

Eskişehir Kırsal Kesim İlköğretim Öğrencilerinde Görme Kusurları	95
Yazılı Medyada Şiddet: Bir Gazetede İçerik Analizi ve Şiddeti Önleme Platformu Önerileri	100
Çocuklarda Akut Pankreatit	105



Yayın Yönetmenleri

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

Yayın Kurulu

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

Bilimsel Danışma Kurulu

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

Okuyucu Danışma Kurulu

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

Sayı Sorumlusu

Dr. Tolga İnce

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
 Vergi Dairesi: Yenimahalle - Vergi No: 613 046 2266 - Ticaret Sicil No: 64/1828
 Basım Tarihi: ?? ????? 2007

Bu Sayıda

Cilt 16
 Sayı 7
 Temmuz 2007

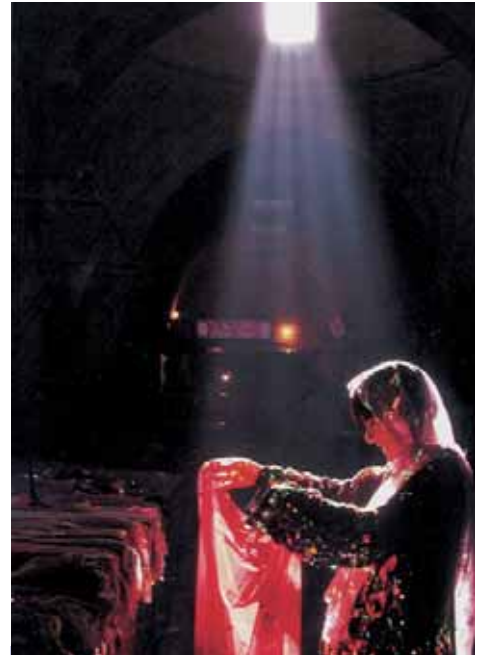
Araştırma

Eskişehir Kırsal Kesim İlköğretim Öğrencilerinde Görme Kusurları 95
*Dr. Burhanettin Işıklı,
 Dr. Cemalettin Kalyoncu*

Yazılı Medyada Şiddet: Bir Gazetede İçerik Analizi ve Şiddeti Önleme Platformu Önerileri 100
*Mustafa Karaaslan, Ayşegül Boyraz,
 Dr. Songül Yalçın, Dr. Özlem Tekşam*

Derleme

Çocuklarda Akut Pankreatit 105
*Dr. İsmail H. Göl, Dr. Serdar Moralioğlu,
 Dr. İ. Onur Özen*



Kapak Fotoğrafı:

"Selvi Boylum Al Yazmalım"

Dr. İmran Şan

TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2006
Kapak Ödülü



Merhaba,

Öğle yemeğinin rahatlığını atmada Türk kahvesi gibisi var mı? Dün içilen kahvelerin fincanlarını yıkamamış olsak da, eskiden olduğu gibi kahve ocağın üzerinde yavaş yavaş pişmese de, kahvenin aroması herşeye değer. Elektrikli cezveden yayılan koku Doktor Ekrem Bey'i sabırsızlandırıyordu. Kahvenin tadı bir yana, sağlık ocağında öğle yemeği sonrası bir araya gelişlerin bir nedeni de sohbetin sıcaklığıydı. Kimi zaman bir hastanın davranışı, isteği kimi zaman bir önceki akşam izlenen film, okunan bir gazete haberi sohbetin konusu olurdu.

Ekrem Bey alışılmışın tersine her zaman dışarı bakmak için yüzünü döndüğü cama sırtını dönerek derin bir soluk aldı. Alışılmış olan bu derin soluk almaydı. Anlamının 'anlatacağım bir şey var' olduğu bilinirdi. Kısa bir sessizlikten sonra "Olacak şey mi evde iki sağlıklı var ama çocuğun gözünün bozuk olduğunu kimse fark etmedi. Kız yakınmasa kimsenin aklına doktora götürmek gelmeyecekti" dedi. Biraz da gecikmişliğin verdiği üzüntüyle iç dökmekteydi. Bu konuşmanın bir sağlık ocağında yapılıyor olması sessizliğin süresini kısalttı.

Doktor Sevgi Hanım yaklaşık on yıldır çalıştığı sağlık ocağında her yıl yaptıkları ilköğretim okulu birinci sınıf için sağlık taramalarını anımsadı. "Rutinden çıkarıp biraz daha özenilse kaç çocukta kırma kusuru erken yakalanabilir." dedi.

Fotoğraf çekmeyi çok seven Doktor Havva bu söyleşilere pek katılmamakla birlikte odada olmayı sever kimi zaman kendisinin beğendiği bir fotoğraf olduğunda arkadaşlarına göstermekten keyif alırdı. STED'i pek ayrıntılı



Fotoğraf: "Daha Küçüküm", Hem. Selime Yılmaz, Trabzon
STED Fotoğraf Yarışması 2006 Sergi Ödülü

okumasa da fotoğraflarını büyük bir ilgiyle izlerdi. Doktor Havva'nın masa üzerinde duran STED kapağında yazan araştırmanın adı ilgisini çekti. Derginin Temmuz sayısında bir ilköğretim okulunda yapılan görme kusurlarıyla ilgili araştırmayı okumaya başladı.

"Bize bağlı okullarda kaç öğrenci var?" sorusunu ortaya soran Doktor Havva'ya yanıt Hemşire Birsen'den geldi: "Dört bine yakın doktor hanım."

"Biz de böyle bir çalışma yapabilir miyiz?" diye sorarken Havva, dergiyi arkadaşlarına uzattı.

Ne yazık ki yaptığımız çalışmaları, sonuçlarını görünür kılmıyoruz. Bütün rakamlar elimizin altında iken bunları sınıflayıp üzerine düşünmekten nedense uzak duruyoruz. Sonuçlarımızı diğer ülke araştırmaları ile karşılaştırmak belki yabancı dil nedeniyle güç. Oysa Türkçe yayınlanan çok sayıda araştırma var. İlimizin verileri, bölgemizin öncelikleri içinde yaptıklarımızı karşılaştırmak, örnek çalışmalar ortaya koymak en azından ne durumda olduğumuzu bilmek bizlere iyi gelecek. Ama en önemlisi gözden kaçabilecek bir sağlık sorununu gündemimize almamıza, işimizi yaparken aklımızın bir kısıcığında diri tutmamıza olanak sağlayacak.

Denilebilir ki bütün sağlık ocaklarının verileri Bakanlığa iletiliyor. Orada yetkili kişiler bu rakamları inceleyip öncelikleri belirliyorlar. Ya da çok küçük ölçekli çalışmalar yanıltıcı olabilir. Bir sağlık ocağının verileri geneli yansıtmaz. Bu önermeler doğru olabilir. Ama biliyoruz ki yetişkinler kendilerinin sahiplenmedikleri hedefleri gerçekleştirmede yeterince istekli davranmıyorlar. Oysa örneklerini hep birlikte çoğaltabiliriz, önemini kavradığımız konularda çalışma isteğimiz en üst düzeye çıkıyor. Mesleğimizin geleceğini, yönünü çizmek yaptıklarımızın farkında olmaktan geçiyor. Farkında olmak kadar yaptıklarımızı savunmak, arkasında durmak da önemli. Bunun yolu da daha çok araştırma, daha çok bilimsel yayın... Kahveler bitmişti. Ekrem araştırmanın özünü okumaya başladı. Okudukça biz de yapabiliriz, biz de yaptıklarımızı paylaşabiliriz duygusu kahvenin aromasıyla birlikte odaya yayılmaya başladı.

Bilimsel ve dostça kalın.

Eskişehir Kırsal Kesim İlköğretim Öğrencilerinde Görme Kusurları

Visual Defects in Primary School Students Living in Rural Parts of Eskisehir



Dr. Burhanettin Işıklı, Dr. Cemalettin Kalyoncu***

Öz

Bu çalışma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eğitim Araştırma Bölgesi Alpu, Mahmudiye, Beylikova İlçelerinde bulunan ilköğretim öğrencilerinde kırma kusuru, ambliyopi, şaşılık ve renk körlüğünün ne sıklıkta görüldüğünü saptamak amacıyla yapılmış, kesitsel tipte bir araştırmadır. Çalışma Ocak-Haziran 2007 tarihleri arasında okula devam eden 2813 öğrenciden ulaşılan 2635'i (%93.7) ile yapıldı. Tüm çocuklara literatürden yararlanılarak hazırlanmış anket formunun, kırsal hekimlik stajı yapan internler tarafından bire bir görüşülerek, uygulanmasının ardından Snellen eşeli ile kırma kusuru, doğrudan ışık kaynağı ve açma-kapama testi ile şaşılık, Ishihara'nın pseudoizokromatik kartları ile renk körlüğü muayeneleri yapıldı.

Çalışmada kırma kusuru %8.3, ambliyopi %4.3, şaşılık %1.3, renk körlüğü %2,9 sıklıkta bulundu. Daha önceden gözlük verilmiş öğrencilerin gözlükleriyle yapılan muayenelerinde 42'sinin (%37,5) gözlüklerinin yetersiz kaldığı saptanırken, daha önceden gözlük verilmemiş 176 (%7,0) öğrencinin gözlük gereksiniminin olduğu gözlemlendi. Görme kusuru olan öğrenciler okul yönetimlerine bildirilerek 2. basamak sağlık hizmetlerine yönlendirildi. Alpu, Mahmudiye, Beylikova ilçelerinde yürütülen okul sağlığı çalışmaları içinde kırma kusurunun saptanması ve izlenmesi başta olmak üzere çalışmaların sürekli bir hizmet haline getirilmesi gerektiği sonucuna varıldı.

Anahtar sözcükler: Öğrenciler, kırma kusuru, ambliyopi, şaşılık, renk körlüğü.

Abstract

This is a cross-sectional study conducted for determining the prevalence of refractive errors, amblyopia, strabismus and color blindness among primary school students living in the Eskisehir Osmangazi University education and research zone - Alpu, Mahmudiye and Beylikova districts. The study was conducted between January-June 2007 on 2635 (93.7%) of the 2813 students. After the questionnaire form -which was prepared in reference to the literature- was applied as a face-to-face interview by interns on their rural practice internship; refractive errors were examined by Snellen charts, strabismus by using direct light source and cover-uncover tests and color blindness by Ishihara's pseudoisochromatic plates.

The prevalence of refractive errors, amblyopia, strabismus and color blindness were 8.3%, 4.3%, 1.3% and 2.9%, respectively. Among the students who had been prescribed glasses in the past, the glasses of 42 (37.5%) children were inadequate and 176 students (7.0%) who did not wear glasses were in need of one. The students with visual defects were reported to the school administration and advised to apply to secondary-level health services. It was concluded that within the scope of the school health services conducted in Alpu, Mahmudiye and Beylikova districts, these studies, especially the diagnosis and follow-up of refractory errors were needed to become a continuing service.

Key words: Students, refractive error, amblyopia, strabismus, color vision defects.

Giriş

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi'nin 21. Yüzyılda Herkes için Sağlık hedeflerinden biri "Gençlerin 2020 yılına kadar daha sağlıklı olmalarını ve toplum içindeki rollerini sağlıklı bir biçimde yerine getirebilmelerini sağlamaktır". Bu hedef, çocuk ve gençlerin sağlığını koruyan, geliştiren okul sağlığı hizmetlerinin önemini vurgulamaktadır (1,2). Ülkemizde 2006 yılı nüfus kütüklerine kayıtlı yaklaşık 67,8 milyon kişi bulunmakta olup bunun 20 milyonunu 0-14 yaş grubu

oluşturmaktadır. 0-14 yaş grubunun toplam nüfusa oranı ise %29.8 dir (3). Sağlıklı bir geleceğin oluşmasına katkıda bulunacak kurum ve kuruluşlar içinde okulun önemli bir rolü vardır. Okul çağı bireylerin yaşam sürecinde yer alan önemli bir dönemi oluşturur. Ülkemizde 2006-2007 öğretim yılında yaklaşık 35 bin ilköğretim okulunda 11 milyona yakın öğrenci bulunmaktadır (4).

Eskişehir il sınırı içerisinde 2006-2007 öğretim yılında 247 ilköğretim okulu ve bu ilköğretim okullarında öğrenim gören 87 bin

*Doç.; Osmangazi Ü. Tıp Fakü. Halk Sağlığı AD, Eskişehir
**Prof.; Osmangazi Ü. Tıp Fakü. Halk Sağlığı AD, Eskişehir

öğrenci bulunmaktadır (4). Bu öğrencilere eğitim öğretimin yanı sıra sağlık hizmetleri verilmesi gerekliliği yasalarla da belirlenmiştir (5).

Okul sağlığı hizmetleri öncelikle öğrencilerin sağlığının geliştirilmesi ve sürdürülebilmesi için yapılan tüm çalışmaları kapsar. Bu nedenle okula başlarken ve okul çağı süresinde sağlık taramalarının yapılması, sağlık durumlarının değerlendirilmesi bazı hastalıkların erken dönemde saptanıp ve tanı konulmasında, tedavi olanaklarından yararlanılmasında, dolayısıyla gelecekteki sağlıklı toplumun temelini atılmasında büyük önem taşımaktadır (6, 7).

Okul çocuklarının önemli göz sorunlarından bazılarını; kırma kusuru, ambliyopi, şaşılık, renk körlüğü olarak sıralayabiliriz. Kırma kusuru; paralel gelen ışık ışınları retinanın ışığa duyarlı tabakası üzerinde bir fokus oluşturamaması durumudur. Göz merceğinin kırma kusurları toplumda, özellikle de okul çağındaki çocuklarda, en sık rastlanan sağlık sorunlarından biridir (8).

Ambliyopi; muayene ile saptanabilen organik bir patoloji olmaksızın tam bir gözlük tahsisine rağmen bir ya da iki gözün görme keskinliğinin azalmış olma durumudur. Zamanında tanı ve tedavi edilmediği durumda yaşamın ilk 45 yılında en çok görülen körlük nedenidir (9).

Şaşılık ise iki gözün uzaktaki bir cisme baktıklarında görme eksenlerinin paralelliklerinin bozulmasıdır. Yani görme aksının fiksasyon noktasında birleşmek yerine birbirleriyle bir açı (şaşılık açısı) yapmaları durumudur.

Renk körlüğü sekse bağlı bir görme kusurudur ve X kromozomlarındaki uygun görme genlerinin yokluğundan kaynaklanır.

Okul döneminde sık görülen, saptandığında çözüm getirilebilecek koruyucu hekimlik açısından önem gösteren görme taramaları ve göz muayeneleri çocukta okul başarısını etkileyebilecek ya da en kötü olasılıkla körlükle sonuçlanabilecek çeşitli durumların saptanması için çok gereklidir (7). Yeterince dikkat edilmez ise bu konunun okul başarısızlıklarına, hatta büyük psikolojik, sosyal ve ekonomik zararlara neden olabileceği bildirilmektedir (8). Biz de bu amaçla Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eğitim Araştırma Bölgesi Alpu, Mahmudiye, Beylikova ilçelerinde bulunan ilköğretim

okullarına gitmeyi sürdüren öğrencilerde kırma kusuru, ambliyopi, şaşılık ve renk körlüğünün ne sıklıkta görüldüğünü saptamak ve göz kusuru saptanan çocukları bilgilendirmek ve ikinci basamak sağlık hizmetine yönlendirmek için bu çalışmayı planladık.

Materyal ve Metod

Çalışma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eğitim Araştırma Bölgesi Alpu, Mahmudiye, Beylikova ilçelerinde bulunan ilköğretim okullarına giden öğrencilerde kırma kusuru, ambliyopi, şaşılık ve renk körlüğünün ne sıklıkta görüldüğünü saptamak amacıyla yapılmış, kesitsel tipte bir araştırmadır.

Çalışma Ocak-Haziran 2007 tarihleri arasında 2.635 öğrenci taranarak yapıldı. Tüm çocuklara literatürden yararlanılarak hazırlanmış anket formu Kırsal Hekimlik stajı yapan internler tarafından birebir görüşülerek uygulandı. Anket uygulamasından sonra Snellen eşeli ile kırma kusuru, doğrudan ışık kaynağı ve açma-kapama testi ile şaşılık, İshihara'nın pseudoizokromatik kartları ile renk körlüğü muayeneleri yapıldı.

Çalışma kapsamındaki öğrencilerin muayeneleri İlçe Milli Eğitim Müdürlüklerinden gerekli izinler alındıktan sonra çalışma bölgesindeki tüm ilköğretim okullarında öğretmenlerin gözetiminde ders saatleri içerisinde buldukları sınıflarda yapıldı. Çalışma bölgesinde öğrenim gören toplam 2813 öğrenciden 2635'ine (%93.7) ulaşıldı. Ulaşılamayan öğrenciler muayene yapıldığı gün okula gelmeyenlerdi.

Araştırma kapsamındaki öğrencilere literatürden yararlanılarak hazırlanmış 17 soruluk anket formu dağıtıldı ve birebir görüşülerek dolduruldu. Muayene sırasında görme keskinliği Snellen'in ondalık eşeli kullanılarak değerlendirildi. Muayene gün ışığı ile aydınlanan sınıflarda 6 m. uzaklıktan gözler sırası ile kapatılarak yapıldı. Gözlük kullanan öğrencilerin muayeneleri gözlüklü ve gözlüksüz olarak iki biçimde de yapıldı.

Çalışmamızda iki gözden herhangi birinde gözlüksüz olarak görme keskinliği 0.7 D. ve altında olanlar kırma kusuru şüphesi kabul edildi. İki göz arasında 0.2 D. ve daha fazla fark olması ambliyopi olarak değerlendirildi.

Şaşılık muayeneleri inspeksiyon ve doğrudan ışık kaynağı yardımı ile açma-kapama testi kullanılarak her iki göz için de yapıldı. Her iki gözden en az birinde göz

kayması olanlar şaşılık pozitif olarak kabul edildi.

Renk körlüğü muayenesinde ishiharanın 25 adet pseudoizokromatik kartı kullanıldı. 5. kartı 21 okuyanlar, 7 ve 8. kartı okuyamayanlar ve 9. kartı 2 okuyanlar kırmızı-yeşil renk körü kuşkusu kabul edildi.

Veriler bilgisayara aktararak SPSS 13.0 programı yardımı ile değerlendirildi. Verilerin analizinde χ^2 testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık için p değeri 0.05 olarak kabul edildi.

