

ISSN: 2147-9067



Cilt 3 Sayı 3 Eylül 2016

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ DERGİSİ
CBU-SBED

sbed.cbu.edu.tr



Editörden;
CBU-SBED, 2016, 3(3):412

Değerli meslektaşlarım

Ayşe Aktaş¹

Yayınlanma: 30.09. 2016

¹Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Erişkin Allerji ve İmmünoloji BD.

*Sorumlu Yazar Ayşe Aktaş, e-mail: editorsbed@cbu.edu.tr

Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi “CBÜ-SBED” internet ortamında yayınlanan ulusal, hakemli bir dergidir. Dergimiz ilk kez 2006 yılında yayınlanmış olup, yılda dört kez olmak üzere 2015 yılında yeniden yayın hayatına başlamıştır. Dergimizde genel tıp-sağlık alanında Türkçe veya İngilizce temel ve klinik araştırmalar, derleme makaleleri, olgu bildirimleri ve editöre mektup şeklindeki yayınlar yer almaktadır. 3.cilt, 3.sayısı ekte sunulan dergimizden bilime hizmet eden tüm araştırmacı ve okuyucuların yararlanması dileğiyle...

<http://edergi.cbu.edu.tr/ojs/index.php/cbusbed> isimli yazarın CBU-SBED başlıklı eseri bu Creative Commons Atıf-GayriTicari4.0 Uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.



Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 1 Öğrencilerinin Bazı Sağlık Davranışları ve Okul Ortamından Beklentilerinin Değerlendirmesi

Kevser Tari Selçuk¹, Seçkin Karataş¹, İsa Emre Çetinkaya¹, Sarper Selimoğlu¹, Gönül Dinç Horasan²

Yayınlanma: 30.09. 2016

¹Bandırma Onyedü Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

²Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Manisa

*Sorumlu yazar: Kevser Tari Selçuk, E-mail: kevser_tari@hotmail.com

Özet

Amaç: Bu çalışmada Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi (CBÜTF) dönem 1 öğrencilerinin bazı sağlık davranışlarını, beslenme, spor, temizlik ve çevre konularında beklentilerini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntem: Yöneyim araştırmasının örnek grubunu CBÜTF dönem I öğrencileri oluşturmaktadır (N=211). Verilerin toplandığı tarihte amfide bulunan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 160 öğrenci araştırmaya dahil edilmiştir. Veriler bir ders saati öncesinde öğrencilerin doldurduğu anket formu aracılığıyla toplanmıştır. Veriler SPSS for windows 15.0'da değerlendirilmiş, yüzde dağılımlarıyla özetlenmiştir. İstatistiksel karşılaştırmalarda ki kare testi kullanılmıştır.

Bulgular: Öğrencilerin %53,1'ini kızlar oluşturmaktadır. Erkeklerin %21,3'ü, kızların %9,8'i sigara, erkeklerin %33,3'ü ve kızların %14,1'i nargile içtiğini belirtmiştir. Erkeklerin %13,3'ü, kızların %14,1'i spor yapmadığını ifade etmiştir. Kantinde satılması istenen yiyecekler içerisinde ilk sırayı (%63,8) taze sıkılmış meyve suyu almaktadır. Öğrencilerin %89,4'ü kampüsün ağaçlandırılmasını istemektedir.

Sonuç: Araştırmada her dört öğrenciden birinin bir bütün mamulü kullandığı, fiziksel inaktivitenin yaygın olduğu görülmektedir. Öğrenciler yaklaşık %23-%64 arasında değişen oranlarda kantinde farklı sağlıklı yiyeceklerin satılması konusunda öneriler belirtmiştir. Öğrencilerin tamamına yakını kampüs alanında çevre düzenlemesi yapılmasını istemektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık davranışları, tütün, fiziksel aktivite, okul ortamı

Abstract

Objective: The study aimed to assess some health behaviors of term-1 students attending Celal Bayar University (CBU) School of Medicine and their expectations such as services on nutrition, sports, hygiene and environment.

