülen yan etkilerin plasebo grubu ile karşılaştırılması (4).

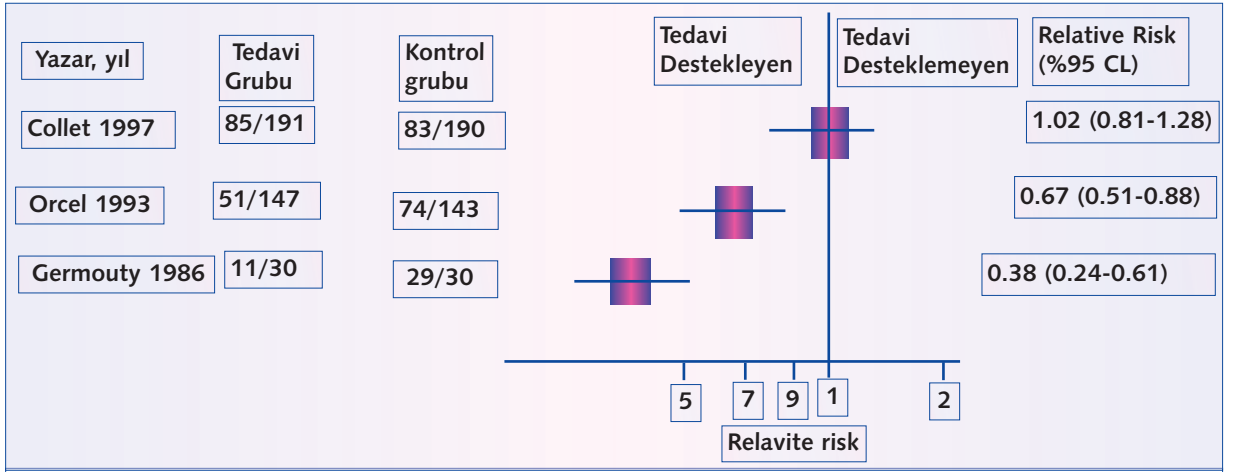
	Akut SYE sayısı	Antibiyotik kullanma süresi	Hastalık süresi	Yan etkiler
OM85 BV	5.04 (+/- 1.99)	2.46 (+/- 2.08)	35.23 (+/- 17.64)	Toplam 5 (ilaca bağlı 1)
Plasebo	8.0 (+/- 2.55)	4.46 (+/- 2.08)	60.75 (+/- 25.44)	6
FARK (%95 G.A.)	-2.96 (-4.22,-1.7)	-2.0 (-3.14,-0.86)	-25.52 (-37.56,-13.47)	

kullananlarda %50 daha az bulunmuştur (OM-85: 143, plasebo: 299). Okula devamsızlığın ortanca değerı OM-85 kullananlarda 0 olurken, plasebo kullananlarda 3 saptanmıştır. OM-85 kullananlarda antibiyotik kullanımının ortanca değerı 0 iken plasebo grubunda 2 olarak gözlenmiştir. Tam iyileşme süresinin ortanca değerı OM-85 için beş gün iken plasebo grubunda 19 gün olarak bulunmuştur (Tablo 3).

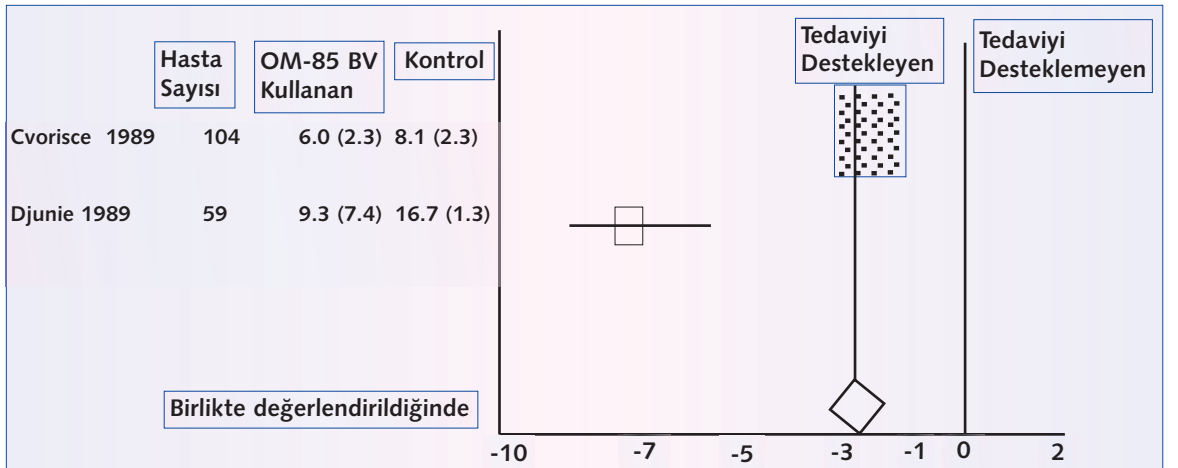
Gutierrez-Tarango ve Berber 1997-1999 yıllarında randomize kontrollü bir çalışmada 1-12 yaş arası olan, Meksika'da yaşayan, son altı ay içinde en az üç kez akut solunum yolu enfeksiyonu geçirmiş olan ocuklarda OM-85'in 12 aylık güvenilirliğini ve etkinliğini araştırmışlardır (4). Ailesinde alerji öyküsü bulunan, mevsimsel ya da gıda ile ilgili hışltı ve burun kaşıntısı olan, alt solunum yollarında malformasyonu bulunan, son altı ayda kortikosteroid, immünosupresan, immünostimulan, gama globulin ya da antikonvulsif ile tedavi alan çocuklar çalışmaya alınmamıştır. OM-85 alan 26 hastada toplam akut solunum yolu enfeksiyonu atağı sayısı 131 iken bu sayı plasebo alan 28 hastada 224 bulunmuştur. Alt solunum yolu enfeksiyonu sayısı OM-85 alanlarda üç, plasebo alanlarda 6; üst solunum yolu enfeksiyonu sayısı OM-85 alanlarda 125, plasebo alanlarda 204; otit sayısı OM-85 alanlarda 3, plasebo alanlarda 14 olmuştur (Tablo 4). OM-85 alanlarda ortalama akut solunum yolu enfeksiyonu sayısı 5.04 (+/- 1.99) iken, plasebo alanlarda 8.0(+/- 2.55) bulunmuştur (fark: 2.96). Antibiyotik kullanımı OM-85 alanlarda ortalama 2.46(+/-2.08) gün sürerken plasebo alanlarda ortalama 4.46 (+/- 2.08) gün sürmüştür (fark: 2.0 gün). OM-85 alanlarda 12 ay süresinde hastalık geçirme süresi ortalama 35.23 (+/-17.64) gün olurken; plasebo alanlarda ise 60.75 (+/-25.44) gündür (fark: 25.52 gün). OM-85 alanlarda ilaca bağlı yalnızca bir yan etki görölmüştür (Tablo 5).

KOAH ve kronik bronşiti olan hastalarda OM-85 etkinliği

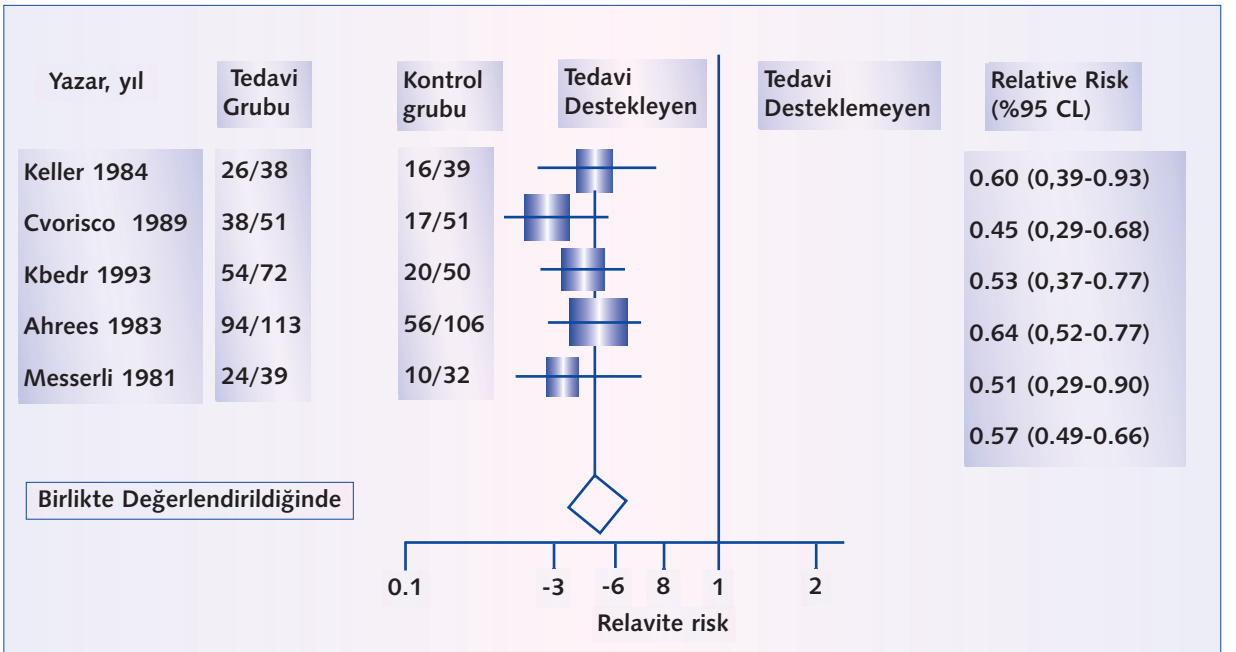
OM-85 kullanımının, KOAH ve kronik bronşiti olan hastalardaki alevlenmeleri nasıl etkilediği ile ilgili üç araştırmadan (16,20,30) ikisinde (Orcel (1993) (30) ve Germouty (1986) (20)) OM-85'in etkin olduğu gösterilmiştir. Germouty ve ark., OM-85



Şekil 3. OM-85 kullanımının KOAH ve kronik bronşiti olan hastalarda ataklar üzerine etkisi ile ilgili araştırmaların sonuçları (16,20,30)



Şekil 4. OM-85BV kullanımının KOAH ve kronik bronşiti olan hastalarda alevlenmelerin süresi üzerine etkisi ile ilgili araştırmaların sonuçları (17,19)



Şekil 5. OM-85BV kullanımının belirtilerin iyileşmesine etkisi ile ilgili araştırmaların sonuçları (9,17,23,24,29)

kullanan hastalarda alevlenmelerin %62 oranında azaldığını bildirmiştir. Orçel ve ark. ise, OM-85 kullanan hastalarda ataklar %33 oranında azaldığını gözlemiştir (Şekil 1). OM-85BV kullanımının hastalardaki atak süresini yaklaşık üç gün (2,7 gün) kısalttığı saptanmıştır (17,19) (Şekil 4). OM-85BV kullanımının, hastalardaki belirtilerin iyileşmesine etkisi beş araştırmada incelenmiştir (9, 17, 23, 24, 29). OM-85 kullanan hastalarda belirtilerin %43 oranında daha hızlı iyileştiği bulunmuştur (Şekil 5).

Tartışma

Yineleyen üst solunum yolu enfeksiyonu geçiren hastalarda OM-85 kullanımı enfeksiyonların süresini kısaltmakta ve enfeksiyonların daha az sıklıkta görülmesini sağlamaktadır. Ayrıca toplam enfeksiyon süresini, okula devamsızlık süresini, antitussif, mukolitik ve antibiyotik kullanımını azaltmaktadır. Bununla birlikte, çalışmalarda izlem süresinin kısa olması, randomizasyon ölçütleri ve tedavi protokollerinin uygun bir biçimde belirtilmemiş olması çalışmaların güvenilirliğini azaltan etmenlerdir. Bu çalışmaların çoğu çeşitli ilaç firmaları tarafından desteklenmiştir. Bu durum çalışmaların kısıtlılıklarındandır. Ayrıca olgumuzda solunum yolu enfeksiyonu açısından herhangi bir risk faktörü olma ihtimalinin sorgulanması sonucunda babanın ev içerisinde günde iki paket sigara içtiği saptanmıştır. Bu nedenle solunum yolu enfeksiyonları açısından kolaylaştırıcı nedenlerin ortadan kaldırılması önerilmiştir.

İletişim: Dr. Songül Yalçın

E-posta: siyalcin@hacettepe.edu.tr

Kaynaklar

- 1- Badenoch D, Heneghan C. Evidence-based medicine toolkit. BMJ Books. Navarra, 2002.
- 2- Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, et al. Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM 2nd ed. Edinburgh: Scotland Churchill Livingstone, 2000.
- 3- The evidence-based radiology working group. Evidence-based radiology: a new approach to the practice of radiology. Radiology 2001; 220:566-575.
- 4- Gutierrez-Tarango MD, Berber A. Safety and efficacy of two courses of OM-85 BV in the prevention of respiratory tract infections in children during 12 months. Chest. 2001; 119:1742-8.
- 5- Emmerich B, Emslander HP, Milatovic D, et al. Effects of a bacterial extract on local immunity of the lung in patients with chronic bronchitis. Lung 1990;168:726-731
- 6- Lusuardi M, Capelli A, Carli S, et al. Local airways immune modifications induced by oral bacterial extracts in chronic bronchitis. Chest 1993;103:1783-1791
- 7- Mauel J. Stimulation of immunoprotective mechanisms by OM-85 BV: a review of results from in vivo and in vitro studies. Respiration 1994;61(suppl 1):8-15
- 8- Puigdollers JM, Serna GR, Hernandez del Rey I, et al. Immunoglobulin production in man stimulated by an orally administered bacterial lysate. Respiration 1980; 40:142-149
- 9- Ahrens, J. Clinical effects of oral immunotherapy. Atemw Lungenkrkh 1983;9,424-427
- 10- Aymard M, Chomel JJ, Allard JP, et al. Epidemiology of viral infections and evaluation of the potential benefit of OM-85 BV on the virologic status of children attending day-care centers. Respiration. 1994;61 Suppl 1:24-31.
- 11- Berber AC, Del-Rio-Navarro BE. Use of Broncho-Vaxom in private practice: phase IV trial in 587 children. Clin Ther. 1996;18:1068-79.
- 12- Collet JP. The EPICUR study: a new way of research in the prevention of ORL and respiratory infections in children. Pediatrie. 1991;46(8-9 Suppl):18-21.
- 13- Collet JP. Immunomodulators and primary prevention of respiratory infections: methodological considerations. Dev Biol Stand. 1992; 77:159-65.
- 14- Collet JP, Boissel JP. OM-85 BV: primary versus secondary prevention. Respiration. 1994;61 Suppl 1:20-3.
- 15- Collet JP, Ducruet T, Kramer MS, et al. Stimulation of nonspecific immunity to reduce the risk of recurrent infections in children attending day-care centers. The Epicreche Research Group. Pediatr Infect Dis J. 1993;12:648-52.
- 16- Collet JP, Shapiro P, Ernst P, et al Effects of an immunostimulating agent on acute exacerbations and hospitalizations in patients with chronic obstructive pulmonary disease: the PARI-IS Study Steering Committee and Research Group; Prevention of Acute Respiratory Infection by an Immunostimulant. Am J Respir Crit Care Med 1997;156,1719-1724
- 17- Cvorisec, B, Ustar, M, Pardon, R, et al Oral immunotherapy of chronic bronchitis: a double-blind placebo-controlled multicentre study. Respiration 1989;55,129-135
- 18- Del-Rio-Navarro BE, Luis Sierra-Monge JJ, Berber A, et al. Use of OM-85 BV in children suffering from recurrent respiratory tract infections and subnormal IgG subclass levels. Allergol Immunopathol (Madr). 2003;31:7-13.
- 19- Djuric, O, Mihailovic-Vucinic, V, Stojcic, V Effect of Broncho-Vaxom on clinical and immunological parameters in patients with chronic obstructive