Bulgular

Araştırma kapsamına alınan 2635 öğrencinin 1364'ü (%51.8) erkek, 1271'i (%48.2) kadındı. Öğrencilerin yaşları 6-16 yaş arasında olup yaş ortalaması $10,6 \pm 2,32$ idi. Muayene edilen öğrencilerin yaşa ve cinsine

Tablo 1. Öğrencilerin yaşa ve cinsine göre dağılımı

Yaş grupları	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek		Kadın			
	n	%	n	%	n	%
6-11	817	51,1	783	48,9	1600	100,0
12-16	547	52,9	488	47,1	1035	100,0
Toplam	1364	51,8	1271	48,2	2635	100,0

Tablo 2. Kıрма kusurunun yaşa göre dağılım

Yaş grupları	Kırma kusuru				Toplam	
	Var		Yok			
	n	%	n	%	n	%
6-11	133	8,3	1467	91,7	1600	100,0
12-14	85	8,2	950	91,8	1035	100,0
Toplam	218	8,3	2417	91,7	2635	100,0

$\chi^2=0,008$ $p=0,928$

Tablo 3. Kıрма kusurunun cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	Kırma kusuru				Toplam	
	Var		Yok			
	n	%	n	%	n	%
Erkek	97	7,1	1267	92,9	1364	100,0
Kadın	121	9,5	1150	90,8	1271	100,0
Toplam	218	8,3	2601	91,7	2635	100,0

$\chi^2=5,030$ $p=0,025$

Tablo 4. Renk körlüğünün cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	Renk Körlüğü				Toplam	
	Var		Yok			
	n	%	n	%	n	%
Erkek	60	4,4	1295	95,6	1355	100,0
Kadın	16	1,3	1253	98,7	1269	100,0
Toplam	76	2,9	2548	97,1	2624	100,0

göre dağılımı Tablo 1'de verilmiştir.

Çalışmada muayene edilen 2635 öğrenciden 218'inde (%8.3) kırma kusuru olduğu saptandı. Kırma kusuru olan öğrencilerin yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 2'de, cinsiyete göre dağılımları Tablo 3'te verilmiştir.

Öğrencilerden 112'si gözlük kullanmakta olduğu ancak %37.5'inde kırma kusurunun sürdüğü gözlemlendi. Ailelerinde gözlük kullanan olup olmadığı sorgulandığında ise 467 (%17,7) öğrencinin aile üyelerinden herhangi biri gözlük kullanmaktaydı ve bunlardan 51'inde (%10,9) kırma kusuru kuşkusu bulunmaktaydı.

Çalışmada öğrencilerin %4.3'ünde ambliyopi, %1.3'ünde şaşılık saptandı.

Çalışmaya katılan 2635 öğrenciden 2624 (%99.6) ü renk körlüğü açısından değerlendirildi. Kız öğrencilerden 16'sında (%1.3), erkek öğrencilerin 60'ında (%4,4) olmak üzere toplam 76 (%2,9) öğrencide renk görme kusuru kuşkusu saptandı. Renk körlüğü kuşkusu olan ve olmayan öğrencilerin cinsiyete göre dağılımı Tablo 4'te verilmiştir.

Çalışma kapsamındaki öğrencilerden 34'ünde (%1.3) şaşılık saptandı. Kırma kusuru olan 218 öğrenciden 17'sinde (%7,8) aynı zamanda şaşılığın da olduğu belirlendi.

Tartışma

Araştırmamızda muayene edilen 2635 öğrenciden 333'ünde (%11,7) ambliyopi, kırma kusuru, şaşılık, renk körlüğü patolojilerinden en az birine rastlanmıştır. Yüzde 12'lik oran okullarda görme organına yönelik tarama çalışmalarının önemini bir kez daha ortaya koymaktadır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin 218'inde (%8,3) kırma kusuru saptandı. Ülkemizde okullarda yapılan benzer çalışmalarda kırma kusuru prevalansı %5.3 ile %25.3 arasında değişen hızlarda bildirilmektedir (8,10-14). Kırma kusuru prevalans hızının farklı çıkmasının en önemli nedeni, araştırma yapılan grupların yaşlarının ve yöntemlerinin farklı olmasıdır. Ancak ortak kanı yaşla birlikte kırma kusurunun arttığı yönündedir. Çalışmamızda kırma kusuru kuşkusu ile yaş arasında bir ilişki gözlemlenemedi ($p=0,928$).

Araştırmamızda kırma kusuru kızlarda daha fazla gözlemlendi ($p=0.025$). Yapılan çalışmalara baktığımız zaman 1977 yılında yaptığımız



çalışmada dahil olmak üzere Tezcan ve Yaramış'ın çalışmalarında da kırma kusuru bakımından cinsiyet farkı gözlenemezken, Turaçlı kırma kusurunun kızlarda daha fazla görüldüğünü bildirmiştir (8,11,15,16). Yapılan çalışmaların çoğunda görme keskinliği ile ilgili kusurların sıklığında, yaş ile artışın varlığı ortaya konmuşken, cinsiyet ile böylesi bir ilişki bulunamamıştır.

Çalışmamızda gözlük kullanan toplam 112 öğrencinin gözlükle yapılan muayeneleri sonucunda 42'sinin (%37,5) kırma kusurunun halen devam ettiği saptandı. Bu da bize öğrencilerin muayene olup gözlük aldıktan sonra periyodik muayenelerini yaptırmadıklarını göstermektedir. Ayrıca çalışmada daha önceden gözlük verilmemiş ancak kırma kusuru olan 176 (%7,0) öğrenci saptandı.

Aile öyküsü açısından irdelendiğinde ailesinde gözlük kullanımı olan çocuklarda kırma kusuru daha fazla saptandı ($p=0,022$).

Öğrencilerde ambliyopi görülme sıklığı %4,3 olarak bulundu. Ambliyopi görülme sıklığı; İdil ve arkadaşlarınca %3,5. Tezcan ve arkadaşlarınca %6,0 olarak bildirilmiştir (8,17). Tezcan çalışmasında ambliyopi prevalansının toplumda %2,0 ile %2,9 olduğu, çocuklarda

elde edilen değerlerin oldukça yüksek olmasına karşın erken yaşta fark edilen ambliyopların sağlıtıldığında, ileriki yaşlarında bu patolojilerinin ortadan kalktığı belirtilmektedir (8). Bu yüzden ambliyopinin saptanmasında tek ve en pratik yöntem olan rutin göz taramaları ihmal edilmemelidir. Çalışmamızda ambliyopi görülme sıklığı bakımından cins ($p=0,125$) ve yaş grupları ($p=0,157$) arasında farklılık bulunamadı.

Görme kaybı, şaşılığın en ciddi sonucu olmakla birlikte şaşılıktaki tek sorun değildir. Şaşılığın akademik performansı etkilemiyor gibi gözükmesine karşın, özellikle adolesan dönemde psikolojik sorunlara neden olduğu bildirilmektedir (11). Öğrencilerde şaşılık görülme sıklığı %1,3 olarak saptandı. Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda ise şaşılık görülme sıklığı bakımından %1,8 ile 10,0 arasında değişen oranlar göze çarpmaktadır (8,11). Çalışmamızda şaşılık açısından yaş grupları ($p=0,632$) ve cinsiyet ($p=0,836$) arasında bir farklılık gözlenmedi. Tezcan ve arkadaşları da, cinsiyet ve manifest şaşılık arasında anlamlı bir ilişki bulunamadığını bildirmektedirler (8).

Öğrencilerde kırma kusuru yüksek derecelerde olduğunda ya da her iki gözde farklı derecede olduğunda ambliyopiye neden olabilir. Ayrıca şaşılık da ambliyopinin başta gelen nedenlerindedir. Araştırmamızda şaşılık saptanan 34 öğrencinin 10'unda (%29,4) ambliyopi de saptandı. Ambliyopi 'si olanlarda şaşılık daha fazla gözlendi ($p=0,000$).

Araştırmamızda renk körlüğü görülme sıklığı toplamda %2,9 olarak saptandı. Erkeklerin %4,4'ünde, kızların ise %1,3'ünde renk körlüğü saptandı. Yapılan benzer çalışmalarda renk körlüğü görülme sıklığı erkeklerde %4,2 ile %6,6 arasında kızlarda ise %0,4 ile %1 arasında rapor edilmiştir. Kongenital renk körlüğünün genetik ve ırksal değişikliklere bağlı olarak batılı ülkelerde sık (erkeklerde %8, kadınlarda %0,4), primitif toplumlarda ise daha nadir olduğu bildirilmektedir (11).

Sonuç

Eğitim araştırma bölgemizde saptadığımız kırma kusuru, ambliyopi ve şaşılık oranları okul sağlığı hizmetleri içinde göz muayenelerinin önemini ortaya koymaktadır. Okul sağlığı çalışmaları içinde kırma kusurunun saptanması



ve izlenmesi başta olmak üzere çalışmaların sürekli bir hizmet haline getirilmesi gerektiği sonucuna varıldı. Patoloji saptanan öğrencilerin tedavileri ile birlikte izlem çalışmaları ile kontrollerinin yapılması gerekmektedir. Meslek seçimindeki öneminden dolayı, renk körlüğü saptanmış olan çocukların yönlendirilmesi gerekir. Çalışma sonunda görme kusuru olan öğrenciler okul yönetimine bildirilerek 2. basamak sağlık hizmetlerine yönlendirildi

İletişim: Dr. Burhanettin Işıklı

E-posta: burhan@ogu.edu.tr

Kaynaklar

- 1- Aycan Ş, Afşar O, Demirören M, Evcı D., Sağlık 21, 21. yüzyılda herkes için sağlık. T.C.S.B Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 2000.
- 2- Seçginli S., Erdoğan, S., Demirezen, E. Okul Sağlığı Tarama Programı: Bir Pilot Çalışma Örneği. STED 2004; 13(12): 462-5.
- 3- 2006 yılı yaş ve cinsiyete göre nüfus istatistiği. Nvig.m. Accessed August 2, 2007, at <http://www.nvi.gov.tr>.
- 4- Milli Eğitim İstatistikleri 2006-2007. Accessed

- August 2, 2007, at <http://sgb.meb.gov.tr/istatistik>
- 5- Öztekin Z. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Sağlık Ocağı Yönetimi. Palme yayıncılık, Ankara, 2004.
 - 6- Last JM, Wallace RB: Public Health & Preventive Medicine, 13th Edition, Prentice-Hall International Inc., London, 1992.
 - 7- Velicangil S. Koruyucu ve Sosyal Tıp, Filiz Kitapevi, İstanbul, 1980.
 - 8- Tezcan S, Altıntaş H, Sancak Ö, ve ark. Sincan 1 Nolu Sağlık Ocağına Bağlı Bulunan İlköğretim Okulları 1. Sınıf Öğrencilerinde Kırmızı Kusuru, Şaşılık, Ambliyopi Prevalansı. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni 2000; Sayı:2.
 - 9- Erdem Ü, Mutlu F.M, Tatar K, Altınsoy İ. Okul öncesi çocuklarda ambliyopi prevalansı ve nedenlerinin araştırılması. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2004;3(9): 202-12.
 - 10- Aydın N, İrgil E, Akış N, Pala K. Nilüfer Halk sağlığı Eğitim Araştırma Bölgesinde Dört İlköğretim Okulundaki Öğrencilerin Sağlık Durumlarının Değerlendirilmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2004; 30 (1):1-6.
 - 11- Yaramış N, Karataş N. Nevşehir il merkezinde ilköğretim çağındaki çocuklarda göz hastalıkları tespit edilmesinde hemşirenin rolü. Sağlık Bilimleri Dergisi 2005;14: 45-53.
 - 12- İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık Daire Başkanlığı. İlköğretim Okullarında Sağlık taraması. http://www.ibb.gov.tr/ibb/doclib/pdf/birimler/saglik_isleri_mud/tarama_sonucuari.pdf.
 - 13- Polat A, Akyol N. İlköğretim 2. sınıf öğrencilerinde ambliyopi ve alerjik göz hastalıkları sıklığı Türkiye Klinikleri J.MED. Sci 2003; 23: 213-9.
 - 14- "Sağlıklı Göz ve Eğitimde Başarı" projesi: Şanlıurfa McDonald's Çocuk Vakfı. Accessed July 9, 2007, at http://www.mcdonalds.com.tr/cocuk_vakfi/projelerimiz.asp.
 - 15- Işıklı B. Kalyoncu C, Metintaş S, Arslantaş D, Ünsal A. 6-17 yaş okul çocuklarında kırmızı kusuru ve renk körlüğü, Türkiye Tıp Dergisi 1999; 6(1): 29-32.
 - 16- Turaçlı ME, Aktan G, Dürük K. Ankara bölgesinde farklı bölgelerde ana ve ilkokullarda göz taraması sonuçları T. Oft. Gaz.1995; 25: 3-8.
 - 17- İdil A, Dalgıç N, Ostim. Çıraklık Eğitim Merkezi göz hastalıkları ve renk görme bozuklukları taraması 4. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 12-16 Eylül 1994: 493-5.

Yazılı Medyada Şiddet: Bir Gazetede İçerik Analizi ve Şiddeti Önleme Platformu Önerileri

Violence in Written Press: Content Analysis of a Newspaper and Recommendations of the Violence Prevention Platform



Mustafa Karaaslan*, Ayşegül Boyraz*, Dr. Songül Yalçın**, Dr. Özlem Tekşam***

Öz

Bu yazıda yazılı medyaya ait bir gazetede şiddet olayları sıklığının ve verilme şeklinin (öykünün işleme biçimi, verilen bilgiler ve resimleri içeren) araştırılması amaçlanmıştır.

Ekim 2005 tarihinde triajı en yüksek olan üç gazeteden biri kura ile seçilmiştir. Gazetede şiddet içerikli haberlerin sayısı, şiddet haberlerinin yer aldığı sayfa, haberin boyutu, resim içeriği, şiddete uğrayan ve uygulayan kişilerin haberde işleme şekli, şiddet nedenleri, şiddet için kullanılan aletlere ait bilgiler kaybedilmiştir.

Gazetede Ekim 2005'te toplam 130 şiddet haberi saptanmıştır. Ayda ortalama 4.33 kez şiddet içeriği olan haber yayınlandığı görülmüştür. Şiddet haberi yayınlanmayan yalnızca iki gün bulunmaktadır.

Haberlerin %73.1'inde mağdurun, %70.8'inde suçlunun resmi verilmiştir. Haberlerin %50.8'inde mağdura ait, %44.6'sında suçluya ait kimlik bilgileri açık olarak belirtilmiştir. Haberde yer alan şiddet en sık fiziksel örselenme (%54.6) iken, bu durumu trafik kazası (%8.5), ihmal (%7.7), cinsel örselenme (%6.2), toplu eylem (%4.6) ve duygusal örselenmenin (%3.8) izlediği görülmüştür.

Haberlerin yarısında şiddet nedenleri tahrik (%22.3), psikiyatrik sorunlar (%16.2), alkol-madde bağımlılığı (%6.9) ve ekonomik koşullar (%6.2) olarak gösterilmiştir. Şiddet olaylarının beşte birinde tabanca kullanımı bulunmaktadır.

Hekimler çocuk sağlığı izlemlerinde medya eğitimi danışmanlık hizmetleri vererek ailelerin çocuklarına sağlıklı medya seçeneklerini bulmalarında yardımcı olabilir.

Anahtar sözcükler: Yazılı medya, şiddet, içerik analizi.

Giriş

Son yıllarda giderek artmakta olan şiddet olaylarına paralel olarak yazılı ve görsel medyada bu konu daha fazla işlenmektedir. Ancak medya tarafından bu olaylar etik kurallara uyulmaksızın ve hatta insan hakları göz ardı edilerek topluma yansıtılmakta; böylece şiddet olaylarına karışan mağdur ve

Abstract

The purpose of this study was to assess the prevalence of articles about acts of violence and the nature of the coverage (including how the story is written, the information given and the photographs) in a newspaper.

One of three bestselling newspapers in Turkey was chosen randomly for examination during October, 2005. The number of news articles involving violence, the page on which those articles were printed, the picture content, the coverage of the victims and perpetrators, cause of the violent act and the instruments of violence used were recorded.

In the newspaper, 130 news articles were detected during October 2005. On average, 4.33 news articles with violent content were printed monthly. There were only two days in which no news of violence were reported.

Victim pictures were printed in 73.1% and perpetrator pictures in 70.8% of the articles. Identity information about the victim and perpetrator was overtly given in 50.8% and 44.6% of the articles, respectively. The most common form of violence in the news was physical abuse (54.6%), which was followed by motor vehicle accidents (8.5%), neglect (7.7%), sexual abuse (6.2%), mass action (4.6%) and emotional abuse (3.8%).

In a total of half of the articles, the causes of violence were reported as insult (%22.3), psychiatric problems (%16.2), alcohol and substance abuse (%6.9) and socioeconomic conditions (%6.2). A pistol was used in one fifth of the violent acts.

As a part of child health monitoring, physicians can help parents find healthy media sources for their children by giving parents media education counseling services.

Key words: Written press, violence, content analysis.

failler yanında medyayı izleyen toplumun bireyleri de ciddi olarak etkilenmektedir (1-8). Yapılan çalışmalarda şiddet içeriği olan her türlü medya aracının (televizyon, filmler, video

* Hacettepe Ü. Tıp Fak. Dönem III Öğrencisi, Ankara

** Prof.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Sağlık Çocuk Ünitesi, Ankara

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

oyunları, müzikler, kitaplar ve gazeteler) gerek çocuklar gerekse yetişkinler üzerinde uzun ve kısa süreli etkileri olduğu gösterilmiştir. Çocuklarda agresif davranışlara ve düşüncelere neden olduğu bilinmektedir (1, 2, 8-10). Bu nedenle medya şiddet içeriği olan her türlü olayı en doğru ve en uygun yollarla ele almalıdır.

Bu çalışmanın amacı yazılı medyanın en önemli kısmını oluşturan gazetelerde şiddet olaylarına ne sıklıkta yer verildiğini ve bu şiddet olaylarının özelliklerini, nedenlerini ve konunun işleme biçimini araştırmak, böylece farkında olarak ya da olmadan şiddetin

yaşamımıza ne oranda ve nasıl girdiğini tesbit etmektir. Aynı zamanda konu ile ilgili Şiddet Önleme Platformu önerileri incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem

Ekim 2005'de triajı en yüksek üç gazete arasından kura ile bir gazete seçilerek yapılan tanımlayıcı bir çalışmadır. Ekim 2005'de çıkan gazeteler sayfa sayfa okundu. Şiddet içerikli haberler işaretlendi. Gazetede şiddet içerikli haberlerin sayısı, şiddet haberlerinin yer aldığı sayfalar kaydedildi. Her haber için haberin boyutu, resim içeriği, şiddete uğrayan ve şiddeti uygulayan kişilerin haberde işleme şekli, şiddet nedenleri, şiddet için kullanılan aletlere ait bilgiler bir ankete yazıldı.

Veriler SPSS programı yardımı ile analiz edildi.

Bulgular

Gazetede Ekim 2005'te toplam 130 şiddet haberi saptanmıştır. Şiddet haberi ayda ortalama 4.33 kez (en az-en çok: 0-9) yer almıştır. Şiddet haberi yayınlanmayan gün sayısı yalnızca ikidir.