Methods: CBU School of Medicine Term-1 students comprised the study population of this operational research (N=211). Among these students, 160 were enrolled in the study. Data were collected through a self-reported questionnaire just before a lecture. Data were analyzed using SPSS for windows 15.0, and summarized with percentage distributions. The Chi-square test was used for statistical comparisons.

Results: Of the study group, 53.1% was female. Smoking, hookah-smoking percentages were obtained as 21.3% and 33.3% among male while these were 9.8% and 14.1% among female, respectively. Approximately, one tenth of the students reported they did not do any sports. Of the students, 63.8% wanted freshly squeezed juice should be sold in the canteen, 89.4% wanted the campus should be afforested.

Conclusion: In this study, we found that smoking and physically inactivity are very common among medical students. About 23% to 64% of the students wanted various healthy foods should be sold in the canteen. Almost all of the students wanted a landscaped campus.

Keywords: Health behaviors, tobacco, physical activity, school environment

Giriş

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 10-24 yaş arası olarak tanımlanan gençlik dönemi, bireyin hayatındaki en önemli süreçlerden biri olup; fiziksel, psikolojik, sosyal değişimlerin yaşandığı, erişkinliğe özgü rol ve sorumlulukların kazanıldığı dinamik bir dönemdir (1). Gençlerin bağımsızlık duygusuyla tanıştığı, birçok konuda kişisel kararlarını verme sorumluluğu üstlendiği bu dönem pek çok konuda risk alma davranışlarını içermekte ve gençler bu dönemde başta sağlıkla ilgili konularda olmak üzere birçok riskli davranış edinebilmektedir (2).

Üniversite yılları ergenlik dönemine kıyasla yaşam üzerinde daha fazla kontrol sahibi olunan, sağlık davranışlarının pekiştirildiği bir dönemdir (3). Üniversite yıllarında şekillenerek genellikle yetişkinlikte de sürdürülen tütün ve tütün ürünleri kullanımı, sağlıksız beslenme ve fiziksel inaktivite gibi sağlık açısından

riskli bu davranışlar uzun vadede kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, diyabet gibi kronik hastalıklara, yaşam kalitesinde düşüşe ve erken ölümlere yol açmaktadır (4).

Sağlık davranışları açısından tıp fakültesi öğrencileri hem gençlik döneminde, hem de geleceğin hekimleri olmaları nedeniyle özel bir konuma ve öneme sahiptirler. Akranlarına ve gelecekte hizmet sunacakları topluma rol model olmaları bakımından bu gruptaki öğrencilere büyük sorumluluklar düşmektedir. Bu bağlamda geleceğin hekimleri olacak öğrencilerde riskli sağlık davranışları yaygınlığının akranlarına kıyasla daha düşük olması beklenmektedir (3,5-7). Ancak Türkiye'de yapılan çalışmalarda tıp fakültesi öğrencilerinde sigara, nargile gibi tütün ürünleri kullanımının, sağlıksız beslenme alışkanlıklarının ve fiziksel inaktivite sıklığının benzer yaş grubundaki gençlere yakın

oranlarda olduğunun bildirilmesi tıp fakültesi öğrencilerinde de riskli sağlık davranışlarının azımsanmayacak ölçüde yaygın olduğunu göstermektedir (8-18). Gençlik döneminde sağlıklı bir yaşamın temellerinin atıldığı, sağlığın korunması ve geliştirilmesinde gençlerin öncelikli olduğu göz önüne alındığında hekim adaylarında riskli sağlık davranışlarının belirlenmesi, bu davranışlarının ortadan kaldırılması ya da azaltılmasına yönelik tıp fakültelerinde planlanacak girişimlere yol gösterici olacaktır (1).