- bronchitis: a double-blind, placebo-controlled study. *Int J Immunother* 1989;5,139-143
- 20- Germouty, J Immunotherapy of recurrent respiratory infections. Double-blind study of a new immunomodulator in 60 patients. *Rev Pneumol Clin* 1986;42,207-213.
- 21- Gomez Barreto D, De la Torre C, Alvarez A, et al. [Safety and efficacy of OM-85-BV plus amoxicillin/clavulanate in the treatment of subacute sinusitis and the prevention of recurrent infections in children] *Allergol Immunopathol (Madr)*. 1998;26:17-22. Spanish.
- 22- Jara-Perez JV, Berber A. Primary prevention of acute respiratory tract infections in children using a bacterial immunostimulant: a double-masked, placebo-controlled clinical trial. *Clin Ther*. 2000;22:748-59.
- 23- Keller, R Multicenter double blind trial of Broncho-Vaxom in chronic bronchitis. *Schweiz Med Wschr* 1984;114,934-937.
- 24- Khedr, MS Clinical and immunological efficacy of Broncho-Vaxom in chronic bronchitis: a double-blind study. *Acta Ther* 1993;19,49-60.
- 25- Li J, Zheng JP, Yuan JP, et al. Protective effect of a bacterial extract against acute exacerbation in patients with chronic bronchitis accompanied by chronic obstructive pulmonary disease. *Chin Med J (Engl)*. 2004;117:828-34.
- 26- Losa GA, Maestroni GJ. Clinical and immunobiological action of an orally administered bacterial extract. *Schweiz Med Wochenschr*. 1984;114:930-2.
- 27- Maestroni GJ, Losa GA. Clinical and immunobiological effects of an orally administered bacterial extract. *Int J Immunopharmacol*. 1984;6:111-7.
- 28- Martin du Pan RE, Martin du Pan RC. Clinical study concerning the prevention of infections of the upper respiratory tract of preschool children. *Schweiz Rundsch Med Prax*. 1982;71:1385-9.
- 29- Messerli, C, Michetti, F, Sauser-Hall, P, et al. Effect of a bacterial lysate (Broncho-Vaxom) in the therapy of chronic bronchitis: multi-center double-blind clinical trial. *Rev Med Suisse Romande* 1981;101,143-146
- 30- Orcel, B, Delclaux, B, Baud, M, et al Preventive effect of an immunomodulator, OM-85 BV, on acute exacerbations of chronic bronchitis in elderly patients: Preliminary results at six months in 291 patients. *Rev Mal Respir* 1993;10,23-28
- 31- Paupe J. Value of Imocur in the prevention of recurrent infections in children under six years of age. Results of a multicenter, placebo-controlled trial. *Ann Pediatr (Paris)*. 1990;37:475-9.
- 32- Paupe J. Immunotherapy with an oral bacterial extract (OM-85 BV) for upper respiratory infections. *Respiration*. 1991;58(3-4):150-4.
- 33- Pessey JJ, Megas F, Arnould B, Baron-Papillon F. Prevention of recurrent rhinopharyngitis in at-risk children in France: a cost-effectiveness model for a nonspecific immunostimulating bacterial extract(OM-85 BV). *Pharmacoeconomics*. 2003;21:1053-68.
- 34- Rosaschino F, Cattaneo L. Strategies for optimizing compliance of paediatric patients for seasonal antibacterial vaccination with sublingually administered Polyvalent Mechanical Bacterial Lysates (PMBL). *Acta Biomed*. 2004;75:171-8.
- 35- Schaad UB, Farine JC, Fux T. Prospective placebo-controlled double-blind study using a bacterial lysate in infections of the respiratory tract and ENT region in children. *Helv Paediatr Acta*. 1986;41:7-17.
- 36- Schaad UB, Mutterlein R, Goffin H; BV-Child Study Group. Immunostimulation with OM-85 in children with recurrent infections of the upper respiratory tract: a double-blind, placebo-controlled multicenter study. *Chest*. 2002;122:2042-9.
- 37- Steurer-Stey C, Bachmann LM, Steurer J, Tramèr MR. Oral purified bacterial extracts in chronic bronchitis and COPD: systematic review. *Chest*. 2004;126:1645-55.
- 38- Wartenberg J, Lewandowska J, Pilarek M, Piltz D. [T and B lymphocytes and serum alpha 1-antitrypsin activity in children with bronchial asthma treated with broncho-vaxom]. *Pol Tyg Lek*. 1990;45(29-31):601-4.
- 39- Zagar S, Lofler-Badzek D. Broncho-Vaxom in children with rhinosinusitis: a double-blind clinical trial. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec*. 1988;50:397-404.
- 40- Zielnik-Jurkiewicz B, Jurkiewicz D, Stankiewicz W. Effectiveness of Broncho-Vaxom in prevention of recurrent upper respiratory tract infection in children. *Pol Merkur Lekarski*. 2005;19:625-9.

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 Grub'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



Dr. Burçak Kitiş Çelik, Dr. Nilgün Erkek*, Dr. Aysel Yöney**, Dr. Şit Uçar*, Dr. Saliha Şenel*, Dr. Can Demir Karacan****

Öz

Elektrik çarpmaları diğer kazalara oranla seyrek görülmekle birlikte yüksek mortalite ve morbiditeye neden olabilirler. Çalışmamızda acil servisimize başvuran olguları geriye dönük olarak değerlendirerek; elektrik çarpan çocuk hastanın izlemine ve bu kazalar için alınabilecek önlemleri tartışmayı amaçladık. Ocak 2005-Aralık 2006 tarihleri arasında iki yıllık dönemde acil servisimize elektrik çarpması nedeniyle başvuran toplam sekiz olgunun kız-erkek oranı 1:1, yaş ortalaması $5,93 \pm 3,78$ yıldır. Hastaların çoğunluğu evlerinde düşük voltajlı elektrik akımına maruz kalmıştı. Hastaların hepsi hastaneye yatırılarak 24 saat izlendi. Hiçbirinde çoklu sistem etkilenimi, aritmi ve ölüm saptanmadı. Ev içinde düşük voltajla elektrik çarpmasına maruz kalan çocuk hastalar olay yerinde kardiyak arrest geçirmemişlerse, bilinç kaybına uğramamışlarsa, ciddi yanıkları yoksa ve acil servise başvuru anında belirtisizlerse; bu hastaların güvenle ayaktan izlenebileceğini düşünüyoruz. Düşük voltaja maruz kalıp olay yerinde arrest ya da bilinç kaybı geçiren, ciddi yanıkları olan, acil servise başvuru sırasında belirtisi olan hastalarla, yüksek voltaja maruz kalan hastalar ise hastaneye yatırılmalı, çoklu sistem etkilenimi, aritmi ve komplikasyonlar açısından izlenmelidir. Elektrik çarpmalarından korunmada ev içi önlemlerin rolü büyüktür. Hekimler ailelere çocukların gözetiminin önemini, elektrik kablolarının-tesisatlarının standardize edilmesinin ve denetlenmesinin; priz kapaklarının, zeminde kaçak algılayıcı akım kesicilerin kullanılmasının gerekliliğini anlatmalıdırlar. Elektrik çarpmalarının sonuçları ve önlemler konusunda iletişim araçlarında ve okullarda bilgilendirme yapılmalıdır.

Anahtar sözcükler: Elektrik çarpması, çocuk, izlem, önlem.

Giriş

Elektrik çarpmaları diğer kazalara oranla seyrek görülmekle birlikte yüksek mortalite ve morbiditeye yol açabilirler. Özellikle yüksek voltajlı elektrik akımı aritmilere ya da solunum kası paralizisine yol açarak ani ölüme neden olabileceği gibi, ağır yanıklar ve çoklu sistem etkilenimi sonucu morbidite ve uzun dönemde sekellere yol açar (1). Bebekler ve küçük çocuklar genellikle ev içi ortamda elektrik

Abstract

Electrical injuries are infrequent relative to other injuries, but they are associated with high morbidity and mortality. In our study, by retrospectively evaluating the cases that applied to our emergency department, we aimed to discuss the management of a child with electrical injury and the precautions that can be taken to prevent these injuries. There were eight children who were admitted to our emergency department due to electrical injury during the two-year period between January 2005 - December 2006. Male:female ratio was 1:1 and the mean age of the patients was 5.93 ± 3.78 years. Most of them were exposed to the low-voltage current at home. All patients were admitted to the hospital and observed for 24 hours. Among them, we have not observed any multisystem injuries, arrhythmias or deaths. If a child has had a low-voltage injury in a household, has not had a cardiac arrest or lost his consciousness at the scene, has no severe burns and is asymptomatic when brought to the emergency room, we believe that these patients can be safely followed-up as an out-patient. Cases of low-voltage injury who had an arrest or lost consciousness at the scene, who have severe burns or have symptoms when brought to the emergency room should be admitted and observed for multisystem involvement, arrhythmia and other complications. Indoor preventive measures have an important role to avoid electrical injuries. Physicians should inform the families about the importance of supervising children carefully, standardising and supervising electrical wires and circuitry and using circuit breakers. Schools and mass media should inform the public about the prevention and consequences of electrical injury.

Key words: Electrical injury, child, monitoring, prevention.

kablolarından kaçak, bu kabloların ısırılması ve duvar prizlerine iletken cisim sokulması sonucunda düşük voltajlı (<1000 V) elektrik akımına maruz kalırlar. Daha büyük çocuklar ve ergenlerse dış ortamda ağaçlara ve elektrik direklerine tırmanma sırasında ya da iş ortamında sanayi makineleriyle temas sırasında yüksek voltajlı elektrik akımına maruz kalırlar (2). Düşük ve yüksek voltajlı elektrik akımının insan bedeni üzerindeki etkileri dolayısıyla bu

*Uzm.; Dr. Sami Ulus Çocuk Sağ. ve Hast. Eğitim ve Araştırma Hast., Ankara

**Uzm.; Dr. Sami Ulus Çocuk Sağ. ve Hast. Eğitim ve Araştırma Hast., Klinik Şefi, Ankara

***Uzm.; Dr. Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hast., Klinik Şef Yrd., Ankara

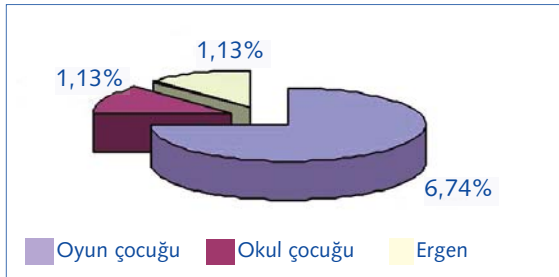
hastaların izlem ve tedavisi farklılık göstermektedir (1-3). Çalışmamızda acil servisimize başvuran olguları değerlendirerek elektrik çarpan çocuk hastanın izlemini ve önlemleri tartışmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem

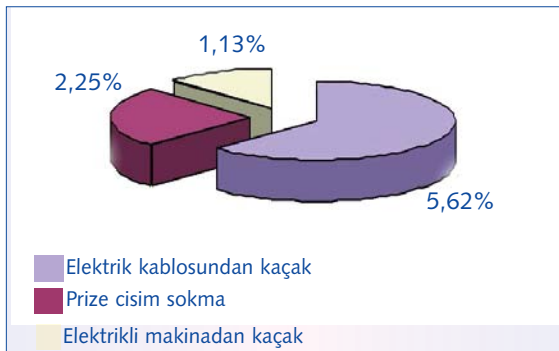
Acil servisimize Ocak 2005-Aralık 2006 tarihleri arasında elektrik çarpması nedeniyle başvuran olguların dosyaları retrospektif olarak incelendi. Yaşları, cinsiyetleri, elektrik akımına maruz kalış yerleri ve biçimleri, izlemlerinde kas-iskelet sistemi, kardiyovasküler sistem ve renal etkilenim gelişip gelişmediği kaydedildi. Veriler Microsoft Office Excel 2003'te değerlendirildi.

Bulgular

Ocak 2005-Aralık 2006 tarihleri arasında iki yıllık dönemde acil servisimize elektrik çarpması nedeniyle toplam sekiz olgu başvurmuştu. Olguların kız-erkek oranı 1:1 idi. Hastaların yaş ortalaması $5,93 \pm 3,78$ (ortalama \pm standart sapma) yıld. En küçük hasta iki yaşındaydı. Hastaların altısı (%74) oyun çocuğu, biri (%13) okul çocuğu, biri (%13) ergendi (Grafik 1). Hastaların yedisi (%87.5) evlerinde ve ergen hastamız iş ortamında olmak üzere, hepsi elektrik akımına



Grafik 1. Hastaların yaş grubuna göre dağılımı (Hasta sayısı, yüzde)



Grafik 2. Hastaların elektriğe maruz kalma biçimlerine göre dağılımı (Hasta sayısı, yüzde)

kapalı ortamlarda maruz kalmıştı. Hastaların beşi (%62,5) elektrik kablosunun elle tutulması sırasında kaçak, ikisi (%25) prize iletken cisim sokma, biri (%12,5) elektrikli makineden kaçak sonucu elektrik akımına maruz kalmıştı (Grafik 2). Yüksek voltajlı elektrik akımına maruz kalan hasta yoktu. Hastaların hepsinde elektrikle temas ettikleri bölgede yüzeysel yanık saptandı. Hastaların hepsi hastaneye yatırıldı, 24 saat kardiyak monitörizasyon yapıldı, idrar çıkışı izlendi. Kreatinin kinaz (CK) düzeyleri, böbrek ve karaciğer işlev testleri izlendi. Hiçbirinde böbrek ve karaciğer işlev testlerinde bozulma, kreatinin kinaz düzeylerinde artma, oligüri, myoglobulinüri ve aritmi saptanmadı. Hiçbirinin cerrahi tedaviye gereksinimi olmadı, yalnızca yanık bölgesine pansuman yapıldı. Ölen hasta olmadı.

Tartışma

Elektrik çarpmaları; yüksek gerilim hatları, trafolar, sanayi elektriği ve yıldırım kaynaklı temas ve ark oluşmaları sonucu gelişen yüksek voltajlı akımla (>1000V) ya da genellikle ev içi elektriği kaynaklı düşük voltajlı akımla (<1000V) gelişebilir. Yüksek voltajlı elektrik çarpmalarında derin yanıklara ve kompartman sendromuna bağlı organ kayıpları, rabdomiyolize bağlı böbrek yetmezliği ve çoklu organ yetmezliği sık görülür. Düşük voltajlı elektrik çarpmalarında yanıklar genellikle yüzeyledir. Rabdomiyoliz seyrektr. Yüksek voltaja bağlı elektrik çarpmalarında daha sık olmakla birlikte her iki tipte de yaşamı tehdit eden kardiyak aritmiler (özellikle ventriküler fibrilasyon), elektrik akımı tarafından fırlatılmaya bağlı gizli travma ve solunum durması görülebilir (1-3).

Küçük çocuklar genellikle ev içinde kabloların ısırılması, elektrik kablolarıyla temas ve prizlere iletken cisimlerin sokulması sonucunda düşük voltajlı elektrik akımına maruz kalırlar. Bu yaş grubunda cinsiyet dağılımı eşittir. Daha büyük çocuklar ve ergenler ev dışında, yüksek gerilim hatları kaynaklı ya da iş ortamında sanayi tipi yüksek voltajlı elektrik akımına maruz kalırlar. Bu yaş grubunda ise erkeklerin sayısı belirgin fazladır (2-3-4). Çalışmamızda cinsiyet dağılımının eşit olması hastalarımızın ağırlıklı olarak oyun çocuğu yaş grubunda olmalarına bağlandı. Çocukluk çağında kabloların ısırılması ile ağır



Resim 1. Elektrik çarpması nedeniyle başvuran hastalar monitörlenebilecekleri ve gerektiğinde resusitasyon ve kardiyoversiyon uygulanabilecek bir ortamda izlenmelidirler.

çevresi dokularda ağır zedelenme yaratan yanıklara sıkça rastlanır (2-4). Biz çalışmamızda hiç kablo ısırılmasına bağlı ağız yaralanması saptamadık. Bu durum iki yaş altı hastamızın olmamasıyla açıklanabilir. Hastalarımız en sık ev içinde elektrik kablolarına elle temas etmişlerdi. Prize iletken cisim sokanlar daha azdı. Rabban ve ark. 144 çocuk ve ergen hastayı inceledikleri serilerinde çalışmamızla uyumlu olarak elektrik maruziyetinin ağırlıkla kablolarla temas sonucunda gerçekleştiğini saptamışlardır. Bu bilgiler ışığında ev içi önlemlerin ağırlıklı olarak prizlerin kapatılmasına yönelik olmasını eleştirerek elektrik kablosu üretiminin ve kullanımının standardizasyonuna yönelik yasal düzenlemelerin bir an önce yapılmasını önermişlerdir (2). Ev içi önlemlerin birçok batı ülkesinde uygulanan ve etkili olduğu saptanan bir diğer biçimi de zeminde "kaçak algılayıcı akım kesiciler"dir. Bu aletler zeminde elektrik aktivitesi ya da kısa devre algıladıklarında elektrik akımını keserler (2-5). Biz de bu bilgiler ışığında ev içi elektrik çarpmalarının önlenmesinde çocukların gözetim altında tutulmasını, elektrik kablolarının ve tesisatlarının standardize edilmesini ve denetlenmesini, priz kapaklarının, zeminde kaçak algılayıcı akım kesicilerin kullanılmasını ve elektrik çarpmalarının sonuçları ve önlemler konusunda iletişim araçlarında, okullarda ve muayene sırasında hekimler tarafından bilgilendirilme yapılmasını öneriyoruz.

Büyük yaşlardaki çocuklar ve ergenler genellikle ağaçlara ve trafolarla tırmanma sonucunda ya da iş ortamında yüksek voltajlı elektrik akımına maruz kalırlar (2-3). Bu tip yaralanmalarda ani kardiyak arrest, ekstremitte kaybı, ağır kas nekrozuna ikincil akut böbrek yetmezliği ve izlem sırasında gelişen aritmilere bağlı ölüm olasılığı daha fazladır (1-3). Bizim tek ergen olgumuzda da yayınlarla uyumlu olarak elektrik akımına maruziyet iş ortamında süt makinesinden oluşan kaçakla meydana gelmişti. Hastada ciddi sistemik komplikasyonlar ve aritmi gözlenmedi. Çalışmamıza alınan hastalarda ciddi yanık, kardiyak ve renal etkilenim gözlenmemesi hastaların ev içinde düşük voltajlı elektrik akımına maruz kalmalarına bağlıdır.

Elektrik çarpmasının en ciddi kardiyak komplikasyonu kardiyak arreste yol açan ventriküler fibrilasyondur. Ölümcül olmayan sinüs taşikardisi, QT uzaması, çeşitli kalp blokları ve özgül olmayan ST değişiklikleri gibi başka aritmiler de bildirilmiştir. Ancak bunlar genellikle hemodinamik bozukluğa yol açmazlar ve geçicidirler (1-6). 1960'lardan bu yana elektrik çarpması olgularının tümünü 24 saat boyunca kardiyak monitorizasyon için hastaneye yatırmak geleneksel duruma gelmiştir (6). Zubair ve ark. ev içi elektrik temasında dört saatlik bir kardiyak monitorizasyon sonrası hastanın güvenli bir biçimde eve gönderilebileceğini savunmaktadırlar (3). Wallace, Bailay, Garcia standart ev içi elektrik akımıyla temas etmiş ve belirtisi olmayan hastalara ne elektrokardiyografi (EKG) ne de kardiyak monitorizasyon önermektedirler (7-8-9). Wilson ve Fatovitch ise eğer başvuru sırasında çekilen EKG normale monitorizasyona gerek görmemektedir (10). Bir meta analiz çalışmasında ev içi düşük voltaja maruz kalan çocuk hastaların acil servise başvuru sırasında belirtisiz olmaları; olay yerinde kardiyak arrest geçirmemiş ve bilinç kaybına uğramamış olmaları durumunda, geç dönemde aritmi geliştirmedikleri saptanmıştır. Bu olgulara uzun süreli kardiyak monitorizasyon önerilmemiştir (6). Biz hastalarımızı olay yerinde bilinç kaybı ve kardiyak arrest olmaması ve başlangıç EKG'leri normal olmasına karşın 24 saat kardiyak monitorizasyonda tuttuk. Gözlemlerde aritmi saptamadık. Yeni yayınlar ışığında bizim hastalarımız gibi ev içi düşük voltaja maruz

kalan belirtisiz hastaların hastaneye yatırılmasını ve monitörizasyonunu gereksiz buluyoruz. Ancak hastalara başvuru sırasında EKG çekilmesini öneriyoruz.