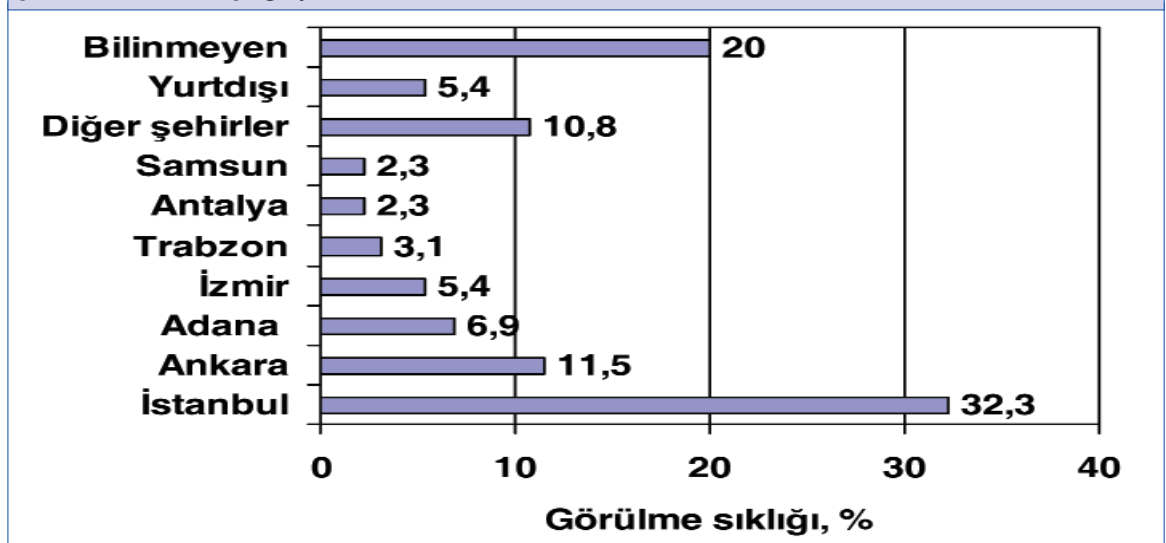
Şiddet içerikli haberlerin %74.6'sı üçüncü sayfada, %12.3'ü birinci sayfada yer almaktadır (Tablo 1). İlk sayfada yer alan 16 şiddet içerikli haberin 10'u diğer sayfalarda daha geniş olarak işlenmiştir. Şiddet haberlerinin bir gazetede kapladığı ortalama alan 1030 cm² (maksimum: 4373), yalnızca resimleri ile kapladığı alan 212 cm² (maksimum: 742)'dir. Bir ay içinde gazetenin toplam 38492 cm²'si şiddet haberlerine ayrılmıştır. Bir şiddet haberinin gazete içinde

Tablo 1. Şiddet haberinin yer aldığı sayfaya göre dağılımı

Sayfa	Şiddet içeriği olan haber sayısı n (%)	Birden fazla sayfa ayrılan haber sayısı* +n (%)
1	16 (12.3)*	-
2	1 (0.8)	-
3	97 (74.6)	-
4	2 (1.5)	1 (0.8)
5	5 (3.8)	-
6	-	1 (0.8)
7	4 (3.1)	1 (0.8)
19	1 (0.8)	1 (0.8)
21	1 (0.8)	-
22	-	2 (1.5)
24	-	3 (2.3)
25	1(0.8)	1 (0.8)
40	1(0.8)	-
42	1 (0.8)	-

*İlk haber olarak 1. sayfada yer alan 10 haber ikinci kez yeniden işlenmiştir.

Şekil 1. Haberin oluştuğu yer



Tablo 2. Şiddetin tipi, kişi özellikleri, şiddet için gösterilen neden, olayda kullanılan alet ve şiddetin sonucu

	n	%
Şiddetin tipi		
Fiziksel örselenme	71	54.6
Cinsel örselenme	8	6.2
Duygusal örselenme	5	3.8
İhmal	10	7.7
Trafik kazası	11	8.5
Toplu eylem	6	4.6
Şiddete çağrı	2	1.5
Olayda kişi özellikleri		
Kişinin kendine yönelik (intihar-soykıym)	8	6.2
Kişi-Kişi	48	36.9
Kişi-Grup	22	16.9
Bir grubun bir/birkaç kişiye (uyguladığı şiddet)	25	19.2
Planlı eylem (grev, yürüyüş)	3	2.3
Terör	2	1.5
Savaş	1	0.8
Yönlendirme	1	0.8
Hırsızlık-kapkaç	16	12.3
Görüş farklılığı, politik	5	3.8
Şiddet olayında kullanılan alet		
Tabanca	28	21.5
Kesici alet (bıçak)	9	6.9
Zehir	7	5.4
Yumruk	5	3.8
Künt alet (sopa, levye,hamam taşı)	3	2.3
Boğucu alet (eşarp)	2	1.6
Patlayıcılar (mayın, bomba)	2	1.6
Araba	11	8.5
Doğal afet	6	4.6
Medya	1	0.8
Şiddet sonucu mağdurun durumu		
Yaralanma	25	19.2
Ölüm	65	50.0
Şiddeti uygulayanın durumu		
Tutuklanma	60	46.2
Kaçma	16	12.3
Yaralanma	2	1.5
Ölüm	5	3.8

kapladığı ortanca alan 143 cm² idi (en az-en çok: 24-3077). Haberlerin %80.8'inde en az bir resim bulunmaktadır. Haberlerin yedisinde (%5.4) üç resim, üçünde (%2.3) dört resim kullanılmıştır. Bir şiddet haberinin resim ile kapladığı alan ortanca 48 cm² idi (en az-en çok: 6-498). Haberi oluşturan şiddetin olduğu yer çoğunlukla İstanbul (%32.2), Ankara (%11.5), Adana (%6.9) ve İzmir (%5.4) olarak saptanmıştır. Haberlerin %5.4'ü yurtdışı kaynaklıdır (Şekil 1).

Haberlerin 75'inde (%57.7) birer tane suçlu ve mağdur varken, diğerlerinde ikiden fazla suçlu ve mağdur bulunmaktadır (Tablo 2). Haberlerin çoğunda gizlilik ilkelerine uyulmamıştır. Haberlerin %73.1'inde mağdurun, %70.8'inde suçlunun resmi bulunmaktadır. Haberlerin %50.8'inde mağdura ait, %44.6'sında suçluya ait kimlik bilgileri açık olarak verilmiştir.

Haberde yer alan şiddet çoğunlukla iki kişi arasında (%36.9) iken, bir grubun bir ya da bir kaç kişiye uyguladığı şiddet (%19.2) ile bir kişinin bir gruba karşı uyguladığı şiddet (%16.9) bu durumu izlemektedir (Tablo 2).

Aile içi şiddet olayı haberlerin %18.5'ini oluşturmaktadır. Haberde yer alan şiddet en sık fiziksel örselenme (%54.6) iken, bu durumu trafik kazası (%8.5), ihmal (%7.7), cinsel örselenme (%6.2), toplu eylem (%4.6) ve duygusal örselenme (%3.8) izlemekte idi. Haberlerin ikisinde ise okuyucuyu şiddet eylemine çağrı (%1.5) bulunmaktadır. Habere neden olan şiddet nedeni tahrik (%22.3), psikiyatrik sorunlar (%16.2), alkol-madde bağımlılığı (%6.9), ekonomik koşullar (%6.2), töre (%3.1), fanatizm: taraftar (%1.5), yönlendirme (%0.8) olarak gösterilmiştir. Mafya-çete haberleri şiddet haberlerinin %6.2'sini oluştururken, hırsızlık-kapkaç %12.3 olarak belirlenmiştir. Doğal afetler şiddet haberlerinin %4.6'sını oluşturmaktadır (Tablo 2).

Şiddet olaylarında en sık tabanca (%21.5) ve bıçak (%6.9) kullanımı saptanmıştır. Olayların %2'sinde adli makamlara yansımış eski bir şiddet olayı daha bulunmaktadır. Şiddet haberlerinin %65.3'ünde şiddete yol açan kişi-kişilerin son durumları haberde verilmiştir. Haber hazırlandığı dönemde şiddet olaylarının %50.0'si mağdurun, %3.8'inde şiddeti uygulayanın ölümü ile sonuçlanmıştır. Şiddetten sorumlu tutulan kişi ya da kişiler haberlerin yaklaşık yarısında tutuklanmıştır (Tablo 2).

Tartışma

Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu'nun üç gazetede yaptığı medya içerik analizinde iki ay içinde 540 şiddet içeren haber saptanmıştır. Bu çalışmada gazetelerde yayınlanan şiddet içerikli haberlerin %61'ini kamusal alandaki şiddet, %28.1'ini aile içi şiddet, %0.7'sini terör oluşturmakta idi. Olaylar %40'ında

öykülendirilmişti. Haber işlenirken %8.1'inde şiddet haklı gösterilmiş, %21.5'inde alaycı bir üslup kullanılmış ve haberlerin %19.3'ünde şiddet olağan gösterilmiştir (5).

Çalışmamızda şiddet olaylarının beşte birinde silah kullanılmış olması, silah ruhsatlandırılmasının çok önemli olduğunu göstermektedir. Türkiye'de toplam sekiz milyon civarında silah vardır. Bunların üçte biri ruhsatlı, diğerleri kaçak ya da ruhsatsızdır. Yalnızca İstanbul'da 1997- 2002 yılları arasında verilen toplam ruhsatlı silah sayısı 148.102'dir. Bu ruhsatların 46.446'sı (%31) bulundurma, 41.692'si (%28) taşıma, 33.663'ü (%23) av tezkeresi ve 26.301'i (%18) tüfek sahiplik belgesine aittir (11).

Şiddet için gösterilen nedenlerin yarısını tahrik, psikiyatrik sorunlar ve alkol madde bağımlılığı oluşturmaktadır. Bu durum toplum tabanlı ruh sağlığı çalışmalarının ve eğitimin gerekliliğini göstermektedir (3,12,13).

Tek bir gazetenin şiddet içeriği incelenmiş olması çalışmanın kısıtlılığıdır. Daha fazla yazılı medyanın incelendiği çalışmalara gereksinim vardır.

Çocuk ve Şiddet Çalışma Grubu

Temsilcilerinin (Hacettepe Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Ruh Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye Milli Pediatri Derneği, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği üyelerinden oluşan) öncülük etmesi ile toplumsal alanda, ailede ve kitle iletişim araçlarında şiddetin önlenmesi ve bu konudaki toplumsal duyarlılığı artırma amacıyla içinde milletvekillerinin ve birçok sektörün yer aldığı "Şiddeti Önleme Platformu" Ağustos 2004 tarihinde oluşturulmuştur. Platform, Aileden Sorumlu Devlet Bakanlığı'nın

koordinatörlüğünde ve Aile Araştırma Kurumunun sekreterliğinde çalışmıştır. Şiddeti Önleme Platformu çerçevesinde "Eğitim ve Şiddet Alt Çalışma Grubu, Medya ve Şiddet Alt Çalışma Grubu, Aile İçi Şiddet Alt Çalışma Grubu, Koordinasyon ve İşbirliği Alt Çalışma Grubu" gibi alt çalışma grupları oluşturuldu. Şiddeti Önleme Platformu Alt Çalışma Grubu Raporları ile Mart 2005'te Ulusal Eylem Planı oluşturuldu (14,15). Şiddeti Önleme Platformu'nun medyada şiddeti azaltma önerilerinin bazıları aşağıdadır:

- Eğitim ve öğretim kurumlarının programlarına şiddetin önlenmesine yönelik duyarlılık artırıcı ve medya okur-yazarlığını geliştirici yönde derslerin konulması ve bu alandaki etkinliklerin yaşama geçirilerek, aile-okul işbirliğinin daha etkin bir biçimde gerçekleştirilmesi.

- Medyada, yaş ve gelişim dönemlerine uygun, olumlu mesajlar ve tutumlar içeren, ilköğretim çağı çocuklarına yönelik yarışmalara, belgesellere, filmlere ya da öğretici oyunlara yer verilerek çocukların şiddet içeren yayınlara yönelmesinin engellenmeye çalışılması.

- Medyada, ailelerin şiddete karşı tutumlar geliştirmesini ve bu yönde değerler kazanmalarını sağlayacak programların hazırlanması; bu tür programların daha çok yer alması konusunda teşviklerin ve ödül sisteminin uygulanması.

- Görsel ve yazılı basın kuruluşlarının şiddet konusunda özdenetim anlayışına yönelmesi için kampanyalar başlatılması, Basın Meslek İlkelerine uyulması ve bunun denetlenmesi için gerekli tedbirlerin alınması, rekabet ilkelerinin etik ilkeleri aşmayacak hale getirilmesi,

- Yazılı ve görsel, ulusal ve yerel medyanın üst düzey yöneticileri ile başta senaristler olmak üzere televizyon programlarının üretiminde yer alan medya çalışanlarının şiddete ilişkin duyarlılıklarını artırıcı seminerler düzenlenmesi.

- Medya gözlem gruplarının oluşturulması ve bu alanda medya etiğinin geliştirilmesi yönünde çalışan kişi ve kurumların çabalarının desteklenmesi ve gerektiğinde bu konuda eğitim ve denetim sağlayacak politikalar geliştirilmesi.

- Çocukların okuyabileceği günlük/haftalık gazete ve dergilerde çocuklara yönelik köşeler ya da sayfalar hazırlanması, çocukların hazırladığı eğitici ve olumlu mesajlar içeren materyallere yazılı ve görsel basında yer verilmesi.

İlköğretim okullarına bu yıl "medya okur-yazarlığı" dersi eklenmiştir. Bu eğitimin anne-babalara da verilmesi ailelerin medya denetimi konusunda aktif olmalarını sağlar. Toplumda

yaygın eğitim programları doktorların etkili rol oynayabileceği yerlerdir. Amerikan Pediatri Akademisi doktorların ailelere çocuk sağlığı izlemleri sırasında medya okur yazarlığı eğitiminin de verilmesini önermektedir (9,12). Bizim de ülkemizde çocuk sağlığı izlemlerinde vereceğimiz danışmanlık hizmetleri ile ailelerin sağlıklı medya seçimleri yapması sağlanabilir.

İletişim: Dr. Özlem Tekşam

E-posta: ozlemt@hacettepe.edu.tr

Kaynaklar

- 1- Bushman BJ, Huesmann LR. Short-term and long-term effects of violent media on aggression in children and adults. Arch Pediatr Adolesc Med. 2006 Apr;160(4):348-52.
- 2- Huesmann LR, Taylor LD The role of media violence in violent behavior. Annu Rev Public Health. 2006;27:393-415.
- 3- Rodgers S, Thorson E. The reporting of crime and violence in the Los Angeles Times: is there a public health perspective? J Health Commun. 2001;6:169-82; discussion 189-92.
- 4- Taylor CA, Sorenson SB. The nature of newspaper coverage of homicide. Inj Prev. 2002;8:121-7.
- 5- T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu. Türkiye'de Televizyon ve Aile. Ankara: Bizim Büro Basımevi, 1995.
- 6- T.C. Radyo ve Televizyon Üst Kurulu Kamuoyu ve Yayın Araştırmaları Dairesi Başkanlığı. Çocuklara yönelik televizyon yayınları. Anket uygulaması. Ankara, 1997.
- 7- T.C. Radyo ve Televizyon Üst Kurulu Kamuoyu ve Yayın Araştırmaları Dairesi Başkanlığı. Televizyon yayınları. Kamuoyu araştırması. Anket uygulaması. Ankara, 1997.
- 8- Yalçın SS, Yurdakök K. Televizyon, şiddet ve çocuklar. In: Özalp I, Yurdakök M, Coşkun T. (eds) Pediatride Gelişmeler. Ankara: Sinem Ofset 1999; 119-125.
- 9- American Academy of Pediatrics Committee on Communications. Media violence. Pediatrics 1995; 95: 949-951.
- 10- Browne KD, Hamilton-Giachritsis C. The influence of violent media on children and adolescents: a public-health approach. Lancet. 2005 Feb 19-25;365(9460):702-10.
- 11- İstanbul Emniyeti Silah Şube Müdürlüğü verileri. <http://www.istanbul.pol.tr/iem/> 2002.
- 12- American Academy of Pediatrics Committee on Public Education. Media Education. Pediatrics 1999; 104:341-343.
- 13- Dorfman L, Thorson DE, Stevens JE. Reporting on violence: bringing a public health perspective into the newsroom. Health Educ Behav. 2001;28:402-19.
- 14- Şiddeti Önleme Platformu Koordinasyon Ve İşbirliği Alt Çalışma Grubu Raporu. <http://www.adres.gen.tr/adres/sites/2463/tc-basbakanlik-aile-arastirma-kurumu-baskanligi.html>
- 15- Şiddeti Önleme Platformu Medya Ve Şiddet Çalışma Grubu Raporu. <http://www.adres.gen.tr/adres/sites/2463/tc-basbakanlik-aile-arastirma-kurumu-baskanligi.html>.





Dr. İsmail H. Göl*, Dr. Serdar Moraloğlu*, Dr. İ. Onur Özen**

Öz

Akut pankreatit (AP), çocuklarda sıklıkla gözden kaçabilen bir karın ağrısı nedenidir. Erişkinlerde alkol kullanımı ve safra yolları hastalıkları pankreatitin sık nedenleri arasında iken çocuklarda etyoloji daha farklı ve geniştir. Ayrıca çocuklarda, erişkinlerin aksine pankreatit tipik olarak akut ve kendini sınırlayıcı bir süreç izler. Tedavide amaç hem nedeni ortadan kaldırmak, hem de genel destekleyici önlemler almaktır. Medikal tedaviye yanıt iyi olup, cerrahi tedavinin yeri sınırlıdır.

Anahtar sözcükler: Çocuk, karın ağrısı, akut pankreatit.

Patogenez

Fizyolojik koşullarda pankreas enzimlerinin pankreas dokusu içinde inaktif formda depolanması, pankreas dokusunda ve salgılarında potent proteaz inhibitörleri bulunması pankreasın kendi kendini sindirmesini önler. Ancak duodonal enterokinazın pankreas içine reflüsü sonucu pankreastaki diğer proenzimlerin uygun olmayan biçimde aktive olması, pankreas kanalındaki tıkanıklık nedeniyle enzimden zengin pankreas sekresyonunun parankim içine yayılması, asiner hücreler içindeki lizozomların, zimojen granülleriyle birleşerek lizozomal enzimlerin proenzimleri uyarması gibi çeşitli nedenlerle pankreas dokusu içindeki zimojen granüllerde depolanan enzimlerin aktifleşmesi pankreas dokusunda hasarlanmaya ve akut pankreatite neden olur (1,2). (Şekil 1) Pankreasın inflamasyonu sırasında salgılanan enzimler ve hasarlı pankreas dokusundan kaynaklanan $TNF\alpha$, sitokinler, süperoksid gibi serbest radikaller, histamin ve kallikrein gibi vazoaktif maddeler pankreatitin uzak organlarda yarattığı tahribattan sorumludurlar.

Etyoloji

Akut pankreatite neden olan etyolojik nedenler oldukça çoktur. Çocukluk çağındaki akut pankreatitlerin etyolojik nedenleri ve sıklıkları: idiyomatik (%23), travma (%22), yapısal anomaliler (%15), sistemik hastalıklar

Abstract

Acute pancreatitis is one of the leading causes of abdominal pain in children, which might easily be overlooked. While alcohol and biliary tract problems are the most common causes of acute pancreatitis in adults, the etiological factors of the disease are different and more diverse in children. Besides, in children, acute pancreatitis has a more acute and self limiting course, unlike adults. The aim of the treatment is both to eradicate the cause of illness and to take general supportive measures. The response to medical treatment is good and indications for surgery are limited.

Key words: Children, abdominal pain, acute pancreatitis.