Üniversite gençlerinin sağlığının korunması ve geliştirilmesinde, boş zamanlarının değerlendirilmesinde ve birçok olumlu davranışlar kazanmalarında spor etkinlikleri önemli bir yer tutmaktadır. Bu nedenle yükseköğretim kurumlarında bu etkinliklerin düzenli bir organizasyonla yaygın bir biçimde sunulması gerekmektedir. Ancak yapılan çalışmalarda üniversitelerde spor etkinliklerinin yöneticilerin konuya gösterdikleri ilgi derecesine göre değişmekte olduğu bildirilmektedir (19). Bu doğrultuda yükseköğretim kurumlarındaki spor etkinlikleri ile ilgili mevcut durumun incelenmesi, öğrencilerin konuyla ilgili beklentilerinin saptanması spor etkinlikleri ile ilgili olarak yükseköğretim kurumlarında yapılacak organizasyonlara ışık tutacaktır.

Okul çevresi gerek çalışanlar gerekse öğrencilerin sağlığını, davranış ve alışkanlıklarını, çalışma ve öğrenme verimliliğini etkileyen bir ortamdır. Yükseköğretim kurumlarında çok sayıda öğrenci bir arada bulunduğu için uygun olmayan koşulların varlığında bulaşıcı hastalıkların ortaya çıkması ve yayılması kolaylaşmaktadır. Bu nedenle yükseköğretim kurumlarında amfiter, tuvaletler, kantin gibi öğrenciler tarafından sık kullanılan yerlerde yapılacak iyileştirmeler ortaya çıkacak bulaşıcı hastalıkların önlenmesinde ve kontrolünde önemli rol oynamaktadır (20).

Bu araştırma Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi dönem 1 öğrencilerinin bazı sağlık davranışlarını, beslenme, spor, temizlik ve çevre gibi konularda okul ortamından beklentilerini değerlendirmek, elde edilen bilgilere dayalı olarak okul ortamında sunulan hizmetlerin iyileştirilmesini sağlamak amacı ile planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Bu araştırma bir yönelem (hizmet) araştırmasıdır. Şubat-Nisan 2015 tarihleri arasında Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesinde yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencileri oluşturmaktadır. Araştırma sonucunda elde edilen bilgiler hizmet planlama amacıyla kullanılacağından kaynak evreni olarak dönem 1 öğrencileri seçilmiştir (N=211). Araştırmada örnek büyüklüğü hesaplanmamış, dönem 1 öğrencilerinin tümüne ulaşmak amaçlanmıştır. Araştırma verilerinin toplandığı tarihlerde devamsızlık yapmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 160 öğrenci araştırmaya dahil edilmiş, katılım oranı %75,8 olarak hesaplanmıştır. Araştırmanın planlama aşamasında kurumdaki resmi izin alınmış, veri toplama aşamasında

araştırmanın amacı ve kapsamı hakkında öğrencilere bilgi verilerek bilgilendirilmiş olur formlarını imzalamaları istenmiştir. Veriler bir ders saati öncesinde araştırmacılar tarafından geliştirilen, öğrencilerin bazı sosyodemografik özelliklerini, riskli sağlık davranışlarını, beslenme, spor, temizlik ve çevre düzenlemesi açısından okul ortamından beklentilerini sorgulayan sorulardan oluşan anket formu aracılığıyla toplanmıştır. Veriler SPSS 15.0 istatistik paket programında değerlendirilmiştir. Veriler yüzde dağılımları ile özetlenmiştir, istatistiksel karşılaştırmalarda ki kare testi kullanılmıştır.

Bulgular

Öğrencilerin %53,1'ini kızlar oluşturmaktadır ve %29,4'ü İzmir'de ailesi ile birlikte yaşamaktadır. Annesi ve babası üniversite mezunu olan öğrencilerin oranı sırasıyla %43,1, %69,4'tür.