Yüksek voltaja maruz kalan hastalarda CK düzeyleri yüksek saptanmış olup bu durum amputasyon riski ve mortaliteyle doğrudan ilişkili bulunmuştur (11). Ev içinde düşük voltajlı elektrik çarpmasına maruz kalan hastalarda seyrek olarak hafif yükselmiş CK düzeyleri bulunabilmektedir. Ancak bu yüksekliğin klinik önemi saptanmamıştır (3). Elektrik çarpmalarında akımın doğrudan etkisi ya da kardiyopulmoner arreste ikincil hipoksi sonucu hastalarda karaciğer ve böbrek yıkımı gelişebilmektedir (1). Yayınlarda söz edildiği gibi biz de ev içi düşük voltaja maruz kalmış ancak belirtisiz olan ya da minör yanığı olan hastalarda CK, böbrek ve karaciğer işlevleri testlerinin yapılmasını önermiyoruz (3). Yüksek voltajlı elektrik akımına maruz kalan, olay yerinde arrest geçiren ya da acil servise başvuru sırasında belirtisi olan hastaların yakın izlemi için hastaneye yatırılması gerektiği bildirilmiştir. Bu hastalarda sürekli kardiyak monitorizasyon yapılması; böbrek-karaciğer işlev testleri, idrar çıkışı, myoglobulinüri açısından izlem önerilmektedir. Yanıkların derin olabileceği ve kompartman sendromunun gelişebileceği bildirilmektedir (1-3).

Sonuç

Çocukluk çağı elektrik çarpmaları öncelikle ev içinde düşük voltajla gerçekleşmektedir. Ev içi düşük voltajlı elektrik çarpmasına maruz kalan çocuk hastalar olay yerinde kardiyak arrest geçirmemişlerse, bilinç kaybına



Resim 2. Elektrik çarpması nedeniyle başvuran hastalar monitörize edilebilecekleri ve gerektiğinde resusitasyon ve kardiyoversiyon uygulanabilecek bir ortamda izlenmelidirler.

uğramamışlarsa, ciddi yanıkları yoksa ve acil servise başvuru anında belirtisizlerse güvenle ayakta izlenebilirler. Düşük voltaja maruz kalıp olay yerinde arrest geçiren, bilinç kaybına uğrayan, ciddi yanıkları olan, acil servise başvuru sırasında belirtisi olan hastalar ile yüksek voltaja maruz kalan hastalar hastaneye yatırılmalı, çoklu sistem ekilenimi, aritmi ve komplikasyonlar açısından en az 24 saat izlenmelidir.

Elektrik çarpmalarından korunmada ev içi önlemlerin rolü büyüktür. Hekimler ailelere çocukların gözetiminin önemini, elektrik kablolarının-tesisatlarının standardize edilmesinin ve denetlenmesinin; priz kapaklarının, zeminde kaçak algılayıcı akım kesicilerin kullanılmasının gerekliliğini anlatmalıdırlar. Elektrik çarpmalarının sonuçları ve önlemler konusunda iletişim araçlarında ve okullarda bilgilendirme yapılmalıdır.

İletişim: Dr. Nilgün Erkek

E-posta: nilzeyno@yahoo.com

Kaynaklar

- 1- Koumbourlis AC. Electrical Injuries. Crit Care Med 2002; 30 (Suppl.): 424-430
- 2- Rabban JT, Blair AJ, Rosen CL. Mechanism of Pediatric Electrical Injury. Arch Pediatr Adolesc Med. 1997;151:696-700
- 3- Zubair M, Besner GE. Pediatric electrical burns: management strategies. Burns1997;23:413-420
- 4- Çelik A, Ergün O, Özok G. Pediatric Electrical Injuries: A Review of 38 Consecutive Patients. J Pediatr Surg 2004;39:1233-1237
- 5- Rai J, Jeschke MG, Barrow RE, David NH. Electrical Injuries: A 30-Year Review: J Trauma 1999;46(5):933-6.
- 6- Chen EH, Sareen A. Do Children Require ECG Evaluation and Inpatient Telemetry After Household Electrical Exposures?: Ann Emerg Med. 2007;49(1):64-7
- 7- Wallace BH, Cone JB, Vanderpool RD, et al. Retrospective evaluation of admission criteria for pediatric electrical injuries. Ann Emerg Med. 1995;21:590-593
- 8- Bailey B, Gaudreault P, Thivierge RL. Cardiac monitoring of children with household electrical injuries. Ann Emerg Med. 1995;25:612-617
- 9- Garcia CT, Smith GA, Cohen DM, et al. Electrical injuries in a pediatric emergency department. Ann Emerg Med. 1995;26:604-608
- 10- Wilson CM, Fatovich DM. Do children need to be monitored after electric shocks? J Pediatr Child Health.1998;34:474-476
- 11- Kopp J, Loos B, Spilker G, Horch R. Correlation between serum creatinine kinase levels and extent of muscle damage in electrical burns. Burns 2004;30:680-683.



Dr. Barış Bağbancı*, Dr. S. Cüneyt Karakuş*, Dr. İ. Onur Özen**

Öz

Prepisyum hastalıkları hem birinci basamak sağlık birimlerinde hem de pediatri polikliniklerinde çok sık görülen bir hastalık grubunu oluşturmaktadır. Prepisyumdaki değişiklikler, aile tarafından hemen fark edildiği için dikkat çeken ve telaşlandıran bir özellik içermektedir. Bu kadar sık görülmesine karşın, gerek aileler gerekse hekimler arasındaki yanlış bilgiler ve yanlış alışkanlıklar sonucunda, gereksiz birtakım işlemler yapılmaktadır.

Biz bu yazıda çocuklarla ilgilenen hekim grubunun prepisyum embriyolojisi, gelişimi, fizyolojik ve patolojik durumları hakkındaki bilgilerini artırarak prepisyal patolojilere ortak bir yaklaşım sergilenmesini amaçladık.

Anahtar sözcükler: Fimoz, parafimoz, balanopostit.

Prepisyum Gelişimi:

İlk olarak embriyolojik yaşamın sekizinci haftasında kalınlaşmış bir epitel yapısı biçiminde, glansın kollumundan başlayarak, glansın üzerinde büyümeye başlar ve 16. haftada prepisyum tamamlanır (1). Bununla birlikte bu evrede prepisyum ve glansı örten epitel süreklilik göstermekte olup, aralarında bir boşluk yoktur. Yani prepisyum glansın üzerinde yapışık olarak gelişimini tamamlar. Bu prepisyal adhezyonlar, patolojik bir olay değildir, normal gelişimin bir parçasıdır (2).

Prepisyal ayrılma gestasyonun geç dönemlerinde başlar ve genellikle desquamasyon ile oluşan boşlukların birleşmesi ve prepisyal kesenin oluşması ile tamamlanır.

Prepisyum ve glansın ayrılması postnatal dönemde sürer ve çevresel, genetik etmenlerden etkilenir (2). Doğumda, prepisyum neredeyse her zaman retrakte edilememektedir. Glandüloprepisyal lizis'in tamamlanmasının zamanı hakkında çeşitli rakamlar verilmekle birlikte, beş yaşındaki bir çocukta, glandüloprepisyal yapışıklığın % 10 – 50 sürdüğünü belirten yayınlar vardır. Normal koşullarda puberte sonrası hiçbir çocuğun prepisyal yapışıklığı kalmaz (1).

Prepisyumun fizyolojik olarak kendine özgü bir fonksiyonu olmamakla birlikte, glans penisi

Abstract

Diseases of the preputium are frequently encountered problems in both primary care and in pediatric practice. Changes in the preputium are alarming for the family because they are easily spotted. Although these diseases are quite common, since both families and physicians are misinformed and have developed incorrect habits, some unnecessary procedures are performed. In this paper, we aimed to develop a united approach to preputial pathologies by informing physicians encountering pediatric patients about the embryology, development and physiologic and pathologic states of the preputium.

Key words: Phimosis, paraphimosis, balanoposthitis.

ve meatusu idrarın şimik etkisinden ve eksternal travmalardan korumaya yaradığı, böylece meatal ülserasyon ve sonra oluşabilecek bir stenozdan koruduğu bildirilmektedir (1).

Prepisyum Hastalıkları ve Anormallikleri Fimozis:

Fimozis, prepisyumun distal ucunun, fibrozisle daralması sonucu glans gerisine retrakte edilememesi durumudur (1). Bu durum özellikle yaşamın ilk yıllarında görülen yapışıklıklarla karıştırılmamalıdır. Eğer bu durum "Fizyolojik Fimozis" olarak adlandırılacak olursa, yapışıklıklarla ilgili olmayan fimozis yerinde "Patolojik Fimozis" ya da "Gerçek Fimozis" tanımlamaları kullanılabilir. Yaşamın ilk ay/yıllarındaki fizyolojik yapışıklıkları açmak için yapılan zorlamalar, daha sonra fibrosis ile iyileşerek gerçek fimozise neden olabilir.

Patolojik fimozisin karakterizasyonu, prepisyal orifisin skatrizasyonudur. Birkaç non spesifik dermal fibrozis haricindekilerde, histolojik görünüm *Balanitis Xerotica obliterans* biçimindedir. Prepisyumun zorlanarak retrakte edildiği durumlar dışında, *Balanitis Xerotica obliterans* (BXO) etiyojisinde yer alan diğer patolojiler bilinmemektedir (2). Bazı savların aksine BXO, rekürren balanopostitin bir sonucu değildir. Gerçi bazı kaynaklar, gerçek

*Uzm.; Gazi Ü. Tıp Fak. Çocuk Cerrahisi AD Ankara

** Doç.; Gazi Ü. Tıp Fak. Çocuk Cerrahisi AD, Ankara



fimosisin eğer doğumsal değilse, yineleyen enfeksiyonlara ve travmalara bağlı olduğu konusunda ısrarcıdırlar.

Fimosis genelde çocuk yaş gurubunda görülmesine karşın sünnetsiz erişkinlerde de görülebilir (2).

Çocuklar prepiyumun nonretraktabl olmasına ikincil iritasyon, kanama ve disüri yakınmaları ile başvurabilirler. Fimosis halkası çok darsa ve prepiyal yapışıklıklar tamamen ayrılmış ise işeme sırasında prepiyal bölge balon gibi şişer. İdrar damlalar halinde olur ve disüri oluşur (1). Çocuklarda işerken ağlama olabilir. Ama özellikle yaşamın ilk yılı içinde prepiyal yapışıklığı olan çocuğun, işeme sırasında ağlaması ile karıştırılmamalıdır. Ailelere, çocuğun pipisinin ucunun dar olmadığı, idrarını rahat yapabildiği ve ağlamasının da idrarını yaparken olmasının doğal, fizyolojik bir durum olduğu anlatılmalıdır.

Eğer halka çok dar değilse ve sünnet olmadıysa ancak genital fonksiyonlar başladığında yakınmaya neden olur. Ereksiyonda prepiyum geri çekilmez, ağrıya, gerilmeye neden olur.

Fimosis olgularında çeşitli komplikasyonlarla karşılaşılabilir. Prepiyum geri çekilemediği için bu bölgenin lokal temizliği yapılamadığından iritasyon ve enfeksiyonlara bağlı olarak glans iltihabı (balanit), prepiyum iltihabı (postit) ya da herikisi birden (balanopostit) oluşabilir. Eğer zamanında önemsenemiyerek gerekli önlemler alınmazsa enfeksiyon penis şaftına yayılabilir (1). Özellikle prepiyumun çok dar olduğu ve idrar

yapma sırasında prepiyumun balonlaştığı olgularda akut ya da kronik üriner retansiyona, yineleyen idrar yolu enfeksiyonuna neden olabilir. Uzun dönemli obstrüksiyonlar, USG'de kalın duvarlı mesane ve üst üriner sistem yollarında dilatasyonlara, vezikoüreteral reflüye neden olabilmektedirler.

Parafimosizde, fimosisin diğer önemli bir komplikasyonudur.

Fimosisin tedavisi sünnet olarak bilinir. Ancak fimosis halkasının bir klemple genişletildikten sonra retrakte edilmesi ve aile tarafından düzenli aralıklarla prepiyumun geri çekilmesi de sorunu çözebilmektedir. Ancak buna karşın fibrotik halka yeniden oluşuyorsa dorsal slit ya da sünnet endikasyonu vardır (4).

Parafimosis

Parafimosis, sünnet derisinin retrakte edilebilecek kadar geniş, ancak yeniden glans üzerine dönmeyecek kadar dar bir halkaya sahip olan fimosis olgularında ortaya çıkar. Bir biçimde çocuk ya da ailesi tarafından retrakte edilen prepiyum yeniden eski konumuna getirilmez ya da getirilemez. Sonra dar olan prepiyum bölgesi, penis şaftını turnike etkisi yaparak boğar. Geçen zamana ve fimosis halkasının darlığına bağlı olarak önce lenfatik konjesyon, sonra venöz konjesyon ve daha sonra arteriyel dolaşım bozukluğu oluşur. Prepiyumun dar halkanın distalinde kalan kısmı şişer, bunun arkasında derin bir sulkus ve bununda arkasında ikinci bir ödemli halka oluşur. Zamanında tedavi edilmezse prepiyumda nekroz ve enfeksiyon oluşur. Çok şiddetli olgularda glans penis nekrozu da gelişebilir.



Parafimozis tedavisinde eğer çok zaman kaybedilmemişse ve olay çok ilerlemediyse, konservatif yöntemle düzeltilebilir (1).

Parafimozis redüksiyonu:

Önce hasta sedatize edilir, bölge antiseptik solüsyonlar ile temizlenir. Daha sonra ya lokal anestezi pomatlarla ya da penil blok yapılarak çocuğun acı hissetmemesi sağlanır. Elle redüksiyon işlemine başlamadan önce sünnet derisi bir süre parmaklar arasında sıkıştırılarak ödem azaltmaya çalışılır. Redüksiyon için her iki elin başparmakları ile glans içeriye itilirken, işaret ve orta parmaklar yardımı ile sünnet derisi öne doğru çekilir. Zor olgularda ödemi azaltmak için, redüksiyondan önce ödemli halka bir iki yerden delinebilir ve ponksiyon yapılabilir.

Yine redüksiyon sağlanamazsa, Adson klempler ile parafimozis halkasını iki taraftan karşılıklı asarak dar halkaya traksiyon uygulamasının cerrahi tedaviye gerek kalmadan redüksiyonu sağlayabileceği bildirilmiştir.

Konservatif yöntemler ile başarılı olunamazsa dorsal slit ya da sünnet yapılarak tedavi edilir. Fakat akut dönemde dorsal slit yapılarak, sünnetin daha sonra yapılmasını önerenler vardır. Akut dönemde yapılacak sünnette hem enfeksiyon riski artacaktır hem de ödem nedeni ile kozmetik açıdan sorun çıkabilmektedir (1,2,3).

Balanit ve Postit

Glansın akut piyojenik enfeksiyonuna balanit, prepsiyumun enfeksiyonuna ise postit adı verilir. Genelde birlikte görüldüklerinden balanopostit deyimini de kullanılabilir. Prepsiyum ödemli, eritemli ve ağrılıdır, prepsiyum orifisinden pürülan akıntı gelebilir. Bazı olgularda ödem tüm penis shaftını da içine alır. Kanama ender olup dizüri yaygın görülür. Prepsiyal akıntının yokluğunda ayırıcı tanıda ilk olarak üriner enfeksiyon düşünülmelidir. Prepsiyal akıntılarının 1/3 ünde kültürler temiz gelmesine karşın sık karşılaşılan organizmalar S. aureus, E. coli ve Proteus spp. dir. Amonyak patojenlerin üremesini engellediği için, tuvalet eğitimi öncesi dönemde daha az sıklıkla görülür. Balanopostit genelde fimozis ile görülmekle birlikte, bazen prepsiyumun tamamen ya da kolaylıkla retrakte olabildiği durumlarda da görülebilir. Daha büyük çocuklarda balanopostitin diabetes mellitusun bir komplikasyonu olarak da görülebileceği unutulmamalıdır (2).

Tedavisi, antibiyotik ve antienflamatuvar kullanılması ile birlikte yapılacak ılık oturma banyolarıdır. Yineleyen hastalarda sünnet endikasyonu vardır.

Balanopostitli hastalarda üzerinde durulması gereken önemli bir konu, balanopostitin parafimozisten ayrılmasıdır. Parafimozis iyi incelenmediği durumlarda balanit ile karışabilir. Fizik incelemede parafimozisde glans penis apaçık ortada görülürken, balanopostitte genelde glans penis görülmez, şiş ve ödemli prepsiyumun altında gizlenmiştir.

Prepsiyal Kistler

Prepsiyal kistler, smegmanın prepsiyal yapışıklıklarca hapsedilmesi sonucu, bir ya da daha fazla sayıda prepsiyum altında yerleşmiş beyaz renkli şişlikler olarak kendisini gösterir. Zamanla prepsiyal yapışıklıklar geriler ve smegma serbest kalarak kistler kaybolur. Bu nedenle tedavi gerektirmez. Smegmal şişliklere gereksiz yere müdahale edilmesi hem çok acı veren bir işlemdir, hem de yapılan işlem sonrası oluşabilecek yırtılma ve kanamalar sonrası gerçek fimozis oluşabilmektedir. Fakat peniste prepsiyum altında görülen beyaz şişliklere müdahale etmemek konusunda aileleri ikna etmek zor bir iş olabilmektedir. Ender olarak prepsiyumun gerçek retansiyon kistleri de görülebilmektedir. Lokalize olan retansiyon kistleri çıkarılabilir. Fakat daha yaygın lezyonlar sünnet endikasyonudur (2).