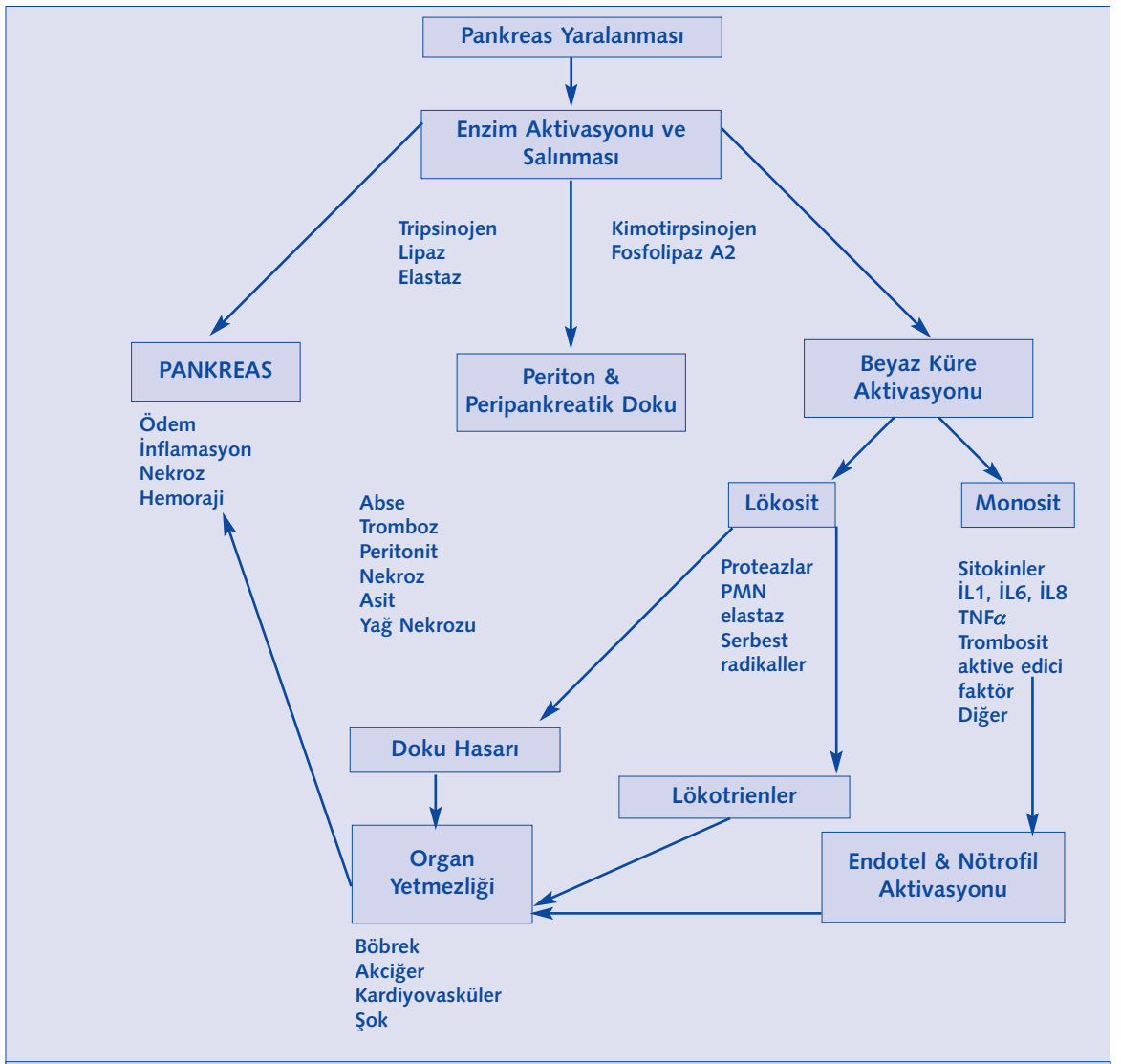
(%14), ilaç ve toksinler (%12), viral enjeksiyonlar (%10), herediter pankreatit (%2) ve metabolik hastalıklar (%2) biçimindedir (3).

Anatomik ve Mekanik Nedenler:

Doğumsal anomalilerden; anüler pankreas, pankreas kisti, duplikasyon kistleri ile pankreas divizum AP nedenleri arasındadır. Oddi sfinkter disfonksiyonunun çocukluk çağı akut pankreatitindeki rolü hala açık değildir. Oddi sfinkterinin anormal durumu stenoz ya da diskinezi sonucu olabilir. Erişkinlerde idiyomatik pankreatitli hastaların yaklaşık %20'sinde oddi sfinkterin manometrik değerlendirilmesinde anormallikler vardır. Yalnızca sınırlı sayıda çocukta bu durum değerlendirilebilir (4).

Ana safra kanallarının obstrüksiyonu sonucu safra kanalının pankreas kanalı içine reflüsü AP'ye neden olan diğer bir predispozan etmendir. Bu mekanizma ile safra taşları distal safra yollarından geçip AP atağını başlatabilirler. Safra taşı gelişimi için risk altındaki çocuklarda; örneğin hemolitik hastalığı olan ya da uzun süre total parenteral beslenme alan çocuklarda safra taşına bağlı pankreatit gelişebileceği unutulmamalıdır (4).

Safra yollarının *askaris* ve *klonorkis sinensis* gibi parazitlerle olan enfestasyonları AP'e neden olabilir. Endemik bölgelerde, AP etyolojisinde çocukluk döneminde en sık



Şekil 1. Akut pankreatitin patofizyolojisi

karşılaşılan durum safra yollarındaki askaris kurtçuklarıdır (4).

Duodenumdaki sıvılar; enterokinaz ve pankreatik proteaz içerdiği için duodenum içeriğinin pankreas kanalına reflüsü de AP'yi tetikleyebilir. Duodenal divertikül ve proksimal kör lup sendromu da akut pankreatit için yatkınlık oluşturmaktadır (4).

Çocuklarda travma AP'ye neden olan nedenler arasında çok iyi bir biçimde tanımlanmıştır. Özellikle epigastirik bölgeye olan travmalarda AP gelişebilmektedir. Künt travmatik yaralanmalarda duktus kesilmesi, damarsal bozulma ve parankim devitalizasyonu olabilir. Pankreasın penetran yaralanmalarına nadir rastlanır ve nadiren AP'e neden olur. Postoperatif pankreatit genellikle dalak, mide, duodenum ve safra yolları

ameliyatları gibi üst karın bölgesi girişimlerinden sonra görülür. İnsizyona bağlı ağrının maskelenmesinden dolayı postoperatif pankreatit tanısı genellikle gecikir. Endoskopik retrograd kolanjiopankreatikografi işlemi de AP'e neden olabilir (1).

İlaç ve Toksinler

AP birçok ilacın kullanımı sonucu oluşabilir (Tablo 1).

Metabolik Nedenler

Metabolik hastalıklar da AP'ye neden olabilir. Hiperkalseminin pankreatite neden olma mekanizması tam olarak bilinmemektedir. Hiperlipidemi, özellikle de tip I,IV ve V AP'e neden olmaktadır (4). Ağır malnütrisyonlar da AP'ye neden olabilmektedir. Çok hızlı ve aşırı

Tablo 1. Pankreatite neden olan ilaçlar ve toksinler

Tiazid diüretikler	Nitrofurantoin
L-Asparajinaz	Sülfonamidler
Kortikosteroidler	İndometazin
Furosemid	İzoniazid
Valproik asit	Rifampin
Tetrasiklin	Alkol
Östrojenler	Simetidin
6-Merkaptopürin	DDC
Metranidazol	Dideoksisitidin (DDI)
Metildopa	Enalapril
Eritromisin	Mesalamin

beslenmede aynı biçimde sonuçlanabilir. Böbrek yetmezliği de AP gelişmesinde risk faktörleri arasındadır. İlerleyici böbrek yetmezliği sonucu kandaki pankreatik enzimlerin azalmış klirensiyle pankreatit gelişimi hızlanmaktadır (4).

Sistemik Bozukluklar

Sistemik bozukluklar arasında enfeksiyöz hastalıklar, AP'ye neden olan en geniş sınıfı oluşturmaktadır. Viral hastalıklar özellikle kabakulak, koksaki B, Epstein-barr virüsü, rubeola, echovirus, influenza A ve B, Hepatit A ve B ve rubella AP gelişimi ile yakından ilişkilidir (1). Ayrıca tifo ateşi, mikoplazma ve leptospria AP'ye neden olmaktadır.

AP; sistemik lupus eritamatozis, romatoid artrit ve poliarterits nodoza gibi pekçok kollajen vasküler hastalıklarla birlikte görülebilir. Kistik fibrozis de AP'nin nadir bir nedenidir. Bu sistemik hastalıkta pankreasın tama yakın bir yetmezliği söz konusudur. Mukovizkozidosiz ile birlikte kronik duktal obstrüksiyon, AP'ye neden olmaktadır (1). Ortotopik karaciğer transplantasyonu, HIV ve organik asidemi de son zamanlarda AP etkeni olarak ortaya çıkmışlardır (3).

İdyopatik

Dikkatli bir araştırmaya karşın AP atağıyla gelen çocukların dörtte birinde hiçbir etiyolojik ajan bulanamayabilir. Bu gruptaki hastalarda rekürrens görülebilir ve bazı hastalarda zamanla kronik pankreatit gelişir.

Akut Pankreatitte Tanı Klinik

AP'de temel şikayet epigastrik bölgede aniden başlayan, yemeklerle birlikte artan ve zaman zaman sırta yayılan karın ağrısıdır. Hastaların yaklaşık %87'sinde karın ağrısı vardır (3). İştahsızlık, bulantı ve safralı kusma

gibi belirtiler de ağrıya eşlik eder. Başlangıçta 38,5°C'yi aşmayan ateş olabilir (5).

Fizik incelemede çocuk genellikle rahatsız, toksik tabloda ve dehidrate görünümündedir. Ciddi olgularda taşikardi, takipne ve hipotansiyon gibi hipovolemi bulguları da tabloya eşlik edebilir (5). Karında distansiyon ve yaygın hassasiyet vardır. Barsak sesleri azalmış ya da kaybolmuştur. Muayenede çocuk özellikle epigastrik bölgeyi korur, epigastrik bölgede dolgunluk ya da kitle palpe edilebilir, defans ve rebound saptanabilir (4). Ciddi nekrotik hemorajik pankreatitlerin başlangıcından 1-2 gün sonra periumblikal ekimoz (Cullen işareti) ve flank bölgesinde ekimoz (Gray-Turner işareti) saptanabilir (2). Ayrıca ciddi AP'ler çoğunlukla sol tarafta olan plevral effüzyona ve akut solunum yetmezliğine yol açabilirler (5). AP çocuklarda nadiren fulminan seyir gösterir, bu durumda koma, şok ya da akut solunum yetmezliği, Cullen ve Gray-Turner bulguları tabloya eşlik eder. Bu hastalarda ayrıca asit ve plevral effüzyon da görülebilir (4).

Laboratuvar

Serum amilaz yüksekliği AP tanısında en sık kullanılan test olmakla birlikte özgül değildir (6). Serum amilazı apandisit, intestinal obstrüksiyon ve perforasyon, peritonit, peptik ulkus, akut kolesistit, overyan kist ve salpenjit gibi intraabdominal ve kabakulak ve makroamilazemi gibi abdomen dışı birçok patolojide de yüksek bulunabilir. Bu nedenle amilaz düzeyleri klinik veri ve diğer tanısal parametrelerle birlikte yorumlanmalıdır (4). Serum amilaz düzeyi AP'te altıncı saatte normalin üç katına çıkıp ortalama 48 saatte tepe değerine ulaşır. Seri amilaz ölçümleri arada kalınan vakalarda tanıya yardımcı olabilir. Amilaz yüksekliği ile AP'nin şiddeti arasında da bir korelasyon yoktur (7).

AP tanısında amilaz-kreatinin klirensinin, serum amilazına göre daha değerli bir parametre olduğu düşünülmektedir. Bu oran spot kan ve idrar örneklerindeki amilaz ve kreatinin değerleri ile hesaplanır ve 0,03'ten büyük sonuçların AP açısından anlamlı olduğu kabul edilir (2). Amilaz-kreatinin klirensi aşağıdaki formülle hesaplanabilir.

Amilaz-kreatinin klirensi = (idrar amilazı / serum amilazı) X (serum kreatini / idrar kreatini).

Ancak amilaz-kreatinin klirensi diabetik ketoasidozda, yanıkta, böbrek yetmezliğinde ve postoperatif dönemde de yüksek bulunabilir (2). Amilaz izoenzim çalışmaları ile diğer dokulardan kaynaklanan amilaz saptanarak doğru tanı oranı artırılabilir (7).

AP tanısında kullanılacak bir başka test de serum lipaz ölçümüdür. Pankreas vücuttaki lipazın ana kaynağıdır, bu nedenle serum lipaz ölçümü AP tanısında amilaza göre daha hassastır (2-4).

Beyaz küre sayısı, her ne kadar komplike olmayan vakalarda 12000/mm³ düzeyini aşmasa da genellikle yüksektir. Hematokrit, dehidratasyona sekonder olarak artıp, nekrotik pankreatitlerde kayıba bağlı olarak düşebilir. %15 vakada hipokalsemi görülebilir ve kötü prognoz ölçütüdür. Karaciğer fonksiyon testleri genelde normaldir, ancak serum bilirubinde orta (2mg/dl den az) derece artış saptanabilir. Transaminazlardaki artış safra kesesi taşına bağlı oluşan pankreatit için tipiktir (5).

Radyolojik Bulgular

Ayakta direk batın grafisinde pankreasa komşu olan transvers kolonda lokal spazm ve proksimalinde dilatasyon (kolon "cut-off" işareti), komşu duodenum ya da jejunumda izole dilatasyon ("sentinal loop") görülebilir. Ayrıca safra taşı, asit ve pankreasa ait kalsifikasyonlar izlenebilir. Akciğer grafisinde sol plevral effüzyon görülebilir (2).

Abdominal ultrasonografide pankreas ekojenitesinde ödeme bağlı azalma, pankreas boyutlarında artış ve peripankreatik sıvı görülebilir. Bunların yanı sıra pankreatitin sebebi olabilecek safra taşı, hepatobilier ve pankreatik anomalileri de ultrasonografi ile görüntülemek olanaklıdır (5). Ultrasonografi (USG) tedaviye yanıt ve komplikasyonları değerlendirmede de kullanılabilir (2-5).

Bilgisayarlı tomografi (BT), pankreas boyutlarını, ödemin derecesini, sıvı birikimini ve pankreas kanalını değerlendirmede ultrasonografiden üstündür. Ayrıca pankreatik apse ve pseudokist gibi komplikasyonları değerlendirmede de kullanılır (2). BT ile intravenöz kontrast verilmesini takiben yapılan dinamik çalışmalarda pankreas dokusunun kontrast tutan ve tutmayan (nekrotik) kısımları görüntülenebilir. Böylece komplike pankreatitlerde tanı ve tedavi açısından önemli avantajlar sağlanabilir. Pankreas nekrozu

saptanan hastalarda enfeksiyon ve cerrahi müdahale ihtiyacı daha sıktır. Bakteriyel enfeksiyondan kuşkulandığı durumlarda pankreasta nekrozla birlikte peripankreatik hava saptandığında perkutan girişimle sıvı aspire edilebilir. Fungal ya da bakteriyel enfeksiyon saptanması laparotomi ve drenaj endikasyonudur (8). Gerekli olduğu taktirde BT girişimsel olarak tedavide de örneğin sıvı drenajında kullanılabilir (2).

Endoskopik retrograd kolanjiopankreatikografi (ERCP) çocukluk çağı AP'sinde ender olarak kullanılır. Biliyer ve pankreatik kanal anatomisini gösteremedeki etkinliğinden dolayı, yineleyen pankreatitlerde, pankreas kanal hasarından kuşkulananların travma hastalarında, bilier pankreatitlerde ve cerrahi girişim öncesinde uygulanabilir. ERCP pankreas divisium ya da ampulla yerleşimli taş saptanması durumlarında endoskopik sfinkterotomi ile tedaviye de yardımcı olabilir (3-9). Manyetik rezonans kolanjiopankreatikografi (MRCP) yeni, pankreasın duktal anatomisini gösterebilen ve invaziv olmayan bir yöntemdir. Özellikle travmatik AP'lerde duktal yaralanma açısından yardımcı olabilmektedir (3).

Tedavi

Erişkinlerde AP'nin prognozunu tahmin etmekte sıkça kullanılan Ranson ya da modifiye Glaskow skoru gibi yöntemler çocukluk çağındaki AP'lerin ciddiyetini göstermekten uzaktırlar (10).

Komplike olmayan APin tedavisi medikaldir. Sıvı-elektrolit tedavisi, yoğun bakım desteği, analjezi, total parenteral beslenme (TPN) ve pankreas salgılarının azaltılması medikal tedavinin temel taşlarıdır (2). Tedaviye, eğer mümkünse AP etkeni ortadan kaldırılarak örneğin etken olabilecek ilaçlar kesilerek başlanmalıdır (4). Geriye dönük olarak yapılan çalışmada medikal tedavi ile hastaların %76'sının herhangi bir cerrahi müdahale olmadan düzeldiği bildirilmektedir (3).

Hastaya idrar çıkımı 2 ml/kg/st'in üzerinde olacak biçimde uygun sıvı replasmanı yapılmalı, yoğun bakım koşullarında vital bulguları monitörize edilmelidir. Hematolojik ve biyokimyasal değerlerin yakından izlemi ve gerekli destek tedavisinin düzenlenmesi zorunludur.

Pankreas salgılarının azaltılması için ağızdan beslenme kesilir, nazogastrik dekompresyon yapılır. Ayrıca bu amaçla H2 reseptör blokerleri, antikolinergik ajanlar, proteinaz inhibitörü olan aprotinin, glukagon ve uzun etkili somatostatin analogu olan ocreotit kullanılmaktadır (2-11). Yeni çalışmalarda bir PAF antagonisti olan lexipafant'ın pankreatitin sistemik etkilerini azaltmamasına karşın lokal komplikasyonları azalttığı gösterilmiş (5).

Profilaktik antibiyotik kullanımının yararı gösterilememiş olsa da özellikle nekrotik pankreatitte yararı olabileceği düşünülür (9-11). AP'te parenteral analjezi tedavinin önemli bir kısmını oluşturur. Bu amaçla narkotik analjezikler ve NSAİİ kullanılabilir. Narkotik analjeziklerden meperidin (dolantin ®) akut pankreatitte morfine göre daha uygun bir seçimdir. Morfinin iyi bilinen bir etkisi olan oddi spazmı kliniği kötü yönde etkileyebilir. Analjezide önemli bir nokta da AP tanısından emin olmadan analjeziye başlanmamasıdır (2-5).

AP'te beslenme oldukça önemlidir. Hastanın pozitif azot dengesinde tutulmasının mortaliteyi azalttığı düşünülmektedir (2). Hiperlipidemi ile pankreatit arasında ilişki olmasına karşın serum trigliserit düzeyi 500mg/dl'nin üzerine çıkmayacak biçimde lipid solusyonlarına ağırlık verilmesi gerekmektedir. Karın ağrısı geçip serum enzim düzeyleri normale döndükten sonra enteral beslenmeye geçilebilir (2). Bazı vakalarda nazojenual kateterle erken enteral beslenmenin yararlı olabileceği düşünülmektedir (11).