Tablo 1. Öğrencilerin Cinsiyete Göre Bazı Sağlık Davranışları

Sağlık davranışları	Erkek (%)	Kız (%)	Toplam (%)
Sigara içme*	21,3	9,8	15,3
Nargile içme**	33,3	14,1	23,1
Sigara veya nargile içme***	37,3	14,6	25,5
Sigarayı bırakmayı düşünme	27,8	10,0	21,4
Fiziksel aktivite sıklığı ve süresi			
Haftada en az 5 kez, en az yarım saat	12,0	5,9	8,8
Haftada en az 4 kez, en az yarım saat	36,0	37,6	36,8
Daha az sıklıkta ve süre ile	38,7	42,4	40,6
Hiç	13,3	14,1	13,8
Lisanslı sporcu olma	19,2	12,9	15,8
Okula gidip-gelme şekli*			
Yürüyerek	26,0	20,0	22,8
Toplu taşıma araçları ile	64,4	78,8	72,2
Özel araçla	9,6	1,2	5,1
Ekran başında geçirilen süre**			
Hiç	24,0	4,7	13,8
1-2 saat	22,7	31,8	27,5
3-4 saat	33,3	48,2	41,3
5 saat veya daha fazla	20,0	15,3	17,5

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001, ki kare testi.

Tablo 1'de öğrencilerin cinsiyete göre bazı sağlık davranışları yer almaktadır. Buna göre erkeklerin %21,3'ü, kızların %9,8'i sigara içmektedir. Nargile içen erkek ve kız öğrencilerin oranı sırasıyla %33,3, %14,1'dir. Sigara ya da nargile içme oranı erkek ve kız öğrenciler için sırasıyla %37,3, %14,6'dır. Öğrenciler içerisinde sigarayı bırakmayı düşünen erkeklerin oranı %27,8, kızların oranı ise %10,0'dır. Öğrenciler içerisinde erkeklerin %13,3'ü, kızların %14,1'i hiç spor yapmadığını; erkeklerin %19,2'si, kızların %12,9'u lisanslı sporcu olduğunu belirtmiştir. Erkek öğrencilerin %26,0'ı, kız öğrencilerin %20,0'ı okula yürüyerek gidip geldiğini, erkek öğrencilerin %20,0'ı, kız öğrencilerin %15,3'ü 5 saat veya daha uzun süre ekran başında zaman geçirdiğini ifade etmiştir. Sigara içen (p<0,05),

nargile içen ($p<0,01$), sigara veya nargile içen ($p<0,001$), ekran başında zaman geçirmeyen ($p<0,05$), okula yürüyerek gidip gelen ($p<0,01$) erkek öğrencilerin oranı kız öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksektir.

Tablo 2’de öğrencilerin cinsiyete göre beslenme, temizlik ve çevre düzenlemesi açısından okul ortamından beklentileri yer almaktadır.

Tablo 2. Öğrencilerin Cinsiyete Göre Beslenme, Temizlik ve Çevre Düzenlemesi Açısından Okul Ortamından Beklentileri

Beklentiler	Erkek (%)	Kız (%)	Toplam (%)
Kahvaltı yapma	74,0	75,3	74,7
Okulda kahvaltı yapma	16,7	10,9	13,6
Kantininde satılan ürünlerle sağlıklı beslendiğini düşünme	34,7	21,2	27,4
Kantinde satılması istenen yiyecekler			
Esmer ekmekle yapılan tost	20,0	25,9	23,1
Tek satılan elma, portakal, muz gibi meyveler***	33,3	60,0	47,5
Salatalar	13,3	36,5	25,6
Taze sıkılmış meyve suyu	49,3	76,5	63,8
Günlük yapılan çorba	22,7	35,3	29,4
Kahvaltı tabağı**	21,3	42,4	32,5
Amfinin temizliğini yeterli bulma*	57,3	36,5	46,3
Tuvaletlerin temizliğini yeterli bulma	13,3	9,4	11,3
Çevre düzenlemesi konusunda öneriler			
Kampüs ağaçlandırılması	86,7	91,8	89,4
Bahçeler çimlendirilmesi	81,3	91,8	86,9
Bahçelere çiçek ekilmesi***	74,7	92,9	84,4
Kulüp üyeliği	40,0	28,9	34,0
Kulüpler için oda sağlanması	45,3	45,9	45,6
Müzik kulübü için müzik aletleri sağlanması	64,0	67,1	65,6

* $p<0,05$, ** $p<0,01$, *** $p<0,001$, ki kare testi.