Megaprepisyum

Son zamanlarda tanımlanan bu deformite doğumsal olup, aşırı derecede büyük prepsiyal kesenin miksiyon sırasında çok şişmesi ile karakterizedir. Bu balonlaşmanın şiddeti çok fazla olup, fimozise bağlı balonlaşma ile karıştırılmamalıdır. Tipik olarak ilk yaş içinde görülür ve tedavide çeşitli rekonstruktif prosedürler tanımlanmıştır (2).

İletişim: Dr. Barış Bağbancı

E-posta: drbarban@yahoo.com

Kaynaklar

- 1- Bakırtaş H, Prepsiyum Hastalıkları. Klinik Pediatri, 2002;1(3):122-124
- 2- Thomas DFM, Rickwood AMK, Duffy PG. The Prepuce. In: Rickwood AMK, ed. Paediatric Urology. London: Martin Dunitz; 2002. p. 181-8
- 3- Griffiths M. Çocuk Cerrahisi, Temel Cerrahi Teknikleri, 1997; s. 175.
- 4- İmamura E. Phimosis of infants and young children in Japan. Acta Paediatr Jpn, 1997;39:403.



Hem. Ergül Aslan, Dr. Semiha Akın***

Öz

Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden kronik hastalıklar ile yaşayan bireylerin hızla artışı ile önem kazanan, organize, hizmet sunumu konusunda yapılanmış bir bakım sistemi ve bakım felsefesidir. Palyatif bakım, yaşam kalitesinin geliştirilmesi yanında, hastanede ve yoğun bakımda kalış süresinin kısaltılması, hastanın bakımından sorumlu aile üyelerinin yükünün hafifletilmesi ve sunulan bakım memnuniyetin artırılmasına katkı sağlamaktadır.

Kanser, hasta ve yakınları için, tanı anından itibaren tedavi süresince, ya da ölüm anı ve sonrasında yas sürecine kadar uzanan, fiziksel, psiko-sosyal ve spiritüel, pek çok sorunları ve zorlukları içinde barındıran bir süreçtir. Tedavi edici yaklaşımların tükendiği hastalar başta olmak üzere, kanser tanısı konulan tüm hastaların hastalık süresince gereksinimlerinin karşılanmasında palyatif bakımın önemi büyüktür. Palyatif bakım, kanser tanısının konulmasıyla ölüme kadar geçen süre içinde kanserli hastanın bakımıyla bütünleştirilmesi gereken bir yaklaşımdır. Ülkemizde kanser tanısı konulduğu andan itibaren, tedavi ve hastalığa bağlı fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunların olduğu dönemlerde ve de yaşamın son evresinde semptom kontrolüne yönelik bir bakım hizmeti bulunmamaktadır. Palyatif bakımın geliştirilmesi sürecinde, öncelikle yasal, eğitsel ve finansal engeller ortadan kaldırılmalı ve multidisipliner yaklaşımla bakım verilebilecek birimler oluşturulmalıdır.

Anahtar sözcükler: Kanser, palyatif bakım, hospis.

Giriş

Teknolojik gelişmelere paralel olarak tıp alanında yaşanan gelişmeler tedavi seçeneklerini artırırken, yaşamı uzatan teknolojilere talep giderek artmaktadır. Bu durum uzun süreli tıbbi bakıma gereksinimi olan hasta popülasyonun ve bakım giderlerinin artmasına neden olmaktadır. Hasta popülasyonu, hastalık insidansı ve maliyet ile ilgili artışlar günümüzde yeni bakım yaklaşımlarından biri olan palyatif bakımın ön

Abstract

Palliative care is both a philosophy of care and an organized, highly structured system for delivering care, which has become an important part of care in response to the growth of the population living with chronic and life-threatening illnesses. Apart from improving the quality of life, palliative care contributes to shortening the duration of stay in the hospital and in the intensive care unit, decreasing the burden of the family members responsible for the care of the patient and promoting the satisfaction with the services that are provided.

Cancer is a challenging illness, which causes physical, psychological and spiritual problems both for the patients and their families. These problems begin at the time of diagnosis, continue through the treatment period and terminal stage, and even extend into the bereavement process. Palliative care is an approach that must be completely integrated into patient care from the diagnosis of cancer to the time of death, especially in patients in whom all treatment options have been exhausted. In Turkey, there are no established care services for times of the physical, psychological or social problems which begin at the time of diagnosis and are caused by the disease and by the treatment, or for symptom management in the terminal stage. In the process of developing palliative care services, first, legal, educational and financial obstacles should be eliminated and centres that can provide care with a multidisciplinary approach should be established.

Key words: Cancer, palliative care, hospice.

plana çıkmasına neden olmuştur. Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden kronik hastalıklar ile yaşayan bireylerin hızla artışı ile önem kazanan, organize, hizmet sunumu konusunda yapılanmış bir bakım sistemi ve bakım felsefesidir (1, 2, 3).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) palyatif bakımı, "yaşamı tehdit eden bir hastalıkla karşı karşıya kalan hasta ve ailesinin fiziksel, psikososyal, spiritüel ve ağrı gibi daha birçok sorunun erken tanı, kapsamlı tanılama ve tedavi ile hafifleterek ya da ortaya çıkmasını engelleyerek yaşam kalitesini geliştirmeyi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) palyatif bakımı, "yaşamı tehdit eden bir hastalıkla karşı karşıya kalan hasta ve ailesinin fiziksel, psikososyal, spiritüel ve ağrı gibi daha birçok sorunun erken tanı, kapsamlı tanılama ve tedavi ile hafifleterek ya da ortaya çıkmasını engelleyerek yaşam kalitesini geliştirmeyi hedefleyen bir yaklaşım" biçiminde tanımlamıştır

Hospis terminal dönemde olduğu tıbbi olarak belirlenen ve yaşamı uzatıcı tedavinin durdurulmasına karar verilen hastalarda belirti kontrolünü temel alan bakım yaklaşımıdır

hedefleyen bir yaklaşım" biçiminde tanımlanmıştır (3,4,5). DSÖ bu tanım kapsamında palyatif bakımı şöyle açıklamıştır:

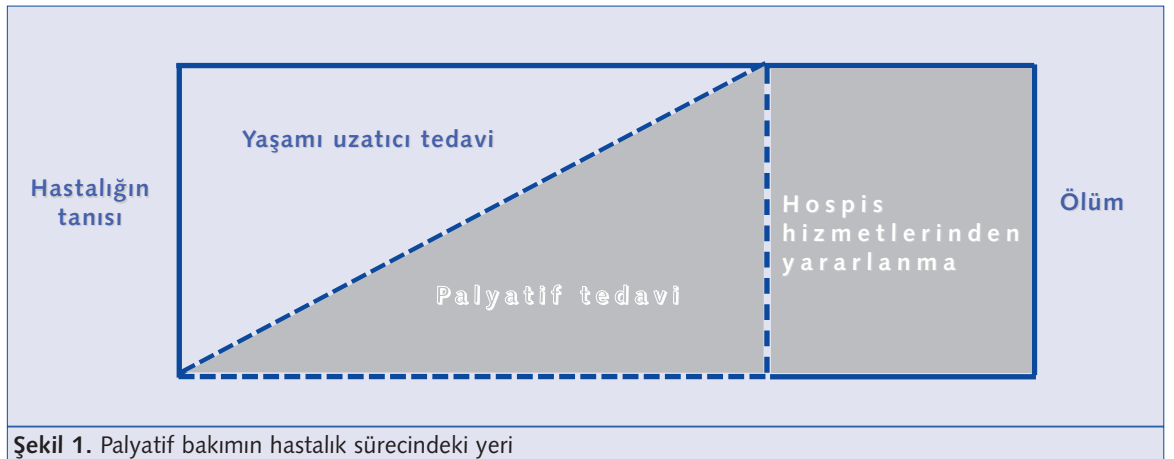
- Ağrı ve diğer belirtilerin hafifletilmesinde önemli rol oynar.
- Yaşamı destekler ve ölümü yaşamın normal bir süreci gibi kabul eder.
- Ölümü ne çabuklaştırır ne de geciktirir.
- Hasta bakımının psikolojik ve ruhsal yönlerini birbiri ile bütünleştirir.
- Hastalara ölüme kadar olanaklı olan yaşam dilimini en aktif durumunda geçirmeleri için destek verir.
- Hastalık ve yas süreci boyunca aileye etkili baş etme konusunda destek verir.
- Hasta ve ailenin gereksinimlerine yanıt vermek için ekip yaklaşımını temel alır.
- Yaşam kalitesini geliştirir.
- Hastalığın erken dönemlerinde, yaşamı uzatmaya yönelik başlanan kemoterapi ya da radyoterapi ile birlikte kullanılabilir bir yaklaşımdır (1,4).

Palyatif bakım, önceleri, tedavi edici yaklaşımların tükendiği, terminal dönem hastalarında uygulanan bir yaklaşımken, günümüzde, yaşamı tehdit eden hastalığın tanısından itibaren, tedavi edici yaklaşımlarla birlikte, gündeme gelmesi gerektiği görüşü hakimdir (6). Palyatif bakım, yaşam kalitesinin geliştirilmesi yanında, bakım süresince bakımla ilgili kararların multidisipliner bir yaklaşımla verilmesi, hastanede ve yoğun bakımda kalış süresinin kısaltılması, dolayısıyla gereksiz bakım ve hastane masraflarının azaltılması, hastanın bakımından sorumlu aile üyelerinin yükünün hafifletilmesi ve de sunulan bakıma

ilişkin ailenin memnuniyetinin artırılmasına katkı sağlamaktadır (1,7,8).

Palyatif bakımın hedefe ulaşması için, sürekli ve etkin bakımının sunulması, yaşamı tehdit eden ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen kronik hastalıklarda verilen standart sağlık bakımının palyatif bakımla bütünleştirilmesi önem taşımaktadır. Standart sağlık bakımı ile palyatif bakımın bütünleştirilmesi ile psikososyal sorunlarının azaltılması, belirtilerin kontrol altına alınması, mevcut durum ve tedavi seçenekleri ile ilgili hasta ve ailesinin sürekli bilgilendirilmesi, sağlık çalışanları arasında iletişimin tüm bakım süreci boyunca, aralıksız ve gereksinimlere yanıt verecek biçimde sürdürülmesi, hasta ve ailesinin ölüm süreci ve ölüme hazırlığı, hospis hizmeti konusunda mevcut olanakların araştırılması ve aileye ölüm sonrası döneminde gerekli desteğin verilmesi olanaklıdır (1,7). Palyatif bakım ile terminal dönem bakımına odaklanan hospis kavramları genellikle birbiri ile karıştırılmaktadır. Her iki bakımın amacı aynı iken, hospis terminal dönemde olduğu tıbbi olarak belirlenen ve yaşamı uzatıcı tedavinin durdurulmasına karar verilen hastalarda belirti kontrolünü temel alan bakım yaklaşımıdır (1,9). (Şekil 1).

Bakımla ilgili kararlarda hasta ve ailesinin daha aktif ve etkili rol alabilmesi için sürekli eğitilmesi ve bilgilendirilmesi gerekmektedir. Palyatif bakım, hasta ve ailesi kadar hastanın bakımdan sorumlu tedavi ekibini de desteklemeyi hedeflemektedir. Böylece sağlık ekibi üyelerinde tükenmişliğin ortaya çıkması ve iş gücü kayıpları önlenmiş olur (8). Palyatif bakımda tüm sağlık disiplinlerinin ve



Şekil 1. Palyatif bakımın hastalık sürecindeki yeri

hizmetlerinin etkili bir biçimde bütünleştirilmesi için liderlik, işbirliği, koordinasyon ve iletişim temel öğelerdir. Palyatif bakım ekibinde rol alacak her bir üyenin özel eğitimden geçmesi, alanında uzman olması ve özel becerilere sahip olması gerekmektedir. Sürekli ve kaliteli tıbbi bakımın hedeflendiği palyatif bakımda, sağlık ekibi çalışanları için, bakım ve kişilerarası iletişim becerileri konularında eğitim programları ve danışmanlık hizmetleri planlanmalıdır (1).

Palyatif bakımla konjenital hastalıklar, travma ya da kronik hastalık nedeniyle yaşamını ancak özel makinelere bağlı olarak sürdürebilen, günlük yaşam aktivitelerini yerine getiremeyen, uzun süreli bakıma gereksinimi olan, iyileşme olasılığı olmayan ve yaşam kalitesi ciddi düzeyde bozulan tüm yaş grubundaki kişilere bu hizmetin ulaştırılması hedeflenmektedir (1,8).

Palyatif bakımın temel bileşenleri

Çeşitli hasta gruplarına multidisipliner yaklaşımla tıbbi bakım verilmesini hedefleyen palyatif bakımın bileşenleri şöyle sıralanmıştır:

- **Hasta popülasyonu:** Palyatif bakım kronik hastalık ya da travma nedeniyle yaşam kalitesi olumsuz etkilenen ve bakıma muhtaç tüm yaş gruplarında yer alan hastalara hizmet verir.

- **Hasta ve aile merkezli bakım:** Bakımın merkezinde hasta ve ailesi yer almaktadır. Bakım, kapsamlı tanılama sonrası hasta ve ailesinin tercihleri, inanç, değer, gereksinim ve kültürel özellikleri dikkate alınarak planlanır. Karar verme sürecinde sağlık çalışanı tarafından gerekli destek ve rehberlik verilir.

- **Palyatif bakım zamanı:** Palyatif bakım ideal olarak yaşamı tehdit eden hastalık, travma ya da durumun ortaya çıkmasıyla başlar, hastalık süreci boyunca sürer ve ölüme kadar sürer. Ölüm sonrası dönemde de aileye destek vermeyi sürdürür.

- **Bütüncül bakım:** Palyatif bakım fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel sorunların belirlenmesi, kontrol altına alınması ya da ortaya çıkışının önlenmesi için çok boyutlu ve sürekli tanılama ve bakım gerektirir.

- **Multidisipliner ekip:** Palyatif bakım verecek her bir ekip üyesinin bakım verilecek hasta ve bakımıyla ilgili yeterli düzeyde bilgi ve uzmanlığa sahip olması gerekir. Palyatif bakım

ekibini hekim, hemşire, sosyal çalışan, din görevlisi, psikolog, eczacı, diyetisyen, meşguliyet terapisti, olgu yöneticisi gibi profesyoneller oluşturur. Ekibi oluşturacak sağlık profesyonelleri hasta ve ailenin gereksinimleri doğrultusunda biçimlenir.

- **İstirabı hafifletmek:** Palyatif bakımın temel hedefi hastalık ve tedaviye bağlı ortaya çıkan ıstırap ve belirtileri (ağrı vb.) hafifletmek ya da ortaya çıkmasını engellemektir.

- **İletişim becerileri:** Etkili bir iletişimin sağlanması ve sürdürülmesi palyatif bakım için asıdır. Hastaların gelişim düzeyine uygun etkili bilgi paylaşımı, aktif dinleme, bakımın hedef ve seçeneklerinin belirlenmesi, tıbbi konularda karar verme sürecinde destek verilmesi, hasta, ailesi ve tüm ekip üyeleri ile etkili iletişim palyatif bakımda önemli olan becerilerdendir.

- **Ölüm ve yas süreci ile ilgili bakım becerisi:** Palyatif bakım konusunda uzman ekibin, prognoz, ölümün belirti ve bulguları, terminal dönem sürecinde iletişim ve bakım becerisi, ölüm sonrası aileye destek ve yas süreci konusunda bilgi verilmesi önemlidir.

- **Kurumlar arasında bakımın sürekliliğini sağlamak:** Palyatif bakım, sağlık hizmeti veren tüm kurumlar için önem taşıyan bir bakım türüdür (hastane, acil üniteleri, hasta bakım evleri, evde bakım hizmeti, poliklinik vb.). Palyatif bakım ekibi bakımın sürekliliği için bu birimlerde çalışan sağlık ekibi üyeleri ile koordinasyonu ve iletişimi sürdürür.

- **Eşitlilik:** Her yaşta ve tüm hasta gruplarına herhangi bir ayırım yapılmaksızın palyatif bakım hizmetinin ulaştırılması gerekir.

- **Bakım kalitesini geliştirmek:** Palyatif bakım ekibi, bakım kalitesini geliştirmek yönünde çalışmalıdır. Bu kapsamda sunulan bakımın niteliği sistematik ve düzenli olarak değerlendirilmelidir. Kaliteyi artırmaya yönelik çalışmalarla, hasta ve aile merkezli, etkili, kanıta dayalı, ulaşılabilirliği ve eşitliği asıl alan, gereksinimlere zamanında yanıt veren bakımın verilmesi hedeflenmektedir (1).

Kanserde Palyatif Bakım

Dünyada her yıl milyonlarca insana kanser tanısı konulmakta ve bu hastaların yarısından fazlası kanser nedeniyle yitilmektedir. Gelişmelere karşın kanser, hasta ve yakınları için, tanı anından itibaren tedavi süresince, ölüm anı ve sonrasında yas sürecine kadar

Palyatif bakım alan terminal dönem hastaların yaşam süresinin (266 gün) normal bakım alan hastalardan (227 gün) daha uzun olduğu belirlenmiştir.

uzanan, fiziksel, psikososyal ve spiritüel, pek çok sorunları ve zorlukları içinde barındıran bir süreç olmayı sürdürmektedir. Tıp alanındaki gelişmeler sonucunda, bazı kanser olgularında tedavi şansı yakalanmış, bazılarında ise yaşam süresi uzatılarak kanser kronik bir süreç kazanmıştır. Tedavi edici yaklaşımların tükendiği hastalar başta olmak üzere, kanser tanısı konulan tüm hastaların hastalık süresince gereksinimlerinin karşılanmasında palyatif bakımın önemi büyüktür (6). Palyatif bakım, kanser tanısının konulmasıyla ölüme kadar geçen süre içinde kanserli hastanın bakımıyla bütünleştirilmesi gereken bir yaklaşımdır. Ancak, tutum ve davranışsal, ekonomik, eğitsel ve yasal bazı engeller kanser hastalarının birçoğunun bu bakımdan yararlanmasını zorlaştırmaktadır (1,9).