AP'te abdominal distansiyon, plevral effüzyon gibi nedenlerden dolayı solunum yetmezliği gelişip mekanik ventilasyona gereksinim duyulabilir. Ciddi olgularda multiorgan yetmezliği oluşabileceğinden hastaların tam bir monitörizasyonu zorunludur.

Erişkinlerdeki ciddi pankreatitlerde peritoneal lavaj intraperitoneal toksin ve metabolitleri peritondan uzaklaştırıp sistemik etkinin azaltılmasında yararlıdır. Ancak çocuklarda peritoneal lavajın tedaviye katkısı olduğu gösterilememiştir (5).

Cerrahi Tedavi

Cerrahi tedavi komplike olmayan AP'te kontrendikedir. AP'te cerrahi girişim gerektiren

durumlar pankreatik apse ve hemorajik pankreas nekrozudur. Ayrıca pankreatit seyrinde ya da cerrahi girişim sonrası oluşan psödokist, pankreatik asit ve pankreatik fistül de cerrahi müdahale gerektirebilen durumlardır. En sık komplikasyon olan psödokist oluşumu %13 oranında görülmektedir (3). Nadiren de pankreas divisium olan hastalarda papillotomi yapmak gerekebilir (2).

Bazı vakalarda AP tanısı apandisit ön tanısı ile yapılan laparatomilerde konabilir. Bu durumda safra kesesi palpe edilir. Pankreatit orta şiddette ve palpable taş varsa kolesistektomi yapılır. Kesede taş yoksa kolesistektomi yapılmamalıdır. Ciddi nekrotik pankreatitlerde nekrotik dokular debride edilip sump dren konmalıdır (2).

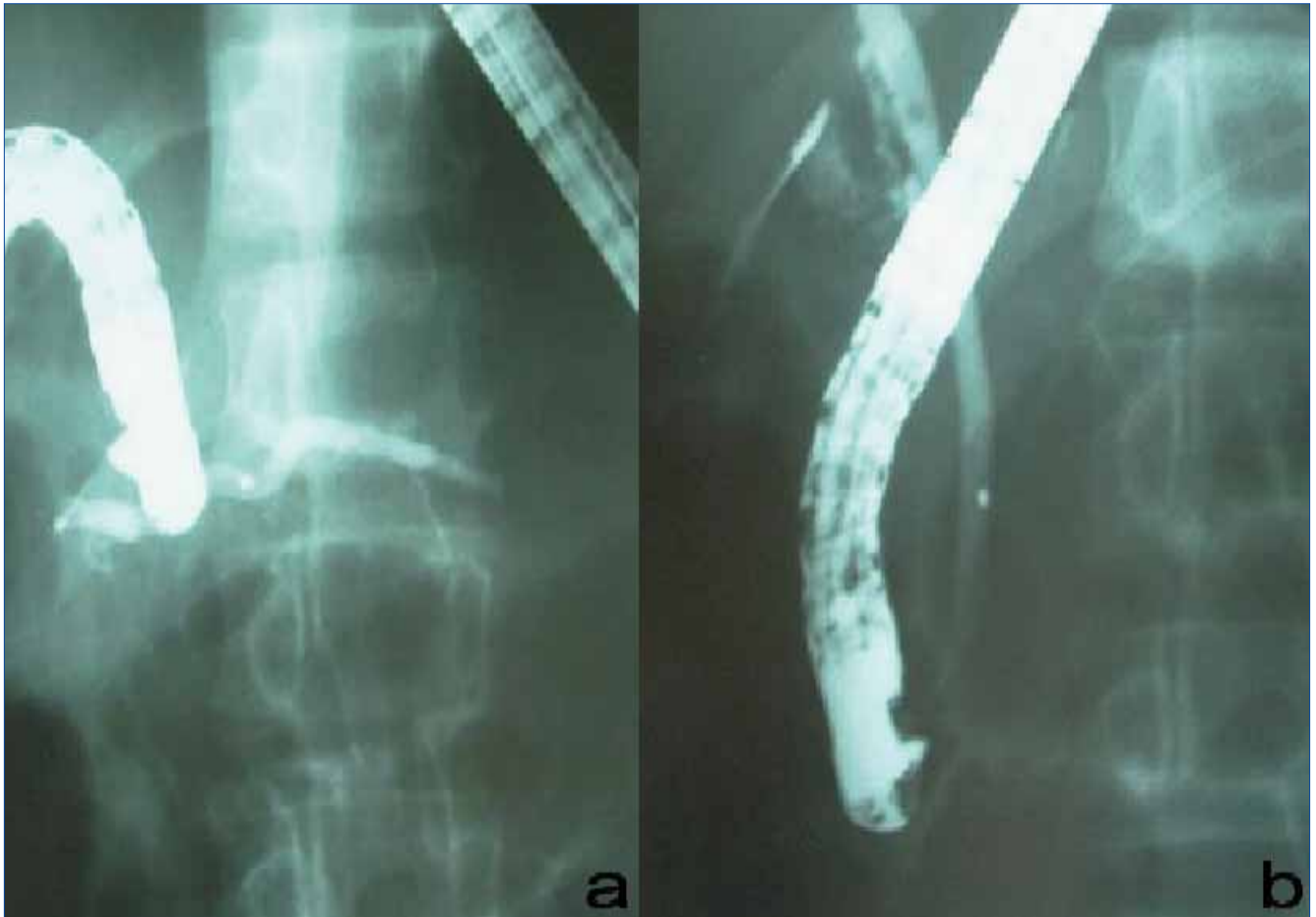
AP sırasında nekrotik pankreas dokusunun ya da peripankreatik sıvı koleksiyonunun enfekte olmasıyla oluşan pankreatik apse mortaliteyi artıran bir neden olduğundan cerrahi tedavi için mutlak endikasyon vardır. Ancak pankreatik apse ile enfekte olmayan sıvı ayrımı güçtür, çünkü apsesi olmayan hasta da septik görünümdeydir. Tanı için BT eşliğinde iğneyle alınan sıvının incelenmesi yardımcı olur. Aspirasyon endikasyonu ise pankreatit başlangıcından sonra ateş ve lökositozun 7-10 gün süreyle devam etmesidir. Dinamik BT'de nekroz saptanan hastalar aspirasyon için birer adaydır çünkü bu grupta genellikle apse gelişir. En sık izole edilen mikroorganizmalar E.coli, Bacteriodes spp., Stafilokoklar ve Candida albicans'tır. Bu yüzden bu vakalarda geniş spektrumlu antibiyotik kullanılmalıdır. Cerrahi tedavide nekrotik dokular debride edilip bölgeye geniş pasif emici ("sump suction") dren yerleştirilir (2-6).

Pankreatik psödokist (PP), travma ya da pankreatit sonucu pankreas duktal sistemindeki yırtılmayla oluşur. Kanal dışına çıkan enzimler tarafından sindirilmiş doku artıklarının enflamasyon ve fibroblastik aktivite ile oluşan ve epitelle döşeli olmayan bir kavitede birikmesinden ibarettir. PP akut ya da kronik olabilir. Akut olanlar AP'ten ya da travmadan sonraki kısa bir dönemde oluşurlar. Duvarı düzensiz ve incedir. Kronik PP'ler ise yuvarlak ve kalın duvarlı olup genellikle kronik pankreatitli hastalarda görülür. Bu ayırım önemlidir; çünkü akut pseudokistlerin yarısı

cerrahi tedaviye gerek olmadan kaybolurlar. Oysa kronik PP'de bu nadirdir. Akut PP'lerde 4-6 hafta içinde kalın fibröz bir duvar gelişir (2). PP genellikle pankreas komşuluğunda ve en çokta pankreas ile mide arasında yerleşir. Nadir de olsa mediasten yerleşimli PP tanımlanmıştır (6). PP saptanan hastalarda geçirilmiş künt karın travması ya da AP öyküsü vardır. Karın ağrısı en sık görülen belirtisidir. Ağrıya kusma, sarılık, GIS kanaması, kilo kaybı, ateş eşlik edebilir. Epigastrik ya da sol üst kadranda kitle palpe edilebilir. USG ve BT ile tanı konabilir. Kistin görünümü ve duvar kalınlığı PP'in oluşum zamanı ve tedavi seçimi için yol gösterici olabilir (4). Duktal sistemle ilişkili olanlarda daha yüksek olmak üzere PP'lerde persistan amilaz yüksekliği görülür. PP'lerde cerrahi tedaviye eğer bir komplikasyon yok ise, altı haftalık konservatif tedavinin ardından geçilmesi önerilir. Bu sürede hem bir kısmının gerilediği hem de ince duvarlı olanların duvarlarının kalınlaşarak

cerrahi tedaviye daha uygun hale geldiği görülür. Cerrahi tedavide genelde önerilen internal drenajdır, ayrıca distal yerleşimli olanlarda eksizyon ve enfekte ya da immatür olanlarda ise eksternal drenaj yapılabilir (2). Ayrıca radyolojik ve laparoskopik tekniklerle minimal invaziv olarak internal ya da eksternal drenaj teknikleri uygulanabilmektedir (2-5). PP komplikasyonları ise, kanama, rüptür ve enfeksiyondur (2).

Pankreatik asit, çocuklarda genellikle travma ya da pankreas cerrahisini takiben kanal hasarı sonucu oluşur. Tedavide konservatif yaklaşımla düzelmeyenlerde ERCP ile hasar yeri saptanır. Distal yırtıklarda distal pankreatektomi, proksimal yırtıklarda ise Roux-en-Y pankreatikojejunostomi yapılması uygundur (2). Pankreatik fistül, postoperatif görülen bir komplikasyondur. Düşük debili olanlar medikal tedaviyle düzelebilirken, kapanmayan fistüllerde sızıntı olan bölgeye Roux-en-Y jejunostomi yapılmalıdır (2).



Resim 1. Pankreas divizum a, santorini kanalının minor papillasından pankreas kanalı; b, ampulla vateriden ise yalnızca bilier sistem görüntülenebilmekte.

Çocuklarda Rekürren Pankreatitler

Çocukluk çağındaki AP'lerin yaklaşık %9'u rekürrens ile sonuçlanır. Bu hastaların çoğu idiopatik pankreatitli ya da yapısal anomalilere bağlı pankreatit geçiren hastalardır (3). Bunların dışındaki daha nadir nedenler herediter pankreatit, psödokist, hiperlipidemi, kistik fibrozis, bilier pankreatit, duodenal duplikasyon kisti, bazı üre siklus defektleri, hiperparatiroidizmdir (12).

Yapısal anomalilerden en sık neden pankreas divizumdur (9). Pankreas divizum embriyolojik olarak ventral ve dorsal pankreatik kanalların birleşme yetersizliğinden kaynaklanmaktadır. Santorini kanalı pankreas sıvısının çoğunu ya da tamamını drene ederken Wirsung kanalı rudimenter ya da yoktur (1). Pankreas divizum toplumun %10'unda mevcut olup pankreatitle sonuçlanabilir. Pankreatit, Santorini kanalını drene eden aksesuar papilla stenozu sonucu oluşur (4). Çocuklarda pankreas divizum, pankreatit olan çocukların %7,4'ünde görülürken; rekürren pankreatit olanlarda %19,2 oranında görülür (13). Tanı, ERCP ya da MRCP ile konabilir, Resim 1'de ERCP ile tanı konan hastanın pankreas divizumu açıkça görülmektedir. Bu durumun cerrahi tedavisinde ampulla vateri ve aksesuar papillanın sfinkteroplastisi ile birlikte kolesistektomi yapılır. Sfinktere yönelik müdahaleler endoskopik ya da cerrahi olarak yapılabilir ancak, her ikisinde de yeniden darlık oluşma olasılığı vardır ve bu durumda da drenajı longitudinal pankreatikojejunostomi ile sağlanması önerilmektedir (9).

Rekürren pankreatit sebebi olan diğer yapısal anomaliler ise anüler pankreas, duodenal duplikasyon kistleri, koledok kisti ve pankreatik kanalın doğumsal ya da kazanılmış darlıklardır (12).

Herediter pankreatit, katyonik tripsinojeninin mutasyonu sonucunda oluşur ve rekürren pankreatitlerin %1'ini oluşturur (12). Tedavisinde cerrahi drenaj yöntemleri söz konusu olabileceği gibi, endoskopik olarak stent yerleştirilerek de başarılı tedavi edilebileceği bildirilmektedir (14).

ERCP, rekürren pankreatitli hastaların tanı ve tedavisinde oldukça önemli yeri olan bir araçtır (3). MRCP ise bu hastalarda neredeyse ERCP'ye yakın oranlarda tanıya yardımcı olabilmektedir (12).

Rekürren pankreatitlerde genel olarak yapılabilecek cerrahi işlemler ise,

sfinkteroplasti, longitudinal pankreatikojejunostomi, pankreatikogastrostomi ya da pankreatektomidir (9).

İletişim: Dr. Serdar Moraloğlu

E-posta: serdarmoraloglu@gmail.com

Kaynaklar

- 1- Werlin SL. Pancreatitis. İçinde: Wyllie/Hyams eds. Pediatric Gastrointestinal disease. WB Saunders, 1999: 681- 94.
- 2- Gittes GK. Lesion of the pancreas and spleen. İçinde: Ashcraft KW eds. Pediatric surgery 3rd ed. WB. Saunders 2000:621- 38.
- 3- Benifla M, Weizman Z. Acute pancreatitis in childhood: analysis of the literature data. J Clin Gastroenterol. 2003; 37: 169- 72.
- 4- Lawrence JP, Murr MM, Kimura K. Acute and chronic pancreatitis. İçinde: Abdominal surgery of infancy and childhood. Howard 2001:59/1- 10.
- 5- Pegoli WJr. Acute and chronic pancreatitis and pancreatic trauma. İçinde: Howard ER, Stringer MD, Colombani PM eds. Surgery of liver bile ducts and pancreas in children. London: Arnold, 2002: 521-30.
- 6- Gwozdz GP, Steinberg WM. Comparative evaluation of the diagnosis of acute pancreatitis based on serum and urine enzyme assays. Clin Chimica Acta 1990;197:243- 54.
- 7- Lorentz K. Iso-amylase measurement with monoclonal antibody test strips. Journal of clinical chemistry and clinical biochemistry 1987; 25: 309- 11.
- 8- Rattner DW, Legermate DA, Lee MJ et al. Early surgical debridement of symptomatic pancreatic necrosis is beneficial irrespective of infection. Am journal of surg 1992;163:105- 9.
- 9- Miyano T. The pancreas. İçinde: O'neill JA eds. Pediatric surgery 5th ed. Mosby 1998: 1527- 44.
- 10- DeBanto JR, Goday PS, Pedroso MR, Iftikhar R, Fazel A, Nayyar S, Conwell DL, Demeo MT, Burton FR, Whitcomb DC, Ulrich CD 2nd, Gates LK Jr; Midwest Multicenter Pancreatic Study Group. Acute pancreatitis in children. Am J Gastroenterol. 2002; 97: 1726- 31.
- 11- Wyncoll DL. The management of severe acute necrotising pancreatitis: an evidence-based review of the literature. Intensive care medicine 1999; 25:146-56.
- 12- Jackson WD. Pancreatitis: etiology, diagnosis, and management. Curr Opin Pediatr. 2001; 13: 447- 51.
- 13- Neblett WW 3rd, O'Neill JA Jr. Surgical management of recurrent pancreatitis in children with pancreas divisum. Ann Surg. 2000; 231: 899- 908.
- 14- Vaughan D, Imrie C, Kelleher J, Drumm B, Osborne H. Pancreatic duct stenting as a treatment for hereditary pancreatitis. Pediatrics. 1999; 104: 1129- 33.

	STED'den	I		TTB-STE Kredi Puanı ve Kitap Kazananlar	XI
	STED Yazarlarına Bilgi	II		İlaç	XII
	Sigara ve Özürlülük <i>Dr. Nazmi Bilir, Dr. Dilek Aslan,</i>	IV		"Eşdeğer İlaçlara Güvenmeliyiz..." <i>Dr. Alper B. İskit</i>	
	Türkiye'nin Sağlıkını Okumak <i>Dr. Onur Hamzaoğlu</i>	VI		Dergilerden	XII
	Kadın ve Sağlık "Kadına Yönelik Şiddet ve Hekim Sorumluluğu" <i>Dr. Nükhet Paksoy</i>	VIII		Mesleki Beceri "Tespit Sargısı Becerisi" <i>Dr. Orhan Odabaşı, Dr. Melih Elçin</i>	XIV
				TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2007	XVI
				Ödüllü Bulmaca	XVII

STED Yazarlarına Bilgi



Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED), Türk Tabipleri Birliği'nin 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 ve bu özellikleri içeren bir yazının tüm yazarlar tarafından imzalanıp makale ile birlikte dergimize gönderilmesi gerekmektedir.

- Yazılar daha önce başka yerde yayımlanmamış olmalıdır (kongre bildirileri dışında).
- Makalede belirtilen çalışma orijinal 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.
- Gerekli çalışmalarda etik kurul izninin alınması ve bu durumun makalede belirtilmesi gerekmektedir
- Yazılar birinci basamak sağlık hizmetine katkı sağlayacak nitelikte olmalı; bu nedenle konuların en sık rastlanan sorunlara yönelik olmasına, hastalıkların en çok görülen biçim ve yönlerinin vurgulanmasına özen gösterilmelidir.
- Makale, aşağıda belirtilen bölümlerden oluşmalı, bölümlerin her birine yeni bir sayfa ile başlanmalıdır.

1. Başlık Sayfası: Bu sayfada bulunması gerekenler:

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

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

- Metinle ilgili yazımdan 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, gerçekçe belirtilmelidir. Bu bölümde ilgili kaynaklar dışında bilgi verilmemeli, çalışmanın veri ve sonuçları bulunmamalıdır.

Bu bölümün sonunda çalışmanın amacı ve gerekçesi açıklanmalıdır.

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

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

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

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

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

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

Tipik dergi makalesi

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

ya da

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

Kitap

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

Kitap bölümü

Murray IL. Care of the elderly. In: Taylor RB, ed. Family medicine: principles and practice. 3rd ed. New York: Springer -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 özetinde kısaltma kullanılmamalıdır.

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

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

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

Metinlerin Gönderilmesi

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

Yazılar; "STED, TTB, GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalgil 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'na yapılabilir. Yayımlanmayan yazılar geri gönderilmez. Klinik ve toplumsal araştırma çalışmalarında yerel etik kurul onayı alınmış olmalıdır. Etik kurulun bulunmadığı yerler için sted@ttb.org.tr e-posta adresinden bilgi istenebilir.

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



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

Özürlülük; dünyanın herhangi bir ülkesinde, herhangi bir kesimin karşılaştığı çok sayıda ve değişik işlevsel sınırlılıklar olarak tanımlanmaktadır. Özürlülük; zihinsel, bedensel ya da algısal olabilir. Bu noktada yakından ilgili bir başka kavram olan "engellilik" kavramından da bahsetmek yerinde olur. Engellilik; toplum yaşamında, başkalarıyla eşit düzeyde yer alma fırsatlarını yitirmesi ya da sınırlandırması anlamına gelmektedir (1).