Buna göre erkek öğrencilerin %74,0’ı kız öğrencilerin %75,3’ü kahvaltı yapma alışkanlığı olduğunu ve erkek öğrencilerin %16,7’si, kız öğrencilerin ise %10,9’u okulda kahvaltı yaptığını belirtmiştir. Erkek öğrencilerin %34,7’si, kız öğrencilerin %21,2’si kantinde satılan ürünlerle sağlıklı beslendiğini düşünmektedir. Kantinde satılmasını istediğiniz yiyecekler nelerdir sorusuna taze sıkılmış meyve suyu, tek satılan elma, portakal, muz gibi meyveler ve kahvaltı tabağı yanıtını veren erkek öğrencilerin oranı sırasıyla %49,3, %33,3, %21,3, kız öğrencilerin oranı ise sırasıyla %76,5, %60,0 ve %42,4’tür. Kantinde elma, portakal, muz gibi meyvelerin ($p<0,001$) ve kahvaltı tabağının ($p<0,01$) satılmasını isteyen kız öğrencilerin oranı erkek öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksektir. Amfinin ve tuvaletlerin temizliğini yeterli bulan erkek öğrencilerin oranı sırasıyla %57,3, %13,3 iken kız öğrencilerin oranı sırasıyla %36,5, %9,4’tür. Amfinin temizliğini yeterli bulan ($p<0,05$) erkek öğrencilerin oranı kız öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksektir. Öğrencilerin çevre düzenlemesi açısından okul ortamından beklentileri içerisinde ilk üç sırada kampüsün ağaçlandırılması (Erkeklerde:%86,7, Kızlarda:%91,8) bahçelerin çimlendirilmesi

(Erkeklerde:%81,3, Kızlarda:%91,8) bahçelere çiçek ekilmesi (Erkeklerde:%74,7, Kızlarda:%92,9) yer almaktadır. Bahçelere çiçek ekilmesini isteyen kız öğrencilerin oranı ($p<0,001$) erkek öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksektir. Erkek öğrencilerin %40,0’ı, kız öğrencilerin %28,9’u kulüp üyeliği sağlanmasını, erkek öğrencilerin %45,3’ü, kız öğrencilerin %45,9’u kulüpler için oda sağlanmasını istemektedir. Müzik kulübü için müzik aletleri sağlanmasını isteyen erkek öğrencilerin oranı %64,0, kız öğrencilerin oranı ise %67,1’dir.

Tablo 3’te öğrencilerin spor yapma durumu ve bu sporlarla ilgili okul ortamında yapılmasını istedikleri düzenlemelerin dağılımı yer almaktadır.

Tablo 3. Öğrencilerin Yaptığı Spor Türüne göre Okul Ortamında Yapılmasını İstedikleri Düzenlemelerin Dağılımı

Öneriler	Basketbol	Voleybol	Fitness	Masa	Yüzme
	%	%	%	tenisi %	%
İlgili sporu haftada en az bir kez yapma	10,7	2,5	31,9	6,6	10,0
Öneriler					
İlgili sporun sahasını da içeren geniş bir spor tesisinin oluşturulması	36,3	41,3	79,4	63,1	65,0
Saha sayısının artırılması	13,8	22,5	-	-	-
Var olan sahaların iyileştirilmesi	33,8	30,0	-	-	-
Antrenör sağlanması	16,3	16,3	-	-	-
Diğer spor tesislerine erişim için servis sağlanması	27,5	20,0	33,8	-	31,9
Turnuva düzenlenmesi	25,6	26,9	-	20,0	-
İlgili spor malzemelerinin sağlanması	22,5	27,5	-	43,8	-
Giyinme kabini ve duş alanının sağlanması	30,0	25,6	26,9	20,6	-

*Birden fazla öneri belirtilmiştir.