Literatüre bakıldığında palyatif bakımla ilgili araştırmaların da çok sınırlı olduğu görülmektedir (1,5,9). Amerika Birleşik Devletleri'nde palyatif bakımın maliyet etkinliğinin değerlendirildiği çalışmalarda, palyatif bakım alan kanserli hastaların hastanede yatış sürelerinin belirgin düzeyde kıaldığı ve istenmeyen yatışların azaldığı, dolayısıyla bakım harcamalarının önemli düzeyde düştüğü belirlenmiştir. Bu çalışmalarda olumlu ekonomik etkisi yanında, palyatif bakım alan terminal dönem hastaların yaşam süresinin (266 gün) normal bakım alan hastalardan (227 gün) daha uzun olduğu belirlenmiştir. Bu verilerde palyatif bakımın yaşam kalitesini geliştirmek yanında yaşam süresi üzerinde olumlu etkileri olabileceğine dikkat çekilmiştir (2). Miyashita ve ark.'nın etkili palyatif bakımı engelleyen etmenleri araştırdıkları çalışmada, sağlık profesyonellerinde ilgi, iletişim becerisi ve bilgi seviyesinde eksiklikler, toplumda palyatif bakım hakkında bilgi eksikliği, yanlış inanışlar ve ekonomik etmenlerden kaynaklı nedenler olabileceğini belirlemişlerdir (10). Elsayem ve ark. palyatif bakımın etkinliğini araştırdıkları çalışmada, 1999-2004 yılları arasında M.D. Anderson Kanser Merkezi'nde ölen, taburcu olan hasta sayısını, hastaların öldüğü yeri ve yaşam süresini araştırmışlardır. Çalışmada, yoğun bakımda ölen hasta sayısının 2004 yılında 1999 yılına göre yüzde 10 oranında azaldığını, 1999'da hastanede ölen hastaların yüzde 1'i palyatif bakım hizmetinden yararlanmışken, 2004'te bu oranın yüzde 35'e

Türkiye'de kanserli hastalara uzun süreli palyatif bakım verebilecek, hospis kavramına yakın ilk kuruluş olan "Kanser Bakımevi" Türk Onkoloji Vakfı tarafından İstanbul'da 1993-1997 yıllarında hizmet vermiştir.

çıktığını belirlemişlerdir. Ayrıca, palyatif bakım alan hastaların yoğun bakımda daha kısa süre kaldıklarını saptamışlardır (11).

Türkiye'de Palyatif Bakım

Kanser tanısı, hastalık ile tedavi süreci ve terminal dönem hasta birey kadar ailesini de fiziksel, sosyal, psikolojik ve ekonomik yönden olumsuz etkilemektedir. Kanser aile ve birey üzerindeki olumsuz etkilerinin bilinmesine karşın, ABD ve bazı Avrupa ülkelerinden farklı olarak ülkemizde hastalık tanısı konulduğu andan itibaren tedavi ve hastalığa bağlı fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunların en yoğun belirtilerin olduğu dönemlerde ve de yaşamın son evresinde belirti kontrolüne yönelik bir bakım hizmeti bulunmamaktadır (1,6).

Ülkemizde palyatif bakım ile ilgili sorunlara bakıldığında bunların daha çok eğitsel, finansal ve yasal temelde olduğu görülmektedir. Palyatif bakım konusunda tıbbi eğitim değerlendirildiğinde, ülkemizde onkoloji eğitimi veren merkezlerin pek azında, kanserli hastaların palyatif bakımları eğitim programlarına yer verildiği görülmektedir. Oysa ki kanserde palyatif bakım konuları, onkoloji eğitim programlarının tamamlayıcı bir parçası olmalıdır. Palyatif bakım üniteleri ise hiç bulunmamaktadır. Türk Onkoloji Grubu, Palyatif Tedaviler Alt Çalışma Grubu'nun bu konuya önemle eğilmesi, kurs ve seminerler düzenlenmesi, onkoloji eğitimindeki bu eksikliği tamamlamayı amaçlamaktadır (12).

Türkiye'de kanserli hastalara uzun süreli palyatif bakım verebilecek, hospis kavramına yakın ilk kuruluş olan "Kanser Bakımevi" Türk Onkoloji Vakfı tarafından İstanbul'da 1993-1997 yıllarında hizmet vermiştir. Bu tür kuruluşlarda yatan hastalara sosyal güvenlik sistemlerince ödeme yapılmaması, bağış kaynaklarının yetersizliği, hasta ve yakınlarınca hospis kavramının yeterince anlaşılması bu öncü kuruluşun kapanmasına yol açmıştır. Kanser hastalarına yönelik ikinci girişim ise hospis bakımı amaçlı, Hacettepe Onkoloji Enstitüsü Vakfı tarafından 2006 yılında kurulmuş ve Hacettepe Onkoloji Hastanesi'ne bağlı olarak 12 odalı bir hospise dönüştürülmüştür. Ancak yasal düzenlemelerin olmayışı nedeni ile bu merkezin, "Hacettepe Umut Evi" adı ile kanserli hastaların tedavi ve sonrasında birkaç hafta gibi kısa süreli



konaklamalarını ve minimal ölçüde hemşirelik bakımından yararlanmalarını sağlayacak biçimde hizmet vermesi öngörülmüştür (12).

Palyatif bakımın geliştirilmesi sürecinde, ulusal kapsamda izlenmesi önerilen adımlar öncelikle yasal, eğitsel ve finansal engelleri kaldırmaya yönelik olmalıdır.

Bu amaçla;

- Kanserli hastaların tedavi gördüğü hastane ve ünitelerde palyatif bakım veren birimler oluşturulmalıdır (2). Yetişkin ve çocuk hastalara yönelik belirti kontrolü ve palyatif bakımla ilgili hizmet veren merkezler ve özelleşmiş kanser ünitelerinin kurulması desteklenmelidir. Bu merkezler diğer kanser merkezlerinin de yararlanabileceği palyatif bakım programlarının geliştirilmesinde, kanser ve palyatif bakım ile ilgili araştırmalarının yürütülmesinde rol almalıdır.

- Verilecek palyatif bakım olabilecek en iyi kanıtlara dayandırılarak hasta ve ailenin gereksinimleri doğrultusunda sistematik bir biçimde verilmelidir (1).

- Palyatif bakıma yönelik geliştirilen rehberler fiziksel ve psikososyal gereksinimlere yönelik standart bakımı içermelidir (9).

- Hastaların kanser ve tedavisi ile ilgili bilgilendirilmesi için palyatif ve yaşam sonu bakım seçenekleriyle ilgili hasta eğitim materyallerinin hazırlanması önemlidir.

- Palyatif bakım ile ilgili multidisipliner araştırmalar özendirilmelidir.

- Palyatif bakım ve hastalık süresince, yaşamı uzatmayı hedefleyen tedavileri geliştirilmeli ve finansmanı yapılmalıdır.

- Palyatif bakım ve yaşam sonu dönem

bakımından tüm kanser hastalarının eşit düzeyde yararlanabilmesi için politikaların geliştirilmesi önemlidir. Palyatif bakım maliyetlerinin kamu ve özel sektör tarafından karşılanması için ödeme olanakları sağlanmalıdır (1,9).

İletişim: Dr. Ergül Aslan

E-posta: e.aslan@istanbul.edu.tr

Kaynaklar

- 1- Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, National Consensus Project, <http://www.nationalconsensusproject.org/guideline.pdf>, erişim tarihi: 10.12.2006.
- 2- Fine RL. The imperative for hospital-based palliative care: patient, institutional, and societal benefits. *BUMC Proceedings* 2004; 17:259-264.
- 3- Morita T, Fujimoto K, Tei Y: Palliative care team: the first year audit in Japan, *Journal of Pain and Symptom Management* 2005; 29(5): 458-465.
- 4- WHO definition of palliative care, www.who.int/cancer/palliative/definition/en/print.html, erişim tarihi: 11.12.2006.
- 5- Jockham HR, Dassen T, Widdershoven G, Halfens R: Quality of life in palliative care cancer patients: a literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 2006; 15: 1188-1195.
- 6- Çolak D, Özyılkan Ö: Kanserli hastalarda palyatif tedaviler, *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci* 2006; 2(10):1-9.
- 7- Dunne K, Sullivan K, Kernohan G: Palliative care for patients with cancer: district nurses' experiences, *Journal of Advanced Nursing* 2005; 50(4): 372-380.
- 8- Meier DE, Sieger CE: The case for hospital-based palliative care, Center to Advance Palliative Care, Newyork, www.capc.org, erişim tarihi: 15.12.2006.
- 9- Chertkov L, Cleeland CS, Freyer DR: Improving palliative care for cancer. 2001, www.nap.edu, erişim tarihi: 01.12.2006.
- 10- Miyashita M, Sanjo M, Morita T, Hirai K, Kizawa Y, Shima Y, Shimoyama N, Tsuneto S, Hiraga K, Sato K, Uchitomi Y: Barriers to providing palliative care and priorities for future actions to advance palliative care in Japan: a nationwide expert opinion survey. *J Palliat Med.* 2007, 10(2): 390-9.
- 11- Elsayem A, Smith ML, Parmley L, Palmer JL, Jenkins R, Reddy S, Bruera E: Impact of a palliative care service on in-hospital mortality in a comprehensive cancer center. *J Palliat Med.* 2006; 9(4):894-902.
- 12- Fırat D: Türkiye'de kanser hastaları için palyatif bakım. Aralık 2006, *Sağlık Dergisi*.

	STED'den	I		Sağlık ve İnsan Hakları Açısından Kadına Yönelik Şiddet	IX
	STED Yazarlarına Bilgi	II		<i>Dr. Uğur Işık, Dr. Müzeyen Akıncı, Dr. Reyhan Yalçındağ</i>	
	Sigara Dumanı Sigara İçmeyenler İçin Neden Zararlıdır? Önlemler İçin Öneriler...			Etkin Yaşlanma: Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Yaşlı Sağlığına Yeni Bir Bakış Açısı	XII
	<i>Dr. Dilek Aslan, Dr. Nazmi Bilir</i>	IV		<i>Dr. Hakan Yaman, Dr. Melahat Akdeniz</i>	
	Türkiye'nin Sağlığını Okumak	V		Okuduklarımızdan	XIV
	<i>Dr. Onur Hamzaoğlu</i>				
	Dergilerden	VI		TTB-STE Kredi Puanı ve Kitap Kazananlar	XIV
	<i>Dr. Özen Aşut, İnt. Yılmaz Yıldız</i>				
	Klavyem, Stetoskopum ve Ben	VII		Ödüllü Bulmaca	XV
	<i>Arif Onan</i>				

STED Yazarlarına Bilgi



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

Dergide yayımlanacak makalelerin aşağıda belirtilen özellikleri taşıması gerekmektedir:

- Yazılar daha önce başka yerde yayımlanmamış olmalıdır.
- Konuların işlenme biçimi sorun çözümüne yönelik olmalıdır.
- Yazılarda yalın, anlaşılır Türkçe kullanılmalı; Türkçe karşılığı olan yabancı sözcük kullanılmamalıdır.
- Kapsayıcı ve insancıl bir dil kullanılmalı, cinsel ya da ırksal yan tutmadan kaçınılmalıdır.

- Yazılar birinci basamak sağlık hizmetine katkı sağlayacak nitelikte olmalı; bu nedenle konuların en sık rastlanan sorunlara yönelik olmasına, hastalıkların en çok görülen biçim ve yönlerinin vurgulanmasına özen gösterilmelidir.

- Makale, aşağıda belirtilen bölümlerden oluşmalı, bölümlerin her birine yeni bir sayfa ile başlanmalıdır.

1. Başlık Sayfası: Bu sayfada bulunması gerekenler:

- **Başlık:** Kısa, ancak yeterince bilgi verici ve ilgi çekici olmalıdır.

- **Yazarlar:** Her yazarın en üst akademik derecesi, çalıştığı kuruluş ve iletişim bilgileri ile adı, ikinci adı varsa baş harfi ve soyadı belirtilmelidir. Yazar olarak gösterilen herkes yazarlığa hak kazanmış olmalıdır. (Bkz, STED Temmuz 2004 ya da www.ttb.org.tr/STED/sted_yazar.pdf)

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

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

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

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

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

Bu bölümün sonunda çalışmanın amacı ve gerekçesi açıklanmalıdır.

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

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

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

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

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

Tipik dergi makalesi

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

ya da

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

Kitap

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

Kitap bölümü

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

Web Sitesi

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

Kaynak göstermede diğer özellikler ve özel durumlar için Bkz,
http://www.ttb.org.tr/STED/sted_yazar.pdf

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. 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 adresine e-posta ile gönderilebilir. Yayımlanması uygun görülen yazılarda, belirlenen eksikliklerle ilgili düzeltme ve düzenlemeler Yayın Kurulu'nca yapılabilir. Yayımlanmayan yazılar geri gönderilmez. Klinik ve toplumsal araştırma çalışmalarında yerel etik kurul onayı alınmış olmalıdır. Etik kurulun bulunmadığı yerler için sted@ttb.org.tr e-posta adresinden bilgi istenebilir.

Ayrıntılar için: http://www.ttb.org.tr/STED/sted_yazar.pdf

Sigara Dumanı Sigara İçmeyenler İçin Neden Zararlıdır? Önlemler İçin Öneriler...



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

Sigara dumanında 4.000 adet kimyasal madde olduğu ve bu maddelerin 50'den fazlasının kanser yapıcı etkisi bilindiği ifade edilmektedir. Sigara dumanı kapalı bir ortamda sigara içen ve içmeyen herkesin sağlığını bu etkenler açısından riske atmaktadır. Riske giren öncelikli gruplar arasında çalışanlar, çocuklar, engelliler, kadınlar bulunmaktadır.

Uluslararası Çalışma Örgütü verilerine göre çalışma ortamında sigara dumanından pasif etkilenim (SDPE) sonucu her gün 200.000 çalışanın yaşamını kaybettiğini ortaya koymaktadır. Dünya Sağlık Örgütü ise Dünyada yaklaşık 700 milyon çocuğun (bu sayı Dünyadaki çocukların yaklaşık yarısı anlamına gelmektedir) SDPE ile karşı karşıya kaldıklarını ifade bildirmektedir.

Kapalı ortamlarda havalandırma ya da filtre düzeneklerinin SDPE durumunu kabul edilebilir düzeye indirmeleri mümkün olmadığı bilinmektedir. Çalışanları ya da ortamda sigara içmeyenleri bu riskten korumanın kesin çözümü ortamların **tamamen sigarasız** olmasıdır. Ayrıca; sigarasız bir çalışma ortamı kamuoyunda bilinen ve çoğunlukla sigara firmalarının da savunduğunun aksine işverenler için özellikle sigara içenlerin sağlık ve sosyal güvenlik sistemlerine yarattıkları yükleri azaltması üzerinden ekonomik açıdan da yararlıdır.

Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS) sonrasında; ülkelerin de öncelikli bir konu olarak değerlendirmeleri ve var olan ulusal yasalarını güçlendirmeleri sonucunda sigarasız ortamların sayılarında artış sağlanmakla birlikte bu alanların daha da artması için çabaya gereksinim vardır. Konu ile ilgili ilerlemenin önemli bir ayağı da yasa ile ilgili olarak hem bireysel, hem de kurumsal olarak savunuculuk mekanizmalarının güçlendirilmesidir. Bireylerin

ve kitlelerin bu önemli konuda mücadele edebilmeleri için **doğru bilgi sahibi olma** hakları bulunur. Doğru bilgiler üzerinden de istedik ve doğru davranışlar oluşur. Bu sistematik içerisinde Türkiye'de 19 Mayıs 2008 tarihinde yürürlüğe girmiş olan yasanın savunuculuk bölümünün güçlendirilmesine gereksinim vardır.

Bu konuda temel öneriler aşağıda sıralanmıştır:

1. Yasanın ayrıntılarına ilişkin bilgilerin paylaşımı; doğru bilgilerin pekiştirilmesi, yanlış ve eksik bilgilerin giderilmesi.
2. Bilgilerin üzerinden yasanın ihlalleri durumunda toplumda yaşayan bireylerin ve kurumların alması gereken önlemlerin belirlenmesi.
3. Yasal süreçleri başlatan ve sürdüren mekanizmaların basit bir dil ve yöntemle uygulanabilir hale getirilmesi.
4. Yasanın uygulanabilirliği ile ilgili gerek kamuoyunun desteği; gerekse uygulanmış caydırıcı süreçleri de içine alan olumlu deneyimlerin kamuoyunda paylaşılması.
5. Medya çalışmalarının bu amaç doğrultusunda sık, kanıta dayalı ve güncel bilgilerle desteklenen programlarla güçlendirilmesi.

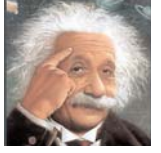
Tamamen sigarasız ortamların sağlanabilmesi için **kararlılık** da çok önemlidir. Kararlı bir biçimde yürütülen sürekli politikalar konunun öncelikleri arasında olmalıdır.

İletişim: Dr. Dilek Aslan

E-posta: diaslan@hacettepe.edu.tr

Yararlanılan Kaynak

- 1- Why is smoking an issue for non-smokers?
<http://www.who.int/features/qa/60/en/index.html>. Erişim tarihi: 20 Haziran 2008.