Sigara ve özürlülük-engellilik ilişkisi temel olarak iki yönden ele alınabilir. Bunlardan ilki sigaranın yol açtığı "özürlülük-engellilik" durumları kapsar. Diğer yön ise sigara içme davranışının herhangi bir özüre (ya da engele) sahip olan bireylere özel etkileridir. Sigara içilmesi sonucu oluşan hastalıklar çağımızın önde gelen sağlık sorunlarından. Bir insan davranışı olarak sigara içilmesi, insan yaşamı ve insan sağlığı bakımından en büyük tehlikeyi oluşturmaktadır. Başka hiçbir alışkanlık ya da davranış, insan sağlığı bakımından sigaranın yol açtığı kadar çok tehlike oluşturmaz. İnsanlardaki bütün kanserlerin üçte biri sigara içme sonucu oluşmaktadır. Akciğer kanserlerinin ise hemen tamamına yakını, yüzde 90'ı sigara içilmesi nedeniyle olur. Dünyada başlıca ölüm nedeni olan kalp-damar hastalıklarının yaklaşık dörtte biri, kronik akciğer hastalıklarının yarısından çoğu sigara alışkanlığı sonucudur. Böylelikle, insanlardaki ölüm nedenlerinin en az yarısı sigaranın yol açtığı hastalıklardan dolayı olmaktadır (2-4).

Sigaranın yol açtığı hastalıklar:

Başta akciğer kanseri olmak üzere sigara, insanlarda en az 10 kanser türünün oluşmasında rol oynar. Akciğer kanserinin dışında larinks kanseri, ağız boşluğu ve farinks kanseri, yemek borusu, mide, barsak kanserleri, mesane kanseri, pankreas kanseri, kadınlarda uterus, serviks kanseri, meme

kanseri oluşmasında sigara içmenin etkisi olduğu bilimsel çalışmalarla gösterilmiştir. Kanserler dışında koroner kalp hastalığı ve diğer pek çok kalp-damar hastalığı da sigara içilmesi ile yakından ilişkilidir. Kronik bronşit, amfizem gibi solunum sistemi hastalıklarının oluşunda yine sigara içilmesinin önemli etki yaptığı bilinmektedir. Bu hastalıklar insanların ölümüne neden olan ciddi sağlık sorunlarıdır. Ancak hastalığın başlamasından ölüme kadar kimi hastalarda aylar, kimilerinde yıllar süren bir dönem söz konusudur. Bu süre içinde hastaların yaşam kalitesi giderek düşmekte, iş görme ve kendine yeterli olma yetenekleri zamanla azalmaktadır. Böylelikle bu hastalıklar insanlarda ciddi biçimde özürlülüğe de neden olmaktadır. Bunun ötesinde, özellikle son yıllarda giderek daha fazla önemsenen bir sağlık sorunu olan osteoporoz oluşumunda da sigaranın rol oynadığı bilinmektedir. Daha çok menopoz sonrası dönemdeki kadınlarda görülen bu hastalık işgöremezliğin, yani bir anlamda özürlülüğün bir nedenidir ve osteoporoz da sigara içen kadınlarda daha fazla görülmektedir.

Sigara içilmesi ile ilgili olarak son yıllarda üzerinde durulan bir diğer konu da sigara dumanından pasif olarak etkilenme durumudur. Kendileri sigara içmediği halde başkalarının içtiği sigaradan pasif olarak etkilenen kişilerde de yukarıda sayılan hastalıkların pek çoğunun daha sık görüldüğü ortaya konmuştur. Böylelikle, sigara içen kişilerin zararları kendileri ile sınırlı kalmamakta, çevrelerinde bulunan kişiler de (evde aile bireyleri, işyerinde çalışma arkadaşları vs.) zarar görmektedir.

Özürlüler arasında sigara içme davranışı:

Sigaranın yol açtığı, yukarıda sayılan hastalıkların hepsi kuşkusuz özürlüler için de söz konusudur. Üstelik bu sağlık sorunları özürlülük ile bir araya geldiğinde daha olumsuz durumlar ortaya çıkabilir. Örneğin

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

**Doç.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Ankara, Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi Üyesi

yürüme bakımından özürü olan bir kişide sürekli oturma pozisyonu nedeniyle solunum sistemi olumsuz etkilenir. Bu durum solunum sistemi enfeksiyonları ve kronik solunum sistemi sorunları bakımından risk oluşturur. Sigara içilmesi bu durumu daha olumsuz hale getirir. Sigara içilmesi her birey açısından tehlike yaratmaktadır. Ancak özürü bir kişinin sigara içmesi, kimi durumlarda daha büyük risklere yol açması bakımından daha da önemli olmaktadır.

Çeşitli özürülük nedenleri arasında bedensel engelli özürülüler ayrı yer tutar. Bu kişilerin mental yetenekleri ve zeka düzeyleri genellikle yerinde olduğu için bedensel engelliler, diğer özürü gruplarına göre pek çok ortamda daha başarılı ve sonuç olarak daha üretken olabilirler. Bu yüzden bedensel engelliler bakımından var olan özür durumlarının düzeltilmesi için yapılacaklar bir yana, bu kişilerin koşullarını daha olumsuz hale getirecek davranış ve etkenlerden olabildiğince uzak tutulmaları için çaba gösterilmelidir.

Sigara içmek aslında bireyin farkında olarak ya da olmayarak tercih ettiği bir davranış biçimidir. Sigara içme davranışı denendikten sonra ise bu davranışın bir bağımlılık haline dönüşmesi de söz konusudur. Sigarayı bir kez deneyen dört kişiden üç tanesinin sürekli sigara içer hale geldiği gerçeği akılda tutulmalıdır. Bu noktada; zihinsel engelli bireylerin sigara içme davranışından uzak tutulmaları için özel bir çaba gerekebilir.

Sigara içme sıklığı ve engellilik konusunda çeşitli çalışmalar yapılmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde Mitra ve arkadaşları tarafından yapılmış olan bir araştırmada engelli bireylerin engelli olmayan bireylere göre sigara içme sıklıklarının daha fazla, bırakma girişimlerinin daha az olduğunu ortaya koymaktadır (5,6).

Sigaranın neden olduğu sorunlar sağlık sorunlarının dışında çevresel, ekonomik ve sosyal sorunlar olarak da düşünülmelidir. Zihinsel engelli bireylerin sigaraya bağlı çevresel zararların oluşum sürecine katkıda bulunma riskleri de göz ardı edilmemelidir (yangın, vb).

Sonuç olarak sigara içilmesi sağlık açısından sakıncalıdır. Bu nedenle sigara içilmemesi, sigaradan uzak kalınması doğru olan davranıştır. Sigaradan uzak kalınması için en temel nokta, sigara ile hiç tanışmamak, yani hiç sigara içmemektir. Bu noktada, sigarayı bir kez olsun hiç denememek gerekir. Daha önceden sigara içmeye başlamış olanlar da, öncelikle kendi sağlıkları yönünden çok zararlı olan bu alışkanlıktan kurtulmak için çaba göstermelidir. Sigara alışkanlığından vazgeçmek kimi kişiler için biraz zor olmakla birlikte, sigara alışkanlığı "vazgeçilemez" bir alışkanlık değildir. İnsanın yaşamı boyunca sevdiği pek çok şeyden vazgeçmek durumunda kaldığı düşünüldüğünde, sigara alışkanlığından vazgeçmenin de mümkün olduğu ortaya çıkmaktadır.

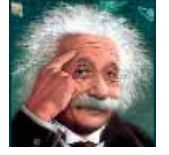
İletişim: Dr. Nazmi Bilir

E-posta: nbilir@hacettepe.edu.tr

Kaynaklar

- 1- Özcebe H. Güç Koşullar Altındaki Çocuklar. Güler Ç, Akın L. (Eds) Halk Sağlığı Temel Bilgiler Kitabında. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2007, pp. 375-417.
- 2- Bilir, N., Aslan, D. Sigara Dumanından Pasif Etkilenim Ne Kadar Zararlıdır? Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2006; 15 (9), VII-VIII.
- 3- Boztaş, G., Aslan, D., Bilir, N. Çevresel Sigara Dumanından Etkilenim ve Çocuklar. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2006;15 (5), 75-78.
- 4- Aslan, D, Bilir, N. Tütün Mücadelesi Süreklilik Gerekir: 31 Mayıs Dünya Sigarasız Günü Çalışmaları Ve Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS-Framework Convention Of Tobacco kontrol- FCTC) 2006; 15 (6), VI-VII.
- 5- Mitra M, Chung MC, Wilber N, Klein D. Smoking Status and Quality of Life: A Longitudinal Study Among Adults with Disabilities. American Journal of Preventive Medicine 2004; 27(3): 258-26.
- 6- Brawarsky P, Brooks DR, Wilber N, Gertz RE Jr, Walker DK. Tobacco use among adults with disabilities in Massachusetts. Tob Control 2002;11(suppl 2):29-33.

Değerli STED dostu, sigara konusunda değinmemizi istediğiniz konuları, öneri ve değerlendirmelerinizi bekliyoruz. Bilimsel ve dostça kalın.



*Dr. Onur Hamzaoğlu**

Tablo: Manyetik rezonans(MR) cihazlarının bölgelere ve hastanelere göre 2006 yılındaki dağılımı ile 2005 yılında gerçekleştirilen teşvik belgeli yatırımların bölgelere göre dağılımı (%)

Bölge	Nüfus	Devlet-Üniversite Hastanelerinde MR	Özel Hastanelerde MR	Teşvik Belgeli Yatırımlar
Marmara	26.8	23.6	44.6	43.7
Ege	13.0	16.0	12.2	10.6
Akdeniz	13.1	14.2	4.1	16.0
İç Anadolu	16.9	23.6	20.3	12.7
Karadeniz	11.3	10.4	7.4	7.5
Doğu Anadolu	9.8	8.5	5.4	4.2
Güneydoğu Anadolu	9.2	3.8	6.1	5.3
Toplam (Sayı)	72. 973. 000	106	148	14. 258. 331. 793 YTL

Hepimizin bildiği gibi, doğan bebeklerin birinci doğum gününden önce ölmemesi, doğuşta beklenen yaşam süresinin uzun olabilmesi, hastalık sıklıklarının düşük olması kısaca toplumların sağlıklı olabilmesi yalnızca sağlık hizmetleriyle sağlanamıyor. Sağlıklı olabilmek için, yeterli ve dengeli beslenmeden barınmaya, eğitimden temiz içme ve kullanma suyuna, ulaşımdan çevreye, alt yapıya kadar daha birçok ana alanın sağlık hizmetlerinden daha etkili olduğunu da biliyoruz. Bunların yanı sıra, insanlar nerede yaşıyorsa, sağlık dahil bütün bu alanlardaki olanakların oralara ulaştırılması gerektiğini de.

Sağlık alanında gereksinimi belirleyen ana değişkenlerden biri de, yine hepimizin bildiği nüfus büyüklüğüdür. Nerede ne kadar insan yaşıyorsa eldeki olanakların o oranda dağıtılması, paylaştırılması gerekir. Eğer yapılanlar bu çerçevede yürütülüyor ise o toplumu oluşturan her bir insana benzer değer veriliyor, toplumun ve onu oluşturan her bir üyesinin birbirinden farklı olmayan bir 'değeri' var anlamına geliyor.

Anayasamızın 56. maddesinde; herkesin, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına

sahip olduğu belirtildikten sonra aynı maddede: "Devlet, herkesin yaşamını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; ... amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler." denerek, devletimizin sorumlulukları da hükme bağlanmıştır.

Bu bilgiler ülkemizde toplumsal sağlık durumumuz, sağlık hizmetlerimizin durumu vb. sağlığın birçok başlığında yaşamakta olanlarla ilgili "neden" sorumuzun yanıtı için yeterli ipuçlarını sağlayabilecektir. Bu kısa bilgi paylaşımından sonra tablomuza dönebiliriz.

Ülke nüfusumuzun yaklaşık %27'si Marmara Bölgemizde yaşamakta, bunu sırasıyla İç Anadolu, Akdeniz, Ege Bölgelerimiz izlerken, %11 ile Karadeniz, %10 ile Doğu Anadolu ve %9 ile Güneydoğu Anadolu Bölgelerimiz son 3 sırada yer almaktadır.

Hazine Müsteşarlığımızın kamuoyumuz ile paylaştığı verileri incelediğimizde de, 2005 yılında dönemin hükümetinin, ülke genelinde yatırımları teşvik etmek için harcadığı paranın yarıya yakını (%44) Marmara bölgemizde kullanırken, %8'ini Karadeniz, %4'ünü Doğu Anadolu ve %5'ini de Güneydoğu Anadolu

Bölgelerimizde kullanmış olduğunu görmekteyiz. Söz konusu ekonomik veriler ülkemizin kamu kaynaklarının nüfusa göre dağıtılmadığını göstermektedir. Paylaşımın nüfusa paralel olarak yapılması durumuna göre, bazı bölgelerimize verilmesi gereken kaynağın yarısının dahi verilmemiş olduğunu, bazı bölgelerimize de verilmesi gerekenin yaklaşık iki katı kadar daha fazla kaynak verildiğini söyleyebiliriz.

Ülke genelinde teşvik belgeli yatırım kaynaklarının dağılımında yaşananlara benzer bir durum, daha önceki çalışmalarımızda da paylaştığımız gibi, sağlık alanında özel sektörün yatırımlarında da görülebilmektedir. Günümüzde sağlık alanının ileri teknoloji görüntüleme aracı olan manyetik rezonans (MR) cihazları da ülkemiz genelinde, nüfus büyüklüklerine paralel olarak dağılmamıştır. Bu durumu "özel sektör, hangi alanda(sağlık, eğitim, enerji, ulaşım, sanayi vb.) olursa olsun doğası gereği kar için olur, asıl olan özel sektör yatırımcısının kendi çıkarıdır, diğerleri talidir" biçiminde açıklayabiliriz.

Buna karşın, tablomuzun diğer sütununda yer alan, devlet ve üniversite hastanelerimiz üzerinden MR cihazlarının ülke genelindeki dağılımı da özel hastaneler kadar olmasa da nüfus dağılımımızla uyumsuzluk taşımaktadır. Sonuç olarak, ülkemiz genelinde MR cihazlarının dağılımı nüfusumuzun dağılımına uygun değildir. Oysa 2006 yılı itibariyle ülkemizde 254 adet MR cihazı bulunmakta ve bir milyon kişiye 3.5 adet MR cihazı düşmektedir. Eğer bu cihazlar nüfusa orantılı olarak bölgelere dağıtılacak olsa Marmara Bölgemizde 68 adet, Ege ve Akdeniz Bölgelerimizde 33'er adet, İç Anadolu'da 43 adet, Karadeniz'de 29 adet, Doğu Anadolu'da

25 ve Güneydoğu Anadolu Bölgemizde de 23 adet MR cihazının bulunması gerekirdi.

Bu belirlemelerin tümü, Devletimizin yürütme organı olarak hükümetlerimizin Anayasamızda yer alan hükümleri yerine getirmediğini sergilemektedir. Yukarıdaki tablo, ülkemizdeki yalnızca MR cihazları ve teşvikli yatırımların dağılımının değil, işlenmiş olan anayasal suçların da bir göstergesidir. Var olan kaynakların yine anayasamızın eşitlik hükümlerine uygun olarak paylaşılması, kullanılması ve kullanımının sağlanması hükümetlerin görevidir. Anayasamızın 56. maddesi, sağlık alanında bunun sağlanması için sağlık kurumlarının tek elden planlaması hükmünü getirmiştir. Hükümetler bu hükmü uygulamadıkları gibi, bir de kaynakların dağıtımındaki uygulamalarıyla da eşitsizlik yaratmakta, var olan eşitsizlikleri artırmaktadırlar.

Yapılanları o kadar kanıksadık ki, hükümetlerin Anayasaya aykırı uygulamalarının bile farkına varamıyoruz, varsak da değiştirebileceğimizden umudumuz olmadığından olsa gerek, sessizliğimiz sürüyor. Buna karşın, biliyoruz ki susmak sorumluluk doğurur. Suça ortak olmak istemiyorsak gereğini hep birlikte yapmamız gerekiyor.

İletişim: Dr. Onur Hamzaoğlu

E-posta: ohamzaoglu@kou.edu.tr

Kaynaklar

<http://www.hazine.gov.tr/stat/tesvik /ti108.htm>

Sağlık Bakanlığı RSHMB Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü (2007), Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007, Ankara.



"Türkiye Sağlık İstatistikleri 2006" adlı kitaba ulaşmak için

<http://www.ttb.org.tr/kutuphane/istatistik2006.pdf>



Kadına Yönelik Şiddet ve Hekim Sorumluluğu

Uzun yıllar boyunca görmezden gelinen, olağan kabul edilen ya da özel mesele olarak görülen kadına yönelik şiddet artık günümüzde bir insan hakkı ihlali, toplum tarafından tolerans gösterilmemesi gereken önemli bir halk sağlığı ve kadın sağlığı sorunu olarak ele alınmaktadır. Kadınların yaşadıkları şiddetin gün ışığına çıkışı çok yakın zamanlara rastlar. Dünya Sağlık Örgütü bile bu olgunun tanımlamasını ancak 1993'te yapmıştır. Bu tanımlamaya göre kadına yönelik şiddet (violence against woman), cinsiyete dayanan, kadını inciten, ona zarar veren, fiziksel, cinsel, ruhsal hasarla sonuçlanma olasılığı bulunan, toplum içerisinde ya da özel yaşamında kadına baskı uygulanması ve özgürlüklerinin keyfi olarak kısıtlanmasına neden olan her türlü davranıştır (1).

Eşler arası şiddet (intimate partner violence) özel bir ilişkide fiziksel saldırganlık, cinsel zorlama, psikolojik istismar ve kontrol etme davranışı şeklindeki eylemlere bağlı olarak ortaya çıkan fiziksel, cinsel ve psikolojik zarara neden olan davranış olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım şu anda birliktelikleri süren ya da ayrılmış bütün çiftleri kapsar. Bir ilişkide kadının erkeğe, erkeğin kadına, aynı cinsiyetten çiftlerin birbirine şiddet uygulaması olasıdır. Ancak eşler arası şiddet sorununun en büyük bölümünü erkeğin kadına uyguladığı şiddet olguları oluşturur (1).

Cinsel şiddet, kurbanı olan yakınlığına bakılmaksızın herhangi bir kişinin ev ya da işyeri dahil herhangi bir ortamda cinsel içerikli eylemde bulunması ya da buna kalkışması, istenmeyen cinsel ifadeler kullanması ya da önerilerde bulunması, para karşılığı seksle ilgili herhangi bir girişimde bulunması ya da baskı yoluyla karşıdaki kişinin cinselliği üzerinde dayatmada bulunmasıdır. Bu konuda yapılan baskı, güç kullanılan her türlü uygulamayı kapsar. Cinsel şiddet kapsamına aile içinde ya

da flörtte tecavüz, yabancı tecavüzü, savaş ortamındaki sistematik tecavüz olayları, cinsel ilişki talebinde bulunma önerisi, istenmeyen diğer cinsel öneriler ve sarkıntılık girişimleri, zihinsel ya da bedensel özürlülerin cinsel istismarı, çocukların cinsel istismarı, evliliğe zorlama, çocuk yaşta evlendirme, doğum kontrol yöntemi kullanma hakkını engelleme ya da cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı korunma önlemlerini reddetme, zorla düşük yaptırma, kadın sünneti ve bekaret muayenesi gibi kadının cinsel kimliğine yönelik şiddet davranışları ile maddi çıkar sağlamak amacı ile kadını seks işçiliğine zorlama girmektedir (1).