Buna göre haftada en az bir kez yapma basketbol, voleybol, masa tenisi oynayan öğrencilerin oranı sırasıyla %10,7, %2,5 ve %6,6’dır. Haftada en az bir kez fitness yapan ve yüzen öğrencilerin oranı ise sırasıyla %31,9 ve %10,0’dır. Basketbol, voleybol, masa tenisi, fitness ve yüzme ile ilgilenen öğrencilerin sırasıyla %36,3, %41,3, %63,1, %79,4 ve %65,0’ı ilgili sporun sahasını da içeren geniş bir spor tesisinin oluşturulmasını istemektedir.

Tartışma

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi dönem 1 öğrencilerinin bazı sağlık davranışlarının, beslenme, spor, temizlik ve çevre gibi konularda okul ortamından beklentilerinin değerlendirilmesi amaçlanan bu araştırmada öğrencilerin yaklaşık dörtte birinin sigara ya da nargile içtiği, öğün olarak kahvaltıyı atladığı, yaklaşık %90’ının önerilen düzeyde fiziksel aktivite yapmadığı belirlenmiştir. Öğrencilerin dörtte üçü kantinde satılan yiyeceklerle sağlıklı beslendiğini düşünmektedir ve öğrencilerin kantinde satılmasını istedikleri yiyecekler arasında ilk üç sırayı taze sıkılmış meyve suyu, kahvaltı tabağı ve tane olarak satılan meyveler almaktadır.

Öğrencilerin yarısından fazlası amfilerin temizliğini yeterli bulmamaktadır. Çevre düzenlemesi konusunda öğrencilerin beklentileri içerisinde ise ilk üç sırada kampüsün ağaçlandırılması, bahçelerin çimlendirilmesi ve bahçelere çiçek ekilmesi yer almaktadır. Her üç öğrenciden biri haftada en az bir kez fitness yapmaktadır ve öğrencilerin sporla ilgili konularda okul ortamından beklentileri içerisinde ilk sırada basketbol, voleybol, fitness, masa tenisi ve yüzmeye yönelik sahaları içeren geniş bir spor tesisinin oluşturulması yer almaktadır.

Türkiye’de gençlerde riskli sağlık davranışlarının saptanmasına yönelik çok sayıda çalışmaya rastlanmaktadır. Son 10 yılda Türkiye’de tıp fakültesi öğrencileriyle yürütülen çalışmalarda hekim adayları arasında riskli sağlık davranışlarının başında gelen sigara içme sıklığının %16,4 ile %25,6 arasında değiştiği ve erkek öğrencilerde kızlara kıyasla sigaranın daha yaygın kullanıldığı belirtilmektedir (11-13,15,16,18,19,21-23). Dokuz üniversitede birinci ve dördüncü sınıf öğrencileriyle yürütülen bir başka çalışmada birinci sınıf öğrencilerinin yaklaşık %20’sinin sigara içtiği, erkeklerde sigara içme oranının kızlara kıyasla yüksek olduğu belirtilmektedir (16). Küresel Yetişkin Tütün Araştırmasında 15-24 yaş grubu erkeklerin yaklaşık %33’ünün, kızların %7’sinin sigara içtiği rapor edilmektedir (8). Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri çalışmasında 15-24 yaş grubu gençlerin yaklaşık %30’unun sigara içtiği bildirilmektedir (24). Manisa’da lise öğrencileriyle yürütülen bir diğer çalışmada 17 ve üzeri yaş grubundaki erkeklerin yaklaşık %15’inin, kızların yaklaşık %8’inin sigara içtiği belirtilmektedir (25). Yurt dışında