Dr. Onur Hamzaoğlu*

Kuruluşlar	Poliklinik		Yatan Hasta		
	Sayı	Sayı	Orantı(%)		
Sağlık Bakanlığı	2002	66.231.841	2.806.588	4,2	
	2007	209.630.370	5.674.935	2,7	
Görelî Değişim					-1.56
Mutlak Değişim					-1.50
Üniversite	2002	8.823.361	781.990	8,9	
	2007	15.025.079	1.262.973	8,4	
Görelî Değişim					-1.06
Mutlak Değişim					-0.50
Özel	2002	4.407.122	529.511	12,0	
	2007	23.080.654	1.746.138	7,6	
Görelî Değişim					-1.58
Mutlak Değişim					-4.40
Türkiye	2002	124.317.359	5.508.263	4,4	
	2007	249.141.099	8.720.289	3,5	
Görelî Değişim					-1.26
Mutlak Değişim					-0.90

*Sağlık Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2007" verilerinden hesaplanmıştır.

Kasım 2002'de AKP'nin Hükümeti kurması ve kabinede Sağlık Bakanı olarak Prof. Dr. Recep Akdağ'ın yer almasından kısa bir zaman sonra, hastaların sevk sistemi nedeniyle zaman kaybettiği, kişisel özgürlüklerinin kısıtlandığı ve mağdur oldukları gibi söylemler sistemli bir biçimde yaygınlaştırıldı. Bu söylemlere paralel olarak yazılı ve görsel medyada mağdurlara ve hikayelerine sık sık yer verilmesiyle birlikte sevk zinciri uygulaması gevşetildi. Ancak yaratılan fiili durum yeterli görülmemiş olmalı ki, Temmuz 2007 seçimlerine kısa bir süre kala, 25 Mayıs 2007 tarihli ve 26532 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği ile ülkemizde sağlık hizmetlerinin kullanımında sevk sistemi kaldırıldı.

Bu tebliğ ile Sosyal Güvenlik Kurumu kapsamındaki yurttaşlarımız 'özgürce' istedikleri kamu ya da özel hastanelere başvurabilme hakkına kavuştular. Sunulan özgürlük ortamıyla, Haziran 2007 sayımızda da belirttiğimiz gibi birinci basamak sağlık kurumlarımızda çözebileceğimiz sorunlar, ikinci

ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu kurumlara taşındı. Birinci basamak sağlık hizmet kurumlarıyla ikinci-üçüncü basamak sağlık hizmet kurumları arasında tıbbi alanda organik bağ çok azaldı, hatta kalmadı. Daha sonraki çalışmalarımızda verilerini ayrıntılarıyla işleyeceğimiz, özel hastane polikliniklerine başvurularda adeta patlama yaşandı.

Tabloda da görüldüğü gibi, Sağlık Bakanı Akdağ'ın göreve başladığı 2002 yılında Türkiye genelinde ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan kurumların polikliniğine başvuran yüz hastadan 4.2'si yatırılıyorken, Sağlık Bakanı'nın görevdeki beşinci yılında başvuran yüz hastadan yalnızca 3.5'i yatırılmıştır. Hem Sağlık Bakanlığı hem üniversite hem de özel hastanelerin birinci basamak sağlık kurumlarımızı gibi kullandığını, bu kuruluşların 2002 ve 2007 yılları arasındaki polikliniklerine başvuran hastalar arasından yatırılanların oranları arasındaki mutlak ve görelî değişimin eksiye gerilemesiyle de görebiliyoruz. Özetle, 2007

yılında, ülke genelinde hastane polikliniklerine başvuran hastalarımızda yatış endikasyonu bulunanların oranının azaldığını söyleyebiliriz.

Bu durum özel hastanelerimizde ibret verici bir duruma gelmiştir. Özel hastane polikliniklerine 2002 yılında başvuran yüz hastadan 12'si yatırılırken, 2007 yılında ancak 7.6'sı yatırılmıştır. İki yıl arasındaki mutlak değişim eksi 4.4 olmuştur.

Sonuç olarak, Başbakan Recep T. Erdoğan'ın söylediği gibi "ayaklar baş olmuştur" yerine sağlık sistemi baş aşağı dönmüştür diyebiliriz. Peki ne pahasına; hastanelerde uzun kuyruklar,

kuyruklar nedeniyle gerçekten ikinci ya da üçüncü basamak sağlık kurumlarında sunulan hizmete gereksinimi olanların-endikasyonu olanların mağduriyeti, gereksiz maliyet artışı- israf ve yine kendi söylemleri ile hizmet sunumunda verimsizlik.

İletişim: Dr. Onur Hamzaoğlu

E-posta: ohamzaoglu@kou.edu.tr

Kaynaklar

Sağlık Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2007. Erişim adresi:
<http://www.saglik.gov.tr/TR/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFF1A9547B61DAFFE2A01E690587E7902A7> (15 Haziran 2008)



Dergilerden

İki Hamburger, Bir Patates Kızartması, Yanında Bir de Metabolik Sendrom Alayım Lütfen!

Yeni bir çalışmanın sonuçları, uzun süredir kuşkuyla karşılanan doğruluyor: Et, rafine tahıl ve kızartmalardan zengin batı diyeti, metabolik sendrom gelişmesi riskini artırıyor. "Kimsenin tek bir gıdayla beslenmediğini" söyleyen baş araştırmacı Dr. Lyn Steffen, çeşitli gıdaların metabolik sendrom üzerindeki etkilerini ayrı ayrı inceleyen çalışmalar bulunduğunu, ancak ilk kez bu araştırmayla bütün bir beslenme düzeninin, kırmızı et, kızartma, rafine tahıllardan zengin, öğütülmemiş tahıllar, meyve, sebze ve balıktan fakir batı diyetinin metabolik sendrom ile ilişkisinin ortaya konduğunu belirtiyor.

Katılımcıların dokuz yıl takip edildiği bu prospektif çalışmada 45-64 yaş arasındaki 9514 katılımcının beslenme alışkanlıkları 66 soruluk bir anketle değerlendirildi. Takip süresince katılımcıların yaklaşık %40'ında metabolik sendrom gelişti. Ana bileşenler analizi ile 32 gıda grubunun içinden "batı diyeti" (et, rafine tahıl, kızartma, şekerli meşrubatlar) ve "ölçülü diyet" (süt ürünleri, öğütülmemiş tahıl, meyve ve sebze, kahve) ayrımları yapıldı. Amerikan Kalp Derneği'nin kılavuzundaki tanımlama (bel çevresi, kan basıncı, açlık kan glukozu, HDL kolesterol ve trigliserit ölçümlerinden en az üçünün yüksek olması) ve orantısız zarar regresyonu kullanılarak bunlar metabolik sendromla ilişkilendirildi.

Demografik faktörler, sigara içimi, fiziksel aktivite ve enerji alımı için uygun ayarlamalar yapıldıktan sonra batı diyeti alışkanlığı ve metabolik sendrom insidansı arasında pozitif bir ilişki bulundu ($p=0.03$). Yemek gruplarına ayrı ayrı bakıldığında ise metabolik sendrom ile ilişkili olanların et ($p<0.001$), kızartılmış gıdalar ($p=0.02$) ve 'light' gazlı içecekler ($p<0.001$) olduğu saptandı. Hamburger ve hot dog tüketiminin et ve metabolik sendrom arasındaki bu olumsuz ilişkiyi güçlendirdiği görüldü. Süt ve süt ürünleri tüketimi ise metabolik sendrom insidansı ile ters bir ilişkiye sahipti ($p=0.006$). Metabolik sendrom insidansı ile "ölçülü diyet" ya da öğütülmemiş tahıl, rafine tahıl, meyve, sebze, kuruyemiş, kahve ya da şekerli meşrubat arasında bir ilişki yoktu.

Bu bulgular ışığında araştırmacılar batı diyetiyle beslenmenin, et ve kızartma tüketiminin metabolik sendrom insidansını artırdığı, süt ve süt ürünleri tüketiminin ise bir miktar koruyucu olduğu sonucuna vardılar. 'Light' içeceklerle metabolik sendrom arasında bulunan pozitif ilişki ise beklenmedik olması nedeniyle daha fazla araştırma yapılmasını gerektirmektedir.

Circulation. 2008 Feb 12;117(6):754-61. Heartwire, 2008

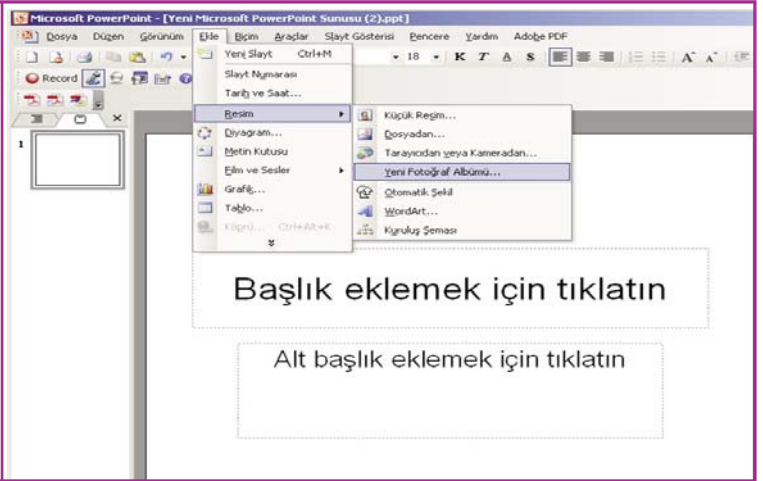
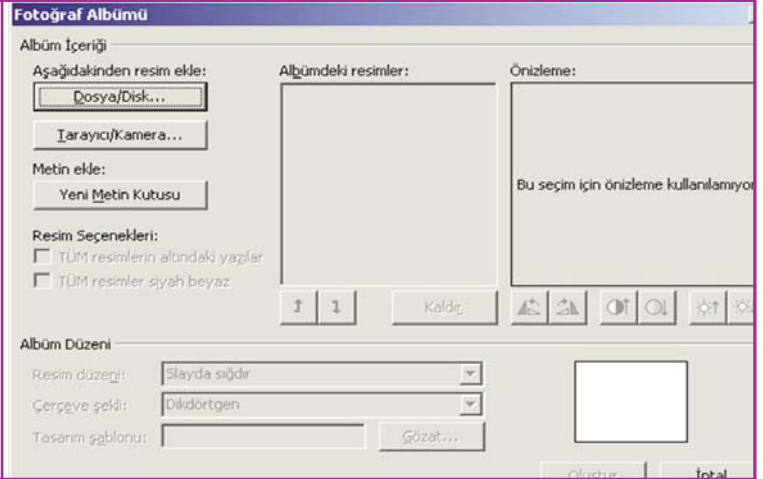
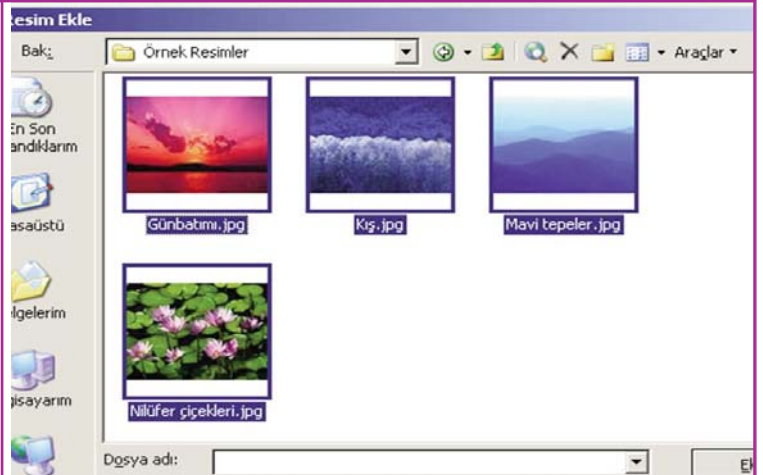
Hazırlayanlar:

Doç. Dr. Özen Aşut*

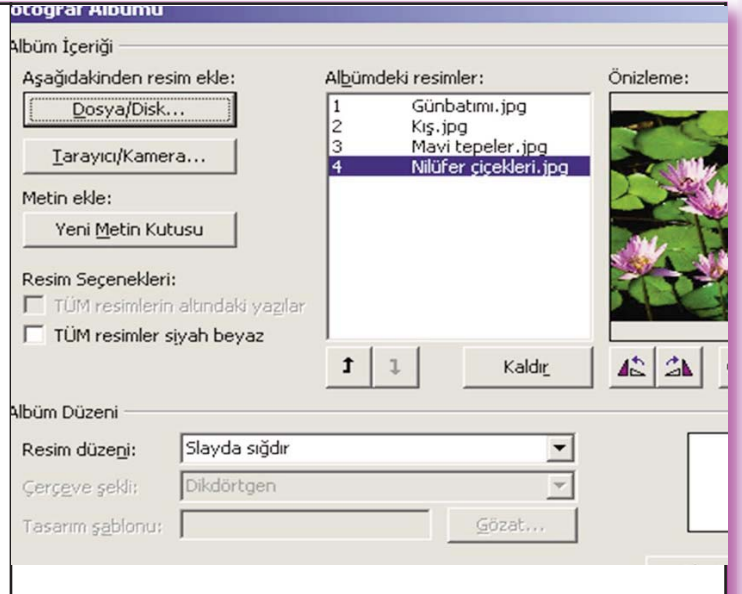
İnt. Dr. Yılmaz Yıldız**



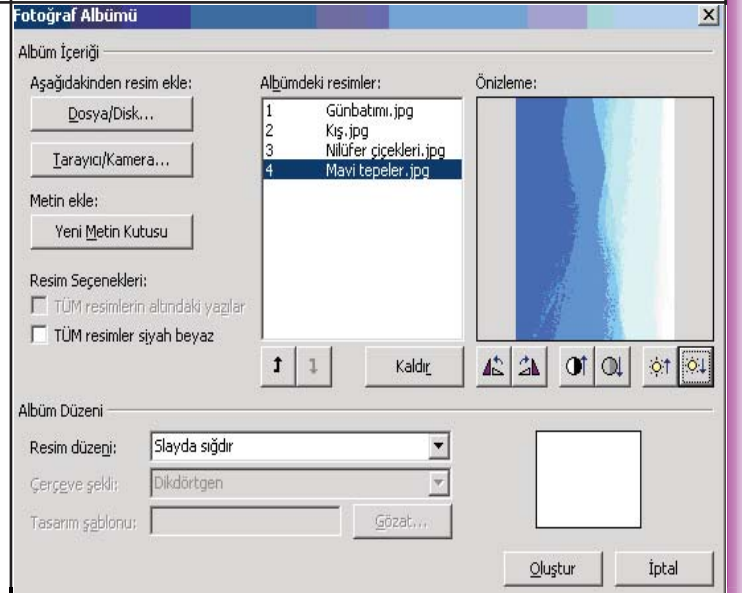
Çoklu Fotoğraflardan Sunu oluşturmak

<p>Uygulamamıza yeni bir PowerPoint sunusu oluşturarak başlıyoruz. Ekle/Resim/Yeni Fotoğraf Albümü seçeneğini tıklayınız.</p>	
<p>Ekrana Fotoğraf Albümü paneli gelecektir. Ekleme istediğiniz resimler diskinizde kayıtlı ise Dosya/Disk düğmesini tıklayınız. <i>Not: Bu panelde resim ya da fotoğrafı bilgisayarınızdan alabileceğiniz gibi, tarayıcı ya da kameranızdan da resim alabilirsiniz. Bunun için Tarayıcı/Kamera tuşunu kullanabilirsiniz.</i></p>	
<p>Resim ekleyeceğimiz klasörü bulup bütün resimleri seçiniz. (Örnek için Belgelerim/Resimlerim/Örnek Resimler bileşeni kullanılmıştır.) Ekle tuşunu tıklayınız.</p>	

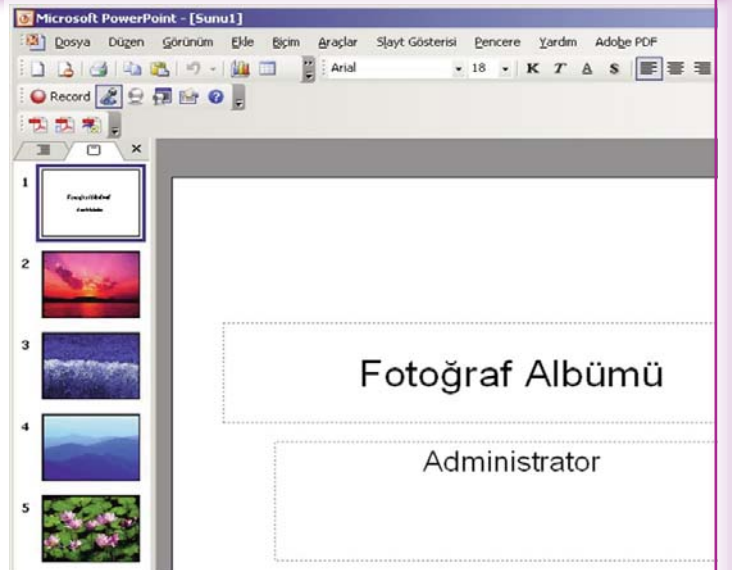
Seçtiğiniz resimler Albümdeki resimler liste kutusunda sıralanacaktır.



Resimlerin ayarları ile oynayabilir, sırasını değiştirebilirsiniz. İşleminiz bittiğinde oluştur tuşunu tıklayınız.



İşlem sonunda biri başlık olmak üzere beş adet slayttan oluşan sunuyu görmekteyiz. Kullanmanız umuduyla...





*Dr. Uğur Işık**, Dr. Müzeyen Akıncı***, Dr. Reyhan Yalçındağ*****

Giriş

Kadın ve kız çocuklarına yönelik 'şiddet'; büyük bir 'halk sağlığı sorunu' ve 'insan hakları ihlalidir'. Kadınlar; bebeklik, çocukluk, gençlik, erişkin ve hatta yaşlılık dönemlerinin herhangi bir evresinde sıklıkla fiziksel, ekonomik, cinsel ya da ruhsal şiddete maruz kalmaktadırlar. Şiddetin derecesiyle ilgili olarak, şiddete maruz kalan kişide ciddi sağlık sorunları ve ruhsal sorunlar olduğundan, bir yönüyle 'şiddet' sağlık sektörünü çok yakından ilgilendiren bir konu olmakla birlikte, diğer yönüyle de bir çok sektörün, kurum ve kuruluşların ivedilikle koordineli bir biçimde çalışarak konuya yanıt bulmalarını gerektiren ciddi bir sosyal sorundur.