"Dünya Sağlık Örgütü Çok Ülkeli Kadın Sağlığı ve Aile İçinde Kadına Yönelik Şiddet Çalışması'na" (WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women; 2005) göre kadınlar arasında yaşam boyu fiziksel şiddet görme sıklığı % 13 ile %61 arasında değişmektedir. Aynı çalışmada cinsel şiddet sıklığı %6 ile %59 arasında bulunmuştur. Bu çalışmada kadınların eşlerinden en fazla "tokatlanmak" şeklinde fiziksel şiddet gördüğü saptanmıştır. Ayrıca kadınlara eşleri tarafından "yumruklanma", "tekmelenme", "yerde sürüklenme", "silahla tehdit edilme" gibi ağır şiddet biçimlerinin uygulanması sıklığı %4 ile %49 arasında değişmektedir (2).

Kadına şiddet uygulanabileceğini düşünen ve şiddet uygulayan erkekler yanında bu durumu uygun gören çok sayıda da kadın vardır. Kadına yönelik şiddet konusunda kadınların şiddeti ne kadar içselleştirdiğinin incelendiği 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'nın sonuçlarına göre kadınların %39.0'ı, kadının yemeği yakması, kocasına karşılık vermesi, parayı lüzumsuz yere harcaması, çocukların bakımını ihmal etmesi, cinsel ilişkide bulunmayı reddetmesi gibi nedenlerin herhangi birisine bağlı olarak

Kadınlar fiziksel (tokat atma, yumruklama, tekmeleme silahla yaralama, kadın sünneti, namus cinayetine kurban gitme, vs), psikolojik (isim takma, aşağılama, alay etme, tehdit etme vs), cinsel (sarkıntılık, tecavüz vs), ekonomik (çalıştırmama, parasına el koyma, başlık parası vs), kontrol etme (sosyal olarak izole etme, giyimine kuşamına karışma, sağlık hizmetlerine ulaşmasını engelleme vs) gibi biçimlerde şiddet görmektedir.

eşlerinin kendilerine fiziksel şiddet uygulayabileceğini kabul etmektedir. Türk kadınları arasında fiziksel şiddet görmek için en geçerli neden kocaya karşılık vermektir. (%29.0). Evliler, çocuk sayısı 5'ten fazla olanlar, genç kadınlar, kırsal bölgede yaşayan kadınlar, eğitimsiz kadınlar fiziksel şiddeti daha fazla oranda içselleştirmektedirler (3).

Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu'nun 1997 yılında Türkiye'yi temsil eden 2578 hanede yapmış olduğu "Aile İçinde ve Toplumsal Alanda Şiddet" araştırmasına göre evli ya da başından evlilik geçmiş kadınların %25.2'si, erkeklerin ise %6.1'i eşlerinden fiziksel şiddet gördüğünü beyan etmiştir. Sözel şiddet sıklığı kadınlarda %12.3 olarak belirtilmiştir. Çocuğu olan erişkinlerin %45.4'ü çocuklarına fiziksel şiddet uyguladığını bildirmiştir. Araştırmaya katılan 14 yaş ve üzeri kişilerin %70.0'ünün çocukluğunda anne-babasından fiziksel şiddet gördüğü belirlenmiştir. Araştırmaya katılan 7-14 yaş grubu çocukların yaklaşık yarısının okulda, okul dışında şiddetin en az bir türüne maruz kaldığı görülmüştür (4).

Kadınlar fiziksel (tokat atma, yumruklama, tekmeleme silahla yaralama, kadın sünneti, namus cinayetine kurban gitme, vs), psikolojik (isim takma, aşağılama, alay etme, tehdit etme vs), cinsel (sarkıntılık, tecavüz vs), ekonomik (çalıştırmama, parasına el koyma, başlık parası vs), kontrol etme (sosyal olarak izole etme, giyimine kuşamına karışma, sağlık hizmetlerine ulaşmasını engelleme vs) gibi biçimlerde şiddet görmektedir.

Kadına şiddet uygulayan erkeklerin bu davranışlarının temelinde toplumsal cinsiyet ayrımcılığının yattığı ifade edilmektedir. Toplumsal cinsiyet ayrımcılığının yaygınlığı kadına yönelik şiddetin de dünyanın her yerinde, her sosyoekonomik grupta, yaygın bir biçimde görülmesine neden olmaktadır. Bu yaygınlığın sebebini sosyal bilimciler şiddetin toplumsal cinsiyet ayrımcılığının sürdürülmesi için kullanılan bir araç olmasına bağlamaktadır. Kadınlar, kendilerine biçilen rollere uygun davranmadıklarında, kendileri için çizilen kırmızı hattı geçtiklerinde özellikle erkekler tarafından şiddet görerek cezalandırılmakta ve kendilerine rolleri anımsatılmaktadır. Erkekler, kadına rolünü dayatmak için kullandıkları şiddeti, çocukluklarında şahit olarak ya da bizzat yaşayarak öğrenmektedir.

Kadına yönelik şiddet kadın mortalitesini ve morbiditesini etkileyen önemli sorunlara zemin hazırlamaktadır. Bu sorunlar doğrudan şiddetin neden olduğu ölümler, yaralanmalar ve sakatlıklar olduğu gibi, birçok sağlık sorununun ortaya çıkışını kolaylaştıran, iyileşmeyi geciktiren, tedaviye uyuncu bozan etkilere sahiptir. Karın ve göğüs kafesi yaralanmaları, kırıklar, çürük, ezik ve sert cisimlerin oluşturduğu izler, yırtık ve kesikler, göz içi yaralanmaları, fibromiyalji, kronik ağrı sendromu, sindirim sistemi bozuklukları, irritabl barsak sendromu, düşükler, kadına yönelik şiddetin fiziksel sağlık üzerindeki olumsuz sonuçlarıdır. Alkol ve madde kötüye kullanımı, depresyon ve anksiyete, yeme ve uyku bozuklukları, özürülük, utanç ve suçluluk duyguları, fobiler ve panik bozuklukları, fiziksel inaktivite, azalmış benlik saygısı, post travmatik stres bozukluğu, psikosomatik bozukluklar, fiziksel işlevsellikte azalma, sigara içme, intihar ve kendine zarar verme davranışı ve güvenli olmayan cinsel davranış biçimleri kadınların yaşadığı şiddetin olumsuz psikolojik ve davranışsal sonuçlarıdır. Anne ölümleri, infertilite, pelvik inflamatuvar hastalık, gebelik komplikasyonları/düşükler, cinsel işlevlerde bozukluklar, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, HIV/AIDS, sağlıksız düşükler, istenmeyen gebelikler ise kadına yönelik şiddete bağlı olarak oluşan cinsel sağlık ve üreme sağlığı sonuçlarıdır. Kadına yönelik şiddet kadın ölümlerinin de önemli bir nedenidir. Namus cinayetleri, intiharlar, AIDS'e bağlı ölümler ve şiddete bağlı çoklu travmalara bağlı ölümler femisitlerin önemli nedenleri arasındadır.

Kadınlar tarafından yıllarca gizlenen ve kadının ayıbı olarak görülen şiddetin ayıbının şiddeti uygulayana yani sahibine iadesi olarak ifade edilebilecek "ayıbın tersine çevrilmesi" şeklindeki toplumsal tepkinin yaşama geçirilmesi gerekir. Ayrıca devletin "şiddete sıfır tolerans" yaklaşımını benimseyerek bu konudaki duruşunu açıklaması büyük önem taşır. Şiddet uygulamayı doğal gören erkekler kadar bunu hak ettiğini düşünen çok sayıda kadının varlığı, kadının statüsünü düzeltmeye yönelik müdahalelerin önemine işaret eder. Kadına yönelik şiddetin önlenmesi amacıyla çıkarılan yasaların caydırıcı niteliği yine sorunun ortaya çıkışını önleme konusunda etkili olacaktır.

Kadına yönelik şiddetin ortaya çıkışında birden fazla etkenin bir arada rol oynaması nedeniyle çok sayıda sektörün birlikte çalışarak soruna müdahale etmesi gerekmektedir. Şiddetin yıkıcı etkilerinin sağlığın her boyutunda görülmesi, kalıcı izler bırakması, şiddet gören kadınların varsa çocuklarının korunması ve sağaltımının çok maliyetli olması nedeniyle ortaya çıkışının önlenmesi büyük önem taşımaktadır (5).

Gelişmiş ülkelerde olduğu kadar ülkemizde de kadına yönelik şiddetin önlenmesine yönelik ilk çabaları sivil toplum kuruluşları göstermiştir. Ancak sorunun yaygınlığı ve çözümüne yönelik girişimlerin bu kuruluşların olanaklarını aşması nedeniyle artık devlet kurumlarının da bu konuya müdahale etmesi gerekmektedir. Toplumsal yapılanma içerisinde kadına yönelik şiddetin çözümünde etkili "üçlü sacayağı"nın sivil toplum kuruluşlarının da desteği ile birlikte ve etkili hizmet vermesinin gerekliliği ifade edilmektedir. Üçlü sacayağını sağlık sistemi, kolluk kuvvetleri ve adalet sistemi ile sosyal hizmet sistemi oluşturmaktadır.

Kadınların sağlık sistemini sık sık ve çeşitli nedenlerle kullanması sebebiyle sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddetin tanısı ve tedavisi konusunda eğitilmeleri gerekir. Bu eğitim hem mezuniyet öncesi hem de mezuniyet sonrası dönemde yapılmalıdır. Eğitimin içeriği, sorunun toplumsal boyutunu, nedenlerini, kadın sağlığı üzerindeki etkilerini, tanı ve tedavisi için yapılması gerekenleri, şiddet gören bir kadınla karşılaşan hekimin hangi mekanizmaları harekete geçirmesi gerektiğini, var olan yasal düzenlemeleri içerecek biçimde olmalıdır. Kadına yönelik şiddet sorunun dinamizmi nedeniyle zaman içerisinde yaklaşımlardaki değişikliklerin sağlık çalışanlarına ulaştırılması gerekmektedir. Kadına yönelik şiddet konusunda gerekli eğitimi almış sağlık çalışanı mesleki olduğu kadar toplumsal sorumluluğunun da bilincinde olarak soruna yaklaşacaktır.

Sağlık hizmetlerini kullanan ve şiddet gören kadınların sağlık çalışanları tarafından belirlenmesi önemlidir. Özellikle hekimlerin hangi nedenle başvurursa başvursun, kadınlara şiddetin ne olduğunu açıklamaları ve şiddet görüp görmediklerini sormaları yararlıdır. Bu durum kadının sağlık sorununun temel nedeninin ortaya çıkarılmasını, kadının, hekimlerin bu durumu bir sağlık sorunu olarak değerlendirdiklerini anlamasını ve yaşadığı şiddeti olağan bir durum olarak görmemesini sağlar. Hekimlerin bu sırada karşılaştıkları diğer bütün sağlık sorunlarında olduğu gibi yargılayıcı olmayan ve mahremiyeti koruyucu bir tutum içinde olması beklenir. Kadınların gördükleri şiddeti sanılanın aksine konumları nedeniyle sağlık personeline oldukça rahat bir

biçimde ifade edebildikleri belirlenmiştir (6). Bu nedenle hekimlerin bu konuyu "pandoranın kutusu"nu açmak olarak görmeden ve kadınların güvenliğini tehlikeye atmaksızın konuşmaları uygundur. Ancak bazı olgularda şiddetin iki tarafı keskin bıçağı hekimlerin güvenliğini de tehlikeye atabilmektedir. Bu nedenle kadına yönelik şiddet konusunda bekçi (gate keeper) konumundaki sağlık personelinin güvenliğinin sağlanması için gerekli düzenlemelere gidilmelidir. Hekimlerin şiddet gördüğünü saptadıkları kadınlar için kayıtlara durumu belirleyici bir not düşmeleri yararlıdır. Hekimler, şiddet gördüğünü belirledikleri kadınların fiziksel ve ruhsal sağlıklarını bir arada tedavi etmeli ve ilgili diğer disiplinlerin de desteğini almalıdır. Ayrıca bu durumdaki her kadına, kullanmasa bile, kesinlikle gördüğü şiddeti adli rapor şeklinde belgelendirmesi önerilmelidir. Bu tür olgularda kadına çocukları varsa onların durumu da sorulmalıdır. Eğer kadın yardım isterse, hekimlere yönelik olarak hazırlanacak olan el kitaplarında yazılı güvenlik ve adli kurumlar ve sosyal hizmet kurumları adres ve telefon numaraları verilerek desteklenmeli, kendisinin ve çocuklarının can güvenliğini ve sağlığını koruyabilmesi için bireysel olarak yapabilecekleri konusunda bilgilendirilmeli, mümkünse bu bilgileri kapsayan broşürler kendilerine verilmelidir.

Namus cinayetleri kadına yönelik şiddetin uç bir şeklidir ve ülkemizde sık görülmektedir. Kadınlar ülkemizde genellikle "namusunun kirlenmesi" ile ilişkilendirilen durumlara bağlı olarak öldürülmektedir. 2000-2005 yılları arası dönemde polis ve jandarma kayıtlarına göre doğrudan namus nedeniyle öldürülen kadın sayısı 455'tir (7,8). Kadınların namusu çeşitli biçimlerde kirlenmiş addedilebilir. Bunlar genellikle kadının üreme ve cinsel sağlığı ile ilişkili durumlardır. Kadın ve aile üyeleri bu durumun teyidi için sıklıkla hekimlere başvurmaktadır. Bu nedenle hekimler bu kapsamdaki başvurular konusunda doğru tutum ve davranışı sergilemelidir. Ayrıca namus cinayetlerinin yalnızca ülkemizin bazı bölgelerinde görülen yerel bir sorun olmadığını bilerek her yerde benzer olayların oluşabileceği bilgisi ile hareket edilmelidir.

Ülkemizde kadına yönelik şiddetin önlenmesi amacıyla son yıllarda çok sayıda

girişimde bulunmaktadır. Ancak konuyla doğrudan ilişkisine karşın sağlık sistemi içerisinde konuyla ilgili müdahalelerin sınırlılığı dikkat çekicidir. Sağlık sistemi içinde de bir an önce kadına yönelik şiddete yönelik koruyucu çalışmaların bütün ilgili tarafların da katkısı ile yaşama geçirilmesi sağlanmalıdır.



İletişim: Dr. Nükhet Paksoy

E-posta: nsubasi@hacettepe.edu.te

Kaynaklar

- 1- World Report on Violence and Health, Geneva, p: 9-10, World Health Organization, 2002.
- 2- WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes, and women's responses. Geneva, World Health Organization, 2005.
- 3- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara, Türkiye.
- 4- Aile İçinde ve Toplumsal Alanda Şiddet, Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Yayını, No.118, Başbakanlık Basımevi, Ankara 1998.
- 5- Maxcy-Rosenau-Last, "Public Health and Preventive Medicine" içinde Bölüm 73, s. 1223-1260, Apleton & Lange, Stanford, Connecticut, USA, 1998.
- 6- Rodriguez MA, Quiroga SS, Bauer HM. Breaking the silence: battered women's perspectives on medical care. Arch Fam Med. 1996;5:153-158.
- 7- Türkiye Büyük Millet Meclisi Töre ve Namus Cinayetleri ile Kadınlara ve Çocuklara Yönelik Şiddetin Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan (10/148, 182, 187, 284, 285) Esas Numaralı Meclis Araştırma Komisyonu Raporu, 2006.
- 8- http://www.egm.gov.tr/asayis/resim-ler/asayis/tore_ve_namus_cinayetleri.pdf. Erişim tarihi: 15.02.2007.

TTB- STE Kredi Puanı ve Kitap Kazananlar



Nisan 2007 sayımızdaki Ödüllü Bulmaca'dan kredi puanı kazananlar

- 1- Cennet Bayar (Afyon), 2- Mesut Yıldırım (Ankara), 3- **İlyas Korkmaz*** (Antalya), 4- **Tülin Yarayan*** (Çorum), 5- **Mualla Onrat*** (Eskişehir), 7- M. Fatih Evcimik (İstanbul), 8- Sebahattin Kabaoğlu (İzmir), 9- İsmail Cihat Tuna, 10- Meryem Ter, 11- **Seher Yeşilyurt***, 12- Ayşegül Aziret, 13- Ümit Zafer Karakuş (Kayseri), 13- Seher Yeşilyurt (Kütahya), 14- Fatma Yücel Beyaztaş (Sivas), 14- Abdullah Sağlam (Mersin), 15- Mustafa Atasoy, 16- Cengiz Semercioğlu (Tekirdağ), 15- Canan Öksüzoğlu (Trabzon), 16- **Kezban Tabak*** (Zonguldak).

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



Dr. Alper B. İskit*

Eşdeğer İlaçlara Güvenmeliyiz...

Orijinal ilaç ile aynı etken maddeyi, aynı dozlarda içeren ancak yerli kuruluş tarafından üretilen bir ilacın orijinal ilaç yerine reçete edilebilmesi için biyoeşdeğerliğinin kanıtlanması gereklidir. Bu amaçla, bazı istisnalar dışında oral kullanılan, sistemik dolaşıma geçen her yerli üretim ilaç için biyoeşdeğerlilik çalışması planlanır ve yapılır.

İnsanlar üzerinde yapılan tüm araştırmalarda olduğu gibi biyoeşdeğerlik çalışmaları da "İyi Klinik Uygulamalar" kurallarına göre yapılmaktadır. Biyoeşdeğerlik çalışmalarının kontrolü ABD'de FDA, Avrupa Birliği'nde Avrupa İlaç Ürünleri Değerlendirme İdaresi EMEA ve Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından yapılır. Bu kontrol Türkiye'de 27 Mayıs 1994 te yayınlanan "Farmasötik Müstahzarların Biyoyararlanım ve Biyoeşdeğerliğinin Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmelik" ile düzenlenmiştir.

Biyoeşdeğerlik Çalışmaları

Biyoeşdeğer ilaçlar; aynı etkin maddeleri içeren, aynı deneysel koşullarda ve aynı molar dozda uygulandığında biyoyararlanımları önceden saptanmış sınırlar içinde farklılık göstermeyen farmasötik eşdeğer ya da farmasötik alternatif ürünlerdir. İlaçların biyolojik eşdeğerlik (biyoeşdeğerlik) gösterip göstermedikleri in vitro ve in vivo (klinik) denemelerle ölçülür.

1. İn vitro çözünme testleri genellikle ilacın insanlarda in vivo ölçülen biyoyararlanımını ön görmeye yarayan testlerdir. İn vitro deneyler için en sık kullanılan yöntem dissolüsyon hızı testidir. Katı farmasötik şekil içindeki ilacın yapay mide ya da bağırsak suyu gibi bir ortamda, belirli deney koşulları altında çözünme hızı saptanır. pH'sı 1-8 arasında olan üç farklı tampon solusyonu kullanılır, tercih edilen pH değerleri; sırasıyla mide suyu, ince bağırsak ve kalın bağırsağın pH değerlerini temsil eden 1.2, 4.6, 6.8'dir. Testin sonucunda belirli bir sürede farmasötik şekil içindeki ilacın çözünen yüzde miktarı değerlendirilir. Ayrıca absorpsiyonun gerçekleştiği herhangi bir yolla kullanılan ilaçların üretim yeri değişikliklerinde ya da üretimin her serisinde, daha önce biyoeşdeğerlik çalışması yapılan seriyle çözünme profilleri karşılaştırılarak üretimde etkinliğin garanti altına alınması sağlanır.

2. İn vivo (klinik) biyoeşdeğerlik çalışmalarında ise sağlıklı kişilerden plazma ilaç konsantrasyonu-zaman eğrisi altında kalan alanı hesaplamak için en az ilacın üç yarılanma ömrü boyunca uygun

aralıklarla kan örnekleri alınır. Kan örnekleri, konsantrasyon-zaman eğrisinin inen ve çıkan kısımlarını tam olarak karakterize edebilecek yeterli sıklıkta alınmaktadır. Bu da yaklaşık 10-15 kan örneği arasındadır.

Biyoeşdeğerlik incelemelerinde, temelde test (yerli) ve referans (orijinal) ilaç ürünlerinin eğri altında kalan alan (EAA), maksimum ilaç konsantrasyonu (cmax) ve cmax'a ulaşılabilmesi için geçen süre (tmax) değerleri ölçülerek bunlar üzerinden karşılaştırma yapılır. EAA sistemik dolaşıma geçen ilaç miktarının bir ölçüsüdür. Cmax, absorpsiyon derecesi, tmax ise absorpsiyon hızı ile ilgilidir. Karşılaştırmanın dayandığı iki primer değişken olan EAA ve cmax ile ilgili test ürün/referans ürün oranının ortalamasının % 90 güven aralığının alt ve üst limitlerinin EAA'lar için 0.8-1.25 aralığı içinde ve cmax için de aynı aralıkta (belirli durumlarda daha geniş bir aralıkta) olması gerekir.

Sonuç

Eşdeğer ilacın en önemli özelliği ilaç geliştirme aşamasında harcama yapılmadığı için ekonomik ve ucuz olmasıdır. Eşdeğer ilaçlar, orijinal ilaçlarla aynı özelliklere sahip olduğu, dolayısıyla, hasta üzerinde aynı tedaviyi sağladığı bilimsel çalışmalarla kanıtlanmış ilaçlardır. Eşdeğer ilaçlarda, gerekli olan tüm inceleme ve araştırmalar yapılmakta, hasta üzerinde orijinal ürünle aynı tedaviyi sağladığı biyoeşdeğerlik çalışmaları ile kanıtlanmaktadır.

Teşekkür:

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

İletişim: Dr. Alper B. İskit

E-posta: alperi@hacettepe.edu.tr

Kaynaklar

- 1- Kayaalp, S.O.: İlaçların biyoyararlanımı. "Klinik farmakolojinin esasları ve temel düzenlemeler" de
- 2- Baskı, s.305-355, Hacettepe TAŞ, Ankara, 2001. 2. CPMP: Note for guidance on the investigation of bioavailability and bioequivalence. CPMP/ EWP/ QWP/ 1401/98, July 2001.
- 3- FDA CDER: Bioavailability and bioequivalence studies for orally administered drug products- General considerations, October 2000.



Bisfosfonatların Kalp Üstündeki Etkileri Amerika'da Tartışılıyor

Amerikan Gıda ve İlaç İdaresi (FDA), New England Journal of Medicine'da yayınlanan iki rapordan sonra, bisfosfonat grubu osteoporoz ilaçlarını tekrar gözden geçireceğini bildirdi. Raporlarda, Merck'in Fosamax (alendronat) ya da Novartis'in Reclast (zoledronik asit) ilaçlarını kullanan hastalarda ciddi, hastaneye yatış gerektiren ya da yeti yitimine neden olan atriyal fibrilasyon görülme sıklığının arttığından bahsediliyordu. FDA'den yapılan açıklamada, bu verilerin nasıl yorumlanması gerektiğinin henüz netleşmediği, hekimlerin ve hastaların bisfosfonat kullanma uygulamalarında değişikliğe gitmeleri gibi bir önerilerinin olmadığı belirtildi.

FDA'in bu uyarısı, ilaçlardaki olası güvenlik sorunları incelenirken halkı daha erken bilgilendirme çabasının bir parçası. İdare, Merck'in ağrı kesici ilacı Vioxx'un kalp krizi ile ilişkisi nedeniyle 2004'te piyasadan toplatılması sırasında ağır bir biçimde eleştirilmişti. FDA, gruptaki tüm ilaçların derinlemesine incelenmesi için başka veriler arandığını ve değerlendirme sürecinin 12 ay kadar sürebileceğini söyledi.

Reuters Health Information

Tip 2 Diyabette İdeal Hemogloblin A1C Düzeyleri Üstüne Yeni Bir Kılavuz

Amerikan Hekimler Akademisi, başka kurumların ilgili kılavuzlarından yararlanarak, bu kılavuzların güçlü ve zayıf yanlarını değerlendirerek tip 2 diyabetli hastalarda ideal hemogloblin A1C düzeyi üstüne bir kılavuz hazırladı ve bunu Annals of Internal Medicine'in 18 Eylül tarihli sayısında yayınladı. Çeşitli kurumların kılavuzlarını değerlendirmede Avrupa Kılavuz, Araştırma ve İncelemeleri Değerlendirme (Appraisal of

Guidelines, Research and Evaluation in Europe – AGREE) aracı kullanıldı. Kılavuzda, aşağıdaki üç özet ifadeye de yer verildi:

Önerme 1

Glisemik kontrol hedefi, mikrovasküler komplikasyonları önlemek amacıyla olabildiğince düşük tutulmalı; ancak yan etkilerin görülme riskinden ve hastaların omzuna taşınması olanaksız bir yük bindirmekten kaçınılmalı. %7'den düşük bir HbA1C düzeyi, herkes için olmasa da birçok hasta için uygun bir hedef. Daha yüksek düzeyler, yaşlı ya da hassas olan, sıkı kontrol sonucu yan etkilerin görülme riskinin yüksek olduğu ya da komorbid hastalıklar nedeniyle daha kısa bir yaşam beklentisi olan hastalar için uygun olabilir. Mikrovasküler komplikasyon açısından daha büyük risk altında olan hastalarda da daha sıkı hedefler belirlenebilir.

Önerme 2

Diyabet komplikasyonları, komorbiditeler, yaşam beklentisi ve hasta tercihleri göz önünde bulundurularak HbA1C için bireysel ve kesin bir hedef belirlenmeli.

Önerme 3

Akademi, özellikle önemli komorbid hastalıkları olan kişilerde glisemik kontrolün uygun düzeyinin saptanması konusunda araştırma yapılmasını öneriyor.

Yazarlar, diyabet komplikasyonlarını önlemede glisemik kontrolün yanı sıra, kan basıncı düzenlemesinin ve lipid seviyelerinin de önemli olduğunu belirtiyorlar.

Ann Intern Med. 2007;147:417-422.

Sayfayı Hazırlayanlar: Dr. Özen Aşut*

Stj. Dr. Yılmaz Yıldız**



Dr. Orhan Odabaşı*, Dr. Melih Elçin**

Direkt Oftalmoskopi Becerisi

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

Araç: Direkt oftalmoskop

Direkt Oftalmoskopi Becerisi

Basamak 1. Elleri yıkama (Resim 1)



Resim 1

Basamak 2. Hastaya işlem hakkında bilgi verme.

Basamak 3. Muayene edilecek göz tarafındaki el avuç içi ile oftalmoskopun sapını tutma (örn: sağ göz-sağ el) (Resim 2).



Resim 2

Basamak 4. Net görmeyi sağlayacak şekilde işaret parmağı ile mercek ayarını yapma (Resim 3 a-b).



Resim 3 a



Resim 3 b

Basamak 5. Hastanın muayene edilecek gözü tarafına geçme (Resim 4)



Resim 4

* Öğr. Gör.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Tıp Eğitimi ve Bilişimi AD, Ankara

** Yrd.Doç.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Tıp Eğitimi ve Bilişimi AD, Ankara

Basamak 6: Oftalmoskop ışığını pupilladan içeri yönlendirerek aynı taraftaki göz ile oftalmoskoptan ışığın pupillaya düşüşünü ve fundusu izleme (ör: sağ göz-sağ göz). (Resim 5 a, b).



Resim 5 a



Resim 5 b

Hastanın papillası ışığımızın ortasında kalacak şekilde göze doğru yaklaşıyoruz.

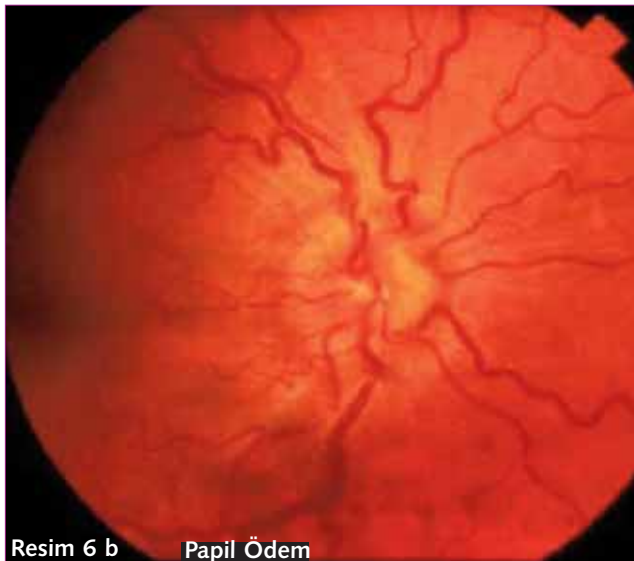
Basamak 7. Fundusta optik disk, makula, damarlar ve retinadaki değişiklikleri değerlendirme (Resim 6 a, b, c)

Fundusta retinal damarlardan herhangi bir tanesine netleşip damarı kalınlaştığı yönde takip ediyoruz. Sonuçta optik diske ulaşıyoruz. Optik diskin kontür ve rengini değerlendirdikten sonra hastadan ışığa bakmasını rica ediyoruz. Hasta ışığa bakarken makulası görüntümüze geliyor. Makülayı değerlendirdikten sonra oftalmoskopumuzu hareket ettiriyoruz. Diğer retina bölgelerini dikkatle izliyoruz.

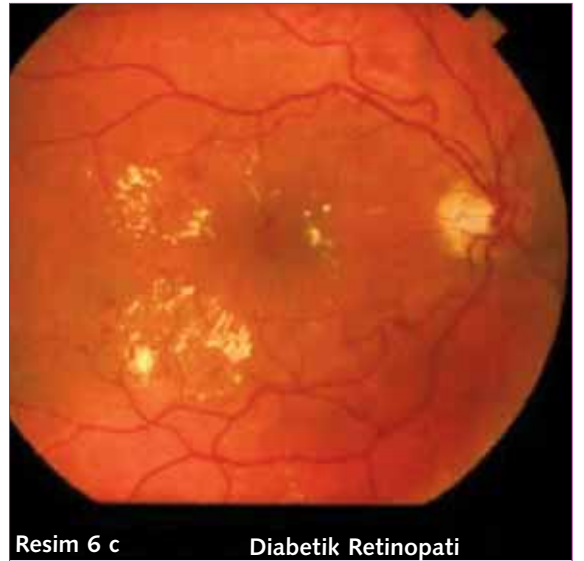
Basamak 8. Hastaya muayene sonuçları ile ilgili bilgi verme. Örneğin gözdibi muayenesiz sonucunda herhangi bir anormal bulgu saptanmadı. Sabrınız va yardımınız için teşekkür ederim.



Resim 6 a Normal



Resim 6 b Papil Ödem



Resim 6 c Diabetik Retinopati



Fotoğraf çekmeye meraklı okurlarımızın ilgisi ve katkılarıyla beş yıldır sürdürmekte olduğumuz TTB-STED Fotoğraf Yarışması'nın bu yıl altıncısını gerçekleştiriyoruz. Yarışmada dereceye giren fotoğraflar bir sonraki yıl STED'in kapağını süslerken, başvuran diğer fotoğraflar da dergimizin iç sayfalarının görsel zenginliğini oluşturuyor. Bu yıl da sizlerin değerli çabalarınızın ürünü olan eserlerinizi bekliyoruz.

Yarışma Kuralları:

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

Yarışma Takvimi:

Son katılım tarihi: 31 Aralık 2007

Seçici Kurul'un değerlendirmesi: Ocak 2008

Sonuçların duyurulması: Şubat 2008

Ödül töreni ve Yarışma sergisi: 14 Mart kutlamaları kapsamında yapılacaktır.

Ödüller:

Büyük Ödül: Canon EOS 3000 marka fotoğraf makinesi, TTB yayınlarından oluşan birer armağan paketi ve plaket (bir kişiye)

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

Seçici Kurul tarafından uygun görülmesi halinde başka ödüller de verilebilir. Yarışmada ilk 12'ye giren fotoğraflar 2008 yılında STED'in kapağında yayımlanacaktır. Yarışmada ödül alan ve seçici kurul tarafından sergilenmeye değer bulunan diğer yapıtlar TTB etkinliklerinde sergilenilebilecektir.

Başvuru Adresi:

"STED Fotoğraf Yarışması", TTB, GMK Bulvarı, Şehit Daniş Tunalıgil Sok. No:2 Kat:4 Maltepe 06570 Ankara
Yarışma Duyurusu ve Katılım Formu için İnternet Adresi: www.ttb.org.tr/STED/fotograf2007.htm

TTB - STED Fotoğraf Yarışması - 2007

Katılım Formu

Yarışmacının Rumuzu:

Adı - Soyadı:

Mesleği:

Branş (varsa):

Görev yeri:

Adresi:

Telefon: İş: (0.) GSM: (0.5....) Diğer: (0.)

E-posta adresi: @

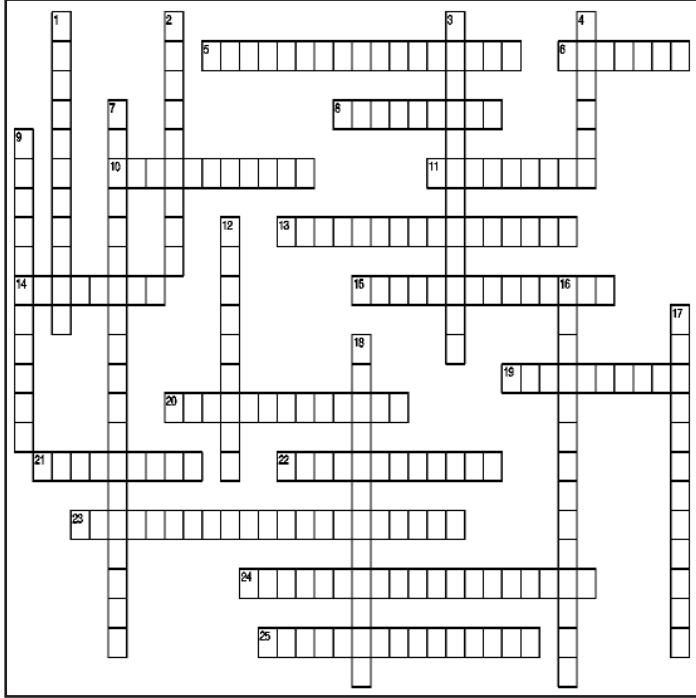
Fotoğraf(lar)

No	Eserin Adı	Çekildiği yer	Açıklama
1
2
3
4
5

Ödüllü Bulmaca



Bulmacamızda yer alan soruları bu sayımızdaki yazılardan seçtik. Doğru olarak yanıtlayıp Dergi'nin postalanma tarihinden sonraki bir ay içinde bize gönderen okuyucularımıza **2 TTB- STE Kredi Puanı** veriyoruz. Ayrıca beş kişiye Kocaeli Tabip Odası'nın hazırladığı "**Sağlık Olsun**" adlı karikatürler kitabını armağan ediyoruz. Bulmacanın doğru yanıtlarını **Ekim 2007** sayımızda yayımlayacağız.



1- Paralel gelen ışık ışınlarının retinanın ışığa duyarlı tabakası üzerinde odak oluşturamaması, 2- Sık görülen bir pankreatit komplikasyonu, 3- Göz muayenesi için kullanılan bir eşel, 4- Erişkinlerde akut pankreatit prognozunda kullanılan bir skor, 5- Akut pankreatite neden olabilen bir parazit,

6- İki gözün uzaktaki bir cisme bakıldığında görme paralelliğinin bozulması, 7- Çocukluk çağında bir akut pankreatit nedeni, 8- Dünyada belirli bir kesimin karşılaştığı kısıtlılıklar, 9- Pankreatit nedeni olabilen bir antibiyotik, 10- Göz muayenesinde mutlaka değerlendirilmesi gereken bir bulgu, 11- Akut pankreatitte analjezi için kullanılan madde, 12- Okul çocuklarında önemli bir görme kusuru, 13- Türkiye'de bölgesel olarak dengesiz dağılan bir görüntüleme yöntemi, 14- Pankreatit tedavisinde kullanılan bir ilaç, 15- Akut pankreatitte cerrahi girişim gerektiren bir durum, 16- Orijinal ilaç yerinde eşdeğer ilacın kullanılmasını belirleyen kavram, 17- Akut pankreatit tanısında en sık kullanılan test, 18- Pankreatitte periumbikal bölgede oluşan ekimoz, 19- Pankreatitin uzak organlarda yarattığı hasardan sorumlu bir madde, 20- Kullanan hastalarda aritmilere yol açan bir ilaç grubu, 21- Akut pankreatite yol açan bir viral enfeksiyon, 22- Kurbanı olan yakınlığına bakılmaksızın evde ya da işyerinde herhangi bir kişinin uğradığı cinsel içerikli eylem, 23- Renk körlüğü muayenesi için kullanılan bir yöntem, 24- Akut pankreatitin bir doğumsal nedeni, 25- Çocuklukta rekürren pankreatite yol açan bir yapısal anomali, 26- Akut pankreatitte bir radyolojik bulgu.

STED Nisan 2007 Ödüllü Bulmaca Doğru Yanıtları:

1- Yaşam Kalitesi, 2- Aile Hekimliği, 3- Sağlıkta Dönüşüm, 4- Human Papilloma Virüs, 5- İskemik Kalp Hastalıkları, 6- Kadın Kondomu, 7- Klerens, 8- Depresyon, 9- Bariyer Yöntemler, 10- Trafik Kazası, 11- Kondom, 12- Uzun Statik Postür, 13- Farmakokinetik, 14- Mekanik Sorunlar, 15- Rahim İçi Araç, 16- Bel Ağrısı, 17- Poliüreatan, 18- Özerkleştirme, 19- Sürdürebilirlik, 20- Reality, 21- Yırtılma, 22- Sigarasız Avrupa, 23- Plato Prensibi, 24- Ulusal Tütün Kontrol, 25- Yüzde Beş.