Şiddet ve özellikle kadına yönelik şiddet, hiç kuşkusuzdur ki; toplumların daha sağlıklı bir yaşama ulaşmalarını engellemekte ve toplumların eğitim, sosyal, kültürel, siyasal ve ekonomik düzeylerini olumsuz yönde etkilemektedir. Ne yazık ki şiddet; bir taraftan da kalkınmanın sürdürülebilir kılınmasını da ciddi boyutta engellemektedir. Toplumların gelişmişlik düzeylerine göre farklılık gösterse de hala cinsiyete dayalı ayrımcılık yaygın bir biçimde görülmektedir.

Amaç

Kadına yönelik şiddete ve boyutuna; kamu, sivil, özel, yerel, ulusal ve uluslararası bileşenlerle birlikte vurgu yapmak, Kadına yönelik şiddeti önlenabilir bir sağlık sorunu ve öncelikli bir halk sağlığı sorunu olarak görmek ve belirlemek, mevcut ölüm ve sakatlıkları azaltıcı önlemler alınmasına katkı sunmak, şiddete maruz kalan mağdur kadınları sahiplenerek olayı, hak ihlalleri perspektifinden değerlendirmek ve kadına yönelik şiddeti, kadının insan hakkı ihlali olduğu gerçeğinden hareketle suç olarak kabul etmek ve şiddeti önleyici efektif stratejileri belirlemektir.

Bu noktada; sağlık sektörü ile sosyal ve hukuksal kurum ve kuruluşların alması gereken inisiyatif ve üstleneceği spesifik hedef, 'Kadına Yönelik Şiddet'in bileşenleri ile birlikte neden olduğu sağlık, sosyal ve hukuksal sonuçlarının yönlendirilmesi ve yönetilmesi ile Kadına Yönelik Şiddet'in önlenmesinde üstleneceği rollerin belirlenmesidir.

Kadına Yönelik Şiddet Nedir?

Birleşmiş Milletler (BM); Kadına Yönelik Şiddetin Eliminasyonu Bildirgesinde (1993),

Kadınlara Karşı Şiddeti;

"İster kamusal, ister özel yaşamda meydana gelsin, kadınlara fiziksel, cinsel ya da psikolojik yönden acı ya da ıstırap veren ya da verebilecek olan, cinsiyete dayanan bir eylem ya da bu tür eylemlerle tehdit etme, zorlama ya da keyfi olarak özgürlükten yoksun bırakma" şeklinde ifade etmiştir (1).

Birleşmiş Milletler Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Tasfiye Edilmesine Dair

Sözleşmede; Birleşmiş Milletler Şartı, temel insan haklarına, insanlık onuru ve insanın değeri ile erkeklerin ve kadınların haklar bakımından eşitliğine olan inancını yeniden teyit ettiğini kaydederek,

İnsan Hakları Evrensel Bildirisi'nin ayrımcılığın kabul edilemezliği prensibini teyit ettiğini ve bütün insanların onurları ve hakları bakımından eşit ve özgür doğduklarını ve herkesin cinsiyete dayanan ayırım da dahil, bu



*"Sağlık ve İnsan Hakları Açısından Kadına Yönelik Şiddet" başlıklı çalışmanın devamı

Temmuz - Ağustos 2008 sayımızda yayımlanacaktır.

**Uzm.; Diyarbakır Tabip Odası, Diyarbakır

***İnsan Hakları Derneği Diyarbakır Şubesi; Kadın Sorunlarını Arş. Komisyonu Üyesi; Diyarbakır

****Av.; İnsan Hakları Derneği Genel Başkan Yrd., Diyarbakır

Bildiri'de yer alan hiç bir ayrımcılığa tabi tutulmaksızın haklara ve özgürlüklere sahip olduklarını ilan ettiğini belirtmektedir (2).

Birleşmiş Milletler, Kadınlara Yönelik Ayrımcılığın Önlenmesi Komitesi; kadınlara yönelik toplumsal cinsiyete dayalı şiddeti; "bir kadına sırf kadın olduğu için yöneltilen ya da oransız bir biçimde kadınları etkileyen şiddettir." biçiminde ifade etmiştir (3).

Dünya Sağlık Örgütü ise; kadına uygulanan şiddeti, fiziksel, psikolojik ya da cinsel hasara yol açan her türlü davranış olarak tanımlamıştır (4).

Bu durum; kadına, cinsiyetinden dolayı ayrımcılık yapılmasını, aile içinde ve genel toplumda tokat atma, vurma, tekmeleme ve dövme gibi fiziksel saldırıyı, sövülmeyi, kız çocuklarının ve genç kızların cinsel ilişkiye zorlanmalarını, genital organın dağlanmasını, her türlü cinsel istismarları, tecavüzü, diğer cinsel zor kullanma biçimlerini, kız çocukları ve kadınların sindirilmeye, sürekli küçük düşürülme ve aşağılanmaları gibi psikolojik şiddet uygulama biçimlerini; kızların genital mutilasyonunu, organ hasarlarını, her türlü geleneksel yöntemlerle kadına ve kız çocuğuna zarar verilmesini, kadın ve kız çocuklarının herhangi bir kişiye ya da zümreye menfaat sağlanmak üzere kullanılmasına/ sömürülmesine yönelik şiddeti, eş olmayanlar arasındaki şiddeti, sevgiliye/partner'e ya da dul kadına uygulanan şiddeti, kadın ve kız çocuklarının iş yerinde, eğitim yuvalarında ya da herhangi bir yerde taciz edilmelerini, kadınların ve ya kız çocuklarının satışı, kadının veya kız çocuklarının fahişeliğe ve pornografiye zorlanmalarını, kadın ticaretini ve nerede meydana gelirse gelsin Devlet tarafından işlenen ya da hoş görülen fiziksel, cinsel ve psikolojik şiddeti içermektedir. (1 (Madde 2); 5).

Kadına Yönelik Şiddetin Boyutları

Kadına yönelik şiddet, sıklıkla kadının en yakınındaki erkek tarafından oluşturulmaktadır. Gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmalar, tüm dünyada kadınların üçte birinin yaşamları süresince dövüldüğünü, zorla cinsel ilişkiye zorlandığını ve ya diğer yollarla taciz edildiğini ortaya koymuştur. Öldürülen kadınların %40 ila %70'i yakın ilişki içinde olduğu partneri tarafından öldürülmektedir (4 & 6).

1998'deki ABD Ulusal Kadına Yönelik Şiddet Araştırmasına göre (National Violence

Against Women Study, NVAW); araştırmaya dahil 8000 kadından %52'sinin, çocukluğunda bir yetişkinden şiddet gördüğü, ABD'de her yıl 1.9 milyon kadının şiddetle karşılaştığı belirtilmiştir (Tjaden & Thoennes, 1998). Kadınların %25-45'i gebeliğinde dövülmüştür. ABD'de aile içi şiddet 15-44 yaş grubu kadınlar arasında en önemli ikinci yaralanma nedenidir (Barrier, 1998).

ABD'de yapılan bir başka çalışmaya göre; kadına yönelik şiddetin doğrudan maliyeti yıllık 3-5 milyar dolar iken dolaylı olarak bütçeye 100 milyar dolarlık bir yük oluşturduğu saptanmıştır (7).

Avustralya İstatistik Bürosu tarafından yapılan kadınların ilk güvenlik araştırması raporunda (1996); 6300 kadın çalışma kapsamına alınmış ve 12 aylık bir dilimde bu kadınların %7.1'nin fiziksel ve cinsel şiddete uğradığı saptanmıştır (8).

Rapora göre; genç kadınların yaşlılara oranla daha fazla fiziksel şiddet riski altında oldukları saptanmıştır. Araştırmaya dahil edilen, fiziksel şiddete maruz kalmış kadınların %19'nun yaşları 18-24 iken 35-44 yaş grubu kadınların %6.8, 55 ve üzeri yaş grubu kadınların ise %1.2 oranında fiziksel şiddete maruz kaldıkları belirlenmiştir (8).

Antenatal Klinik ile Acil Servislerden yapılan klinik çalışmalar; %19.3 ila %25.7 oranında kadınların yaşamları boyunca bir biçimde aile içi şiddete maruz kaldıklarını göstermiştir (8).

Türkiye'de; kadına yönelik şiddetle ilişkili çalışmalar ve istatistiki bilgiler oldukça sınırlıdır. Bununla birlikte yapılan araştırmalardaki saptanan oranlar, olayın önemini açıklaması açısından yadsınamayacak boyutlardadır.

Dr. Leyla Gülçür tarafından 1993-1994 yıllarında yapılan araştırmada; Kadınların, %89'unun psikolojik şiddete, %39'unun fiziksel şiddete ve %15.7'sinin cinsel şiddete maruz kaldığı belirtilmiştir.

Aynı çalışmada; kadınların %56.9'u hiçbir zaman, %37.3'ü bazen ve %5.9'u ise sıklıkla ya da her zaman eşlerinin kendilerine şiddet uygulamaya hakkı olduğunu belirtmiştir (10)

Sözel şiddet sıklığı kentsel bölgede %62, kırsal kesimde ise %49 olarak saptanmıştır (11).

Ankara'da yapılan bir başka kadın araştırmasına göre; kadınların %64'ü kocalarından, %12'si ayrıldıkları kocalarından, %8'i birlikte yaşadığı erkeklerden ve %2'si de kocalarının ailesinden şiddet görmektedir (12).

Esmer ve arkadaşlarının (1991) 116 çift ile yaptıkları araştırmaya göre; çiftlerin %55'nin kadının dayacağı hak ettiği durumlar olabileceğini, %28'inin ise, dayak yiyen kadının, bunu hak ettiğini düşündüklerini belirtmiştir (13).

Güneydoğu anadolu bölgesinde ise; 599 kadın üzerinde yapılan bir araştırma, kadınların %51'inin evlilik içi tecavüze, %57'sinin ise, fiziksel şiddete maruz kaldığını bulmuştur (14).

1995'te Ankara'daki gecekonduarda yaşayan kadınlar arasında yapılan bir araştırma; kadınların %97'sinin kocalarının saldırısına uğradığını ortaya koymuştur. Kadın Dayanışma Vakfı'nın yaptığı bir araştırmada kadınların %15.6'sının sık sık şiddete maruz kaldıklarını bildirirken, %46.8'i zaman zaman kocalarının 'hafif' şiddetine maruz kaldıklarını ve %34.6'sı ise, kocalarının 'orta sertlikte' şiddet kullandığını söylemiştir (15).

Şiddet, bazı durumlarda kadınların yaşamını kaybetmesi ile sonuçlanmaktadır.

İnsan Hakları Derneği'nin (İHD), 2007 Türkiye İnsan Hakları İhlalleri Raporu'ndan alınan Tablodan anlaşılacağı üzere; kadına yönelik şiddet çoğu kere kadının yaşam hakkının ihlaliyle ciddi bir hal almaktadır (16).

"Namus" adına işlenen cinayetler, Türkiye'de yaygınlığını korumaktadır. Bu tür cinayetlerin daha çok Güneydoğu ve Doğu Anadolu'da yaşandığı inancı ise gerçeği yansıtmamaktadır. Meclis Araştırma Komisyonu'nun hazırladığı "Töre Cinayetleri Raporu"na göre; 2000-2005 yılları arasında

töre ve namus gerekçesiyle 1091 cinayet işlenmiştir. Raporda, bu cinayetlerin işlenme nedeni olarak; namus, yasak ilişki, kan davası ve aile içi uyuşmazlıklar gibi gerekçeler gösterilirken; İstanbul, İzmir, Ankara, Antalya ve Bursa gibi gelişmiş şehirlerde kadına yönelik şiddetin yoğun olması dikkat çekmektedir.

Uygulamadaki aksaklıklar nedeniyle kayıtların sağlıklı olmadığı belirtilirken, gerçek sayıların daha yüksek olduğu tahmin edilmektedir. Rapora göre; 2000 - 2005 yılları arasında gerçekleşen 1091 cinayet olgusundan 322'si namus, 318'i aile içi uyuşmazlık, 159'u yasak ilişki, 109'u kan davası, 95'i cinsel taciz, 36'sı tecavüz, 33'ü kız alıp verme ve 19'u da, 'diğer' kategorisine alınan olgulardan oluşmaktadır. Bu verilere göre; cinayetlerin %29'u namus, %29'u aile içi uyuşmazlık, %15'i yasak ilişki, %10'u kan davası, %3'ü tecavüz, %2'si diğer, %9'u cinsel taciz, %3'ü kız alıp verme nedeni ile işlendiği tespit saptanmıştır.

Rapora göre; Marmara Bölgesi'nde 212 cinayetle %19, Ege Bölgesi'nde 209 cinayetle %19, İç Anadolu Bölgesi'nde 192 cinayetle %18, Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde 155 cinayetle %14, Akdeniz Bölgesi'nde 141 cinayetle %13, Doğu Anadolu Bölgesi'nde 95 cinayetle %9, Karadeniz Bölgesi'nde 87 cinayetle %8 oranında olgu gerçekleşmiştir.

Aynı olguların illere göre dağılımında ise; Ankara %10 ile birinci sırada yer alırken, İstanbul ve İzmir %9 ile ikinci sırada, Diyarbakır ise %7 ile üçüncü sırada yer almıştır. Bu veriler; Bursa'da %6, Aydın ve Antalya'da %4, Adana, Gaziantep, Kayseri, Sivas'ta %3 olarak açıklanırken diğer illerde daha az olay meydana geldiği belirtilmiştir. Bazı illerde ise bu kategoride her hangi bir kayda rastlanmadığı ifade edilmiştir (17).

Bu tablo; buzdağının yalnızca görünen kısmıdır. Birçok olguda ölümler bildirilmemekte, cinayetlere intihar süsü verilmekte ve aileler tarafından olayların üstü örtülmektedir. Kadınlar, kendilerini öldürmeye zorlanmakta ya da ikna edilmektedir. Bazı olgularda erkek akrabalarını sorumluluk ve yasal yaptırımlardan kurtarmak için, kadınların, canlarına kıyarak, kendi "ceza"larını kendilerinin verdiği belirtilmektedir (16; 17, 18).

Çalışmanın devamı ve kaynakları cilt 17, sayı 7'de yayımlanacaktır.

<u>Kuşkulu ölümler</u>		
Kadın	12 ölü	
Çocuk	3 ölü	
<u>Namus cinayetleri</u>		
Kadın	36 ölü	3 yaralı
Çocuk	6 ölü	2 yaralı
Kadın İntiharları	65 intihar	19 intihar teşebbüsü
Ev içi şiddete uğrayan kadınlar	66 ölü	61 yaralı/5 tecavüz
Toplumsal alanda kadına yönelik Şiddet, tecavüz ve taciz	53 ölü	55 yaralı/48 taciz ve tecavüz
FuHuşa zorlanan kadınlar	314 kişi	
<u>Çocukların Yaşam Haklarına Yönelik İhlaller</u>		
Çocuk İntiharları	47 intihar	19 intihar teşebbüsü
Ev İçi Şiddete Uğrayan Çocuklar	34 ölü	29 yaralı / 7 taciz ve tecavüz
Toplumsal Alanda Çocuğa Yönelik Şiddet, Tecavüz ve Taciz	37 ölü	47 yaralı / 92 taciz ve tecavüz
FuHuşa Zorlanan Çocuklar	15 çocuk	

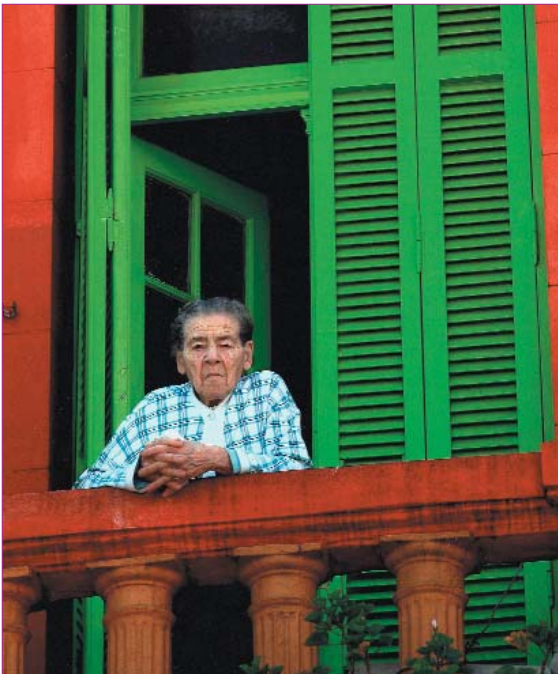
Etkin Yaşlanma: Birinci basamak Sağlık Hizmetlerinde Yaşlı Sağlığına Yeni Bir Bakış Açısı



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

İnsanların doğuştan yaşam beklentisinin giderek artması insanlığın ve tıbbın başarısıdır. Dünyanın hızla yaşlanıyor olması bir gerçektir. Dünyada 2006'da 60 yaşın üzerindeki kişi sayısı 650 milyon iken, 2025'de bu sayının ikiye katlanarak 1.2 milyar olması bekleniyor. 2050'ye dek tüm dünyada 60 yaş üstü 2 milyar insanın olacağı öngörülüyor (1). Ülkemizin ise OECD ülkeleri arasında en hızlı yaşlanan ülkeler arasında bulunması dikkat çekicidir. Devlet Planlama Teşkilatı verilerine göre 65 yaş ve üzerindeki kişiler 2005 verilerine göre 6,147 milyonu bulmaktadır. Bu sayının 2015'de 8 milyon 442 bin 700; 2025'de ise 12milyon 55 bin 400 olması öngörülmektedir (2).

Yaşlanan nüfus sağlık sorunlarını da birlikte getirmektedir. Yaşananların sağlık sorunlarının yanı sıra, bu insanlara bakım veren kişilerin sağlık ve sosyal sorunları da günümüz sağlık hizmetlerinde önemli bir yer almak durumundadır (3).



Fotoğraf: "Penceredeki Yalnızlık" Dr. Ceyhun İrgil, Bursa STED Fotoğraf Yarışması 2007 Kapak Ödülü.

Demografik değişim ve gelişmelerin farkında olarak Birleşmiş Milletler 2002 yılında Madrid'de Etkin Yaşlanma Çerçeve programını (Active Aging Framework =AAF) ilan etmiştir (4). Bu program Etkin Yaşlanma politikasının özünü oluşturmaktadır ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından, yaşlı kişilerin yaşam niteliklerini yükseltmek için gerekli önlemlerin alınması konusundaki çağrısıdır.

Yaşlanma tüm canlıların ve elbette insanların yaşamındaki fizyolojik bir süreçtir. İnsan yaşamının tüm süreçleri gibi bu sürecin de çok iyi bilinmesi ve yönetilmesi, sağlığın korunması ve geliştirilmesi temeldir. Fizik, ekonomik ve toplumsal çevre, kişilik özellikleri ve davranışlar, sağlık hizmetlerine erişim gibi yaşlanma sürecini etkileyen pek çok etmen bulunmaktadır. Etmenlerin sağlıklı bir yaşam için olumlu yönde değiştirilmesi bireylerin sahip oldukları sağlık birikimlerini olabildiğince korumaya yardımcı olacaktır (3).

Yaşlanma sürecinde kişinin değiştiremeyeceği önemli bir özellik kendi biyolojisi ve genetik kalıtıdır. Birey genetik özellikleri ile intrauterin yaşamın sonunda dünyaya bir yaşam birikimi ile doğar. Bu birikimi hızla tüketmek ya da belli oranda artırmak yaşamı etkileyen diğer etmenlerin nasıl yönetildiğine bağlıdır. Genetik olarak bir hastalık yükü (ör. diyabet) ile doğan kişi bu hastalığı ortaya çıkaran ya da ağırlaştırıcı etmenlerin bilincinde ise onları kontrol ederek hastalığın ortaya çıkışını geciktirebilir ve sağlığını koruyabilir (5). Sağlıklı beslenme, bedensel etkinlik, sağlık riski yaratan davranışlardan kaçınma yoluyla yaşam niteliğini yükseltmek ve yaşam birikimini olabildiğince iyi kullanmak olasıdır.

Bunu osteoporoz örneğinde açıklarsak; kemik kütlesi iskelet yapısında bulunan kemiğin miktarıdır. Kemik yoğunluğunun yüksekliği kemiğin kuvvetliliği ile orantılıdır. Kemik yoğunluğu genetik etmenlerden kuvvetle etkilenir. Çevresel etmenler, beslenme biçimi ve ilaçlar da kemik yoğunluğunu etkilerler. Normal olarak kemik yoğunluğu

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

çocukluk çağı boyunca artar ve 25 yaş dolaylarında doruk değere ulaşır. On yıl bu düzey sürdürülür ve 35 yaşından sonra kadın ve erkekler yaşlanma sürecinin bir parçası olarak kemik yoğunluklarının her yıl % 0.3 - 0.5'ini yitirirler. Osteoporoz gelişme riskini artıran nedenler; kadın cinsiyet, beyaz tenli olma, zayıf ve kısa beden yapısı, ailede osteoporoz öyküsü, sigara içme, yoğun alkol kullanımı, bedensel etkinlik yokluğu, düşük kalsiyumlu diyet, yetersiz beslenme, yetersiz güneş ışını, hareketsizlik, erken menopoz, süregen hastalıklar ve vitamin D yetersizliği gibi birçok nedenlerdir. Bunların bazıları önlenabilir etmenlerdir.

Osteoporoz özellikle kadınlarda kalça ya da omurga kırığına neden olarak kişileri bakıma muhtaç duruma düşüren ve yaşam niteliğini olumsuz etkileyen bir durumdur. Yaşamın erken döneminde kemik yoğunluğunu olabildiğince yüksek tutmak ve daha sonra yukarıdaki risk etmenlerini kontrol ederek sağlığı korumak ve geliştirmek olasıdır (6,7).

Yaşlıların bakımında önemli olan bir diğer konu ise, sağlık çalışanlarının yaşlanma süreciyle birlikte ortaya çıkabilen yetersizliklerin ve işlev kayıplarının farkında olmamalarıdır.

Bazı tarama gereçleri ile (örn. Active aging toolkit) ile sık görülen sağlık sorunları için riskte olan kişiler tanımlanabilir ve bu sorunla başa çıkabilmeleri için kişilere destek sağlanabilir. Bunun için hekimler sağlık bakım hedeflerini hastalığa özgü yaklaşımından, önleyici sağlık hizmetlerine kaydırmalıdır (5).

Sağlık merkezlerine ulaşım zorluğu, bekleme süresinin uzunluğu ve rahatsız bekleme salonları, iyi aydınlatılmamış ortamlar, temel gürültü fazlalığı, anlaşılama kaygısı sağlık bakımı arama davranışlarını etkilemekte, bu amaçla başvurudan vazgeçirebilmekte ve düzenli kontrole gitmekten alıkoymaktadır.

Sağlık çalışanlarının yaşlı kişilere bu değişikliklerin bilincinde olarak yaklaşmaları, onlarla iletişim kurarken engelliliklerini dikkate almaları önemlidir. Çalıştıkları ortamın bu doğrultuda düzenlenmesi önem gösterir (3).

WONCA (Dünya Aile Hekimleri Birliği) Avrupa tanımında yaşam döngüsü yaklaşımına vurguda bulunur. Ana rahminden (hatta dölleme öncesi) ölümüne dek bakımının

üstlenilmesi öğütler. Etkin yaşlanma kavramını yaklaşımı da bu biçimdedir. Sağlık sorunları yaşlılıkta birden ortaya çıkmamaktadır. Bireyin biyolojik ve genetik yapısı yanı sıra çevresel etmen ve yaşam biçimine de bağlıdır. Bu bağlamda etkin yaşlanma yaklaşımı doğumöncesi dönemde başlar ve ömür boyu sürer (4,8).

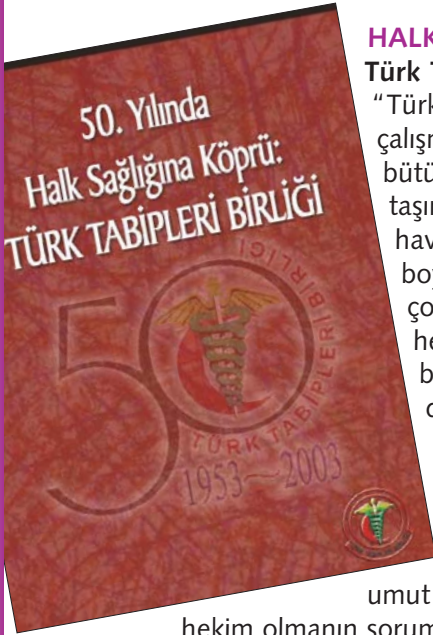
Öngörülebilir yaşlanmaya ilişkin fizyolojik değişiklikler, etkin yaşlanma yaklaşımı ile önceden karşılanıp, yaşlanan bireylerin daha mutlu, bağımsız, sağlıklı ve niteliği yüksek bir ömür sürdürmeleri sağlanabilir. Buna sağlık çalışanlarının önemli katkıları olabilir.

İletişim: Dr. Hakan Yaman

E-posta: hakanyaman@akdeniz.edu.tr

Kaynaklar

- 1- Akdeniz M, Yaman H. Care of Elderly-A Family Medicine Perspective. Proceeding of the 1st International Gerontology Symposium in Turkey. Gero Yay: Antalya/ Turkey. 2007.
- 2- Tufan I. Is Turkey ready for the aged in the 21st Century, Turkey.s Hair is getting Grey? Proceeding of the 1st International Gerontology Symposium in Turkey. Gero-Yay: Antalya/ Turkey. 2005
- 3- Yaman H, Kanevetçi Z, Akdeniz M. Ülkemizde Beklenen Demografik Değişime Hazırlık: Yaşlı Dostu Birincil Bakım Merkezleri. RNA Aile Hekimliği Dergisi. 2008 ; 2(2) :14-21.
- 4- Active Ageing-A Policy Framework. Geneva: WHO.2002. http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf. Erişim tarihi: 15.08.2008.
- 5- Yaman H (Çeviri Editörü). Yaşlı Dostu Birincil Bakım Merkezi Enstrüman Seti. Cenevre: DSÖ. 2007. <http://www.ailehek.org>. Erişim tarihi: 20.11.2008
- 6- Yaman H, YazıcıS, Sandholzer H. Geriyatrik Değerlendirme: Yaşlı Hastaların Aile Hekimliği.nde Kanıta Dayalı Rehberler Işığında Peryodik Muayeneleri. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2008; (baskıda) 2.
- 7- Flaherty JH, Morley JE, Murphy DJ, Wasserman MR. The development of outpatient clinical glidepaths. J Am Geriatr Soc. 2002;50(11):1886-1901.
- 8- Wonca Europe. The European Definition of General Practice / Family Medicine. 2002. http://www.globalfamilydoctor.com/publications/Euro_Def.pdf. Erişim tarihi: 15 08 2008.
- 9- McDaniel SH, Campbell TL, Hepworth J, Lorenz A. Aile Yönelimli Birincil Bakım. Çeviri Editörü: Yaman H. İstanbul: Yüce Yayınevi. 2007.



HALK SAĞLIĞINA KÖPRÜ: TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ

Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Birinci Baskı, Haziran 2008, Ankara

"Türk Tabipleri Birliği'nde ister seçili kurullarda isterse komisyonlarda-kollarda, çalışma gruplarında hekimlik mesleğinin bir döneminde ya da neredeyse bütününde çalışmış hekimler için meslek örgütü çok farklı, zengin anlamlar taşımıştır. Meslek örgütüne hangi gerekçeyle, kimin çağrısıyla gelirse gelsin bu havayı bir kez soluyan, adını bir çalışma grubuna ekleyen hekimler yaşamları boyunca yoğun hekimlik pratiğinde kimi zaman dostlarına, eşine, çocuklarına hatta kendisine ayırmadığı zamanı meslek örgütüne "iyi hekimlik" değerleri için gönüllüce, zorlama olmadan ayırmışlardır. Öyle ki bir nedenle uzak kaldıklarında örgütlerine sıla çeker gibi özlem duymuşlardır.

Yoğun hekimlik mesleğinin içinden, sağlık ocağından, hastanesinden, muayenehanesinden sorunları meslek örgütüne taşımış, ortak aklın, bilimin, evrensel değerlerin yol göstericiliğinde ürettiklerini, çözüm önerilerini yüksünmeden gereğinde il il ziyaretler yaparak tüm ülkeye umut olup taşımışlardır. Dile kolay, 50 yıl içinde ülkenin tüm zor zamanlarında

hekim olmanın sorumluluğu ile yanışa karşı çıkıp seslerin çıkmadığı, soluk almanın güçleştiği dönemlerde insana, insan haklarına yaraşır olanın yanında, kimi zaman en önde yer almak bağımsız hekim kimliğinin en güzel örneklerini sergilemek bu örgütün geçmişinde neredeyse olağanlaşmıştır.

Bu örgütün yaşayan cıvıl cıvıl, biri diğerine benzemeyen renkleriyle, insanın başını döndüren ıtır kır çiçekleriyle bu hercai durumu, iktidarları hep rahatsız etti. Meslek örgütünün hekimlerle buluşmasını engellemek için türlü girişimlerde bulundular. Ancak hem hekimler hem toplum bu çabalara karşın her zaman Türk Tabipleri Birliği'ni önemsemi, değer verdi.

Türk Tabipleri Birliği yaşam boyu öğrenen-öğrenmek zorunda olan hekimler için bir okul oldu. Çok öğrendik, bildiklerimizi bu çatı altında özgürce paylaştık. Birlikte tartıştık, raporlar hazırladık. Emeğimize, bilgimize, mesleğimize birlikte sahip çıktık."

Türk Tabipleri Birliği'nin 50. yılında değerlerin nesilden nesile nasıl geçtiğine değerli konuşmacıların sınımsız tanıklığında izleyebiliyoruz. TTB yayınları arasında çıkan kitaba www.ttb.org.tr adresinden de ulaşabilirsiniz.

TTB- STE Kredi Puanı ve Kitap Kazananlar



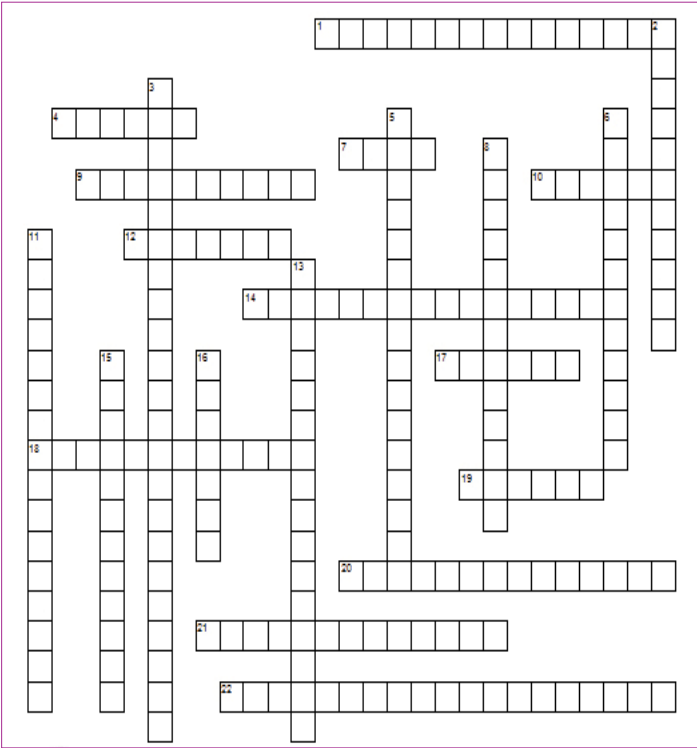
Mart 2008 sayımızdaki Ödüllü Bulmaca'dan kredi puanı kazananlar

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

Ödüllü Bulmaca



Bulmacamızda yer alan soruları bu sayımızdaki yazılardan seçtik. Doğru olarak yanıtlayıp Dergi'nin po... tarihinden sonraki bir ay içinde bize gönderen okuyucularımıza **2 TTB- STE Kredi Puanı** veriyoruz. Ayrıca beş kişiye Kocaeli Tabip Odası'nın hazırladığı "**Sağlık Olsun**" adlı karikatür kitabını armağan ediyoruz. Bulmacanın doğru yanıtlarını **Eylül - Ekim 2008** sayımızda yayımlayacağız.



1- Belli bir hastalıklailgili olarak yapılmış araştırmaların verilerini,hekimin klinik deneyimi ve hastanın bulgularıyla bütünleştirebilmek, **2-** Sünnet derisinin retrakte edilebilecek kadar geniş, ancak yeniden glans üzerine dönmeyecek kadar dar bir halkaya sahip olan fimozis, **3-** Elektrik çarpmasının en ciddi kardiyak komplikasyonu, **4-** Fimozisin klasik tedavisi, **5-** OM-85 eldesinde kullanılan bir bakteri türü, **6-** OM-85 kullanımının gerekliliğini

azalttığı bir ilaç grubu, **7-** OM-85'in tükrükte Ig A ve serumda Ig G artışı yapmak için aktive ettiği madde, **8-** Metabolik sendromda yüksek olan bir değer, **9-** Balanit ve postitte en sık üreyen mikroorganizmalardan biri, **10-** Yüksek voltajlı elektrik akımının neden olduğu bir kalp patolojisi, **11-** Kanıta dayalı tıbbın hızla yayılmasında önemli bir etken, **12-** Prepisyumun distal ucunun, fibrozisle daralması sonucu glans gerisine retrakte edilememesi durumu, **13-** Çalışanları ya da ortamda sigara içmeyenleri pasif içicilikten korumanın kesin çözümü olan ortamların durumu, **14-** Balanopostitin komplikasyon olarak görüldüğü bir hastalık, **5-** Prepisyumun glans penisi koruduğu bir patoloji, **16-** Bir fimozis komplikasyonu, **17-** Prepisyumun enfeksiyonu, **18-** Patolojik fimozisin karakteristik durumu, **19-** Prepisyumun embriyolojik olarak büyümeye başladığı glans parçası, **20-** Yüksek voltaja maruz kalan hastalarda yükselen bir enzim, **21-** Yaşamı tehdit eden bir hastalıkla karşı karşıya kalan hasta ve ailesinin fiziksel, psikososyal, spiritüel ve ağrı gibi daha birçok sorunun erken tanı, kapsamlı tanılama ve tedavi ile hafifleterek ya da ortaya çıkmasını engelleyerek yaşam kalitesini geliştirmeyi hedefleyen yaklaşım, **22-** Palyatif bakımın bileşenlerinden biri.

STED Mart 2008 Ödüllü Bulmaca Doğru Yanıtları:

1- Yüksek Doğum Sırası, **2-** Kremasterik Ven, **3-** Meningokok, **4-** Termoregulatuar, **5-** M. Power, **6-** İntrakret, **7-** Düşük Katranlı, **8-** Mastürbasyon, **9-** Doğum Kontrolü, **10-** Pronatalist, **11-** Arkadaş, **12-** Menopoz, **13-** Cinsellik, **14-** Varikosel, **15-** GNRH, **16-** Semen Analizi, **17-** Üreme Sağlığı, **18-** Hepatit B, **19-** Tekeşlilik, **20-** Medya, **21-** Cinsel Taciz, **22-** Gözlemsel Etkililik, **23-** Pampiniform Pleksus, **24-** Wilms Tümörü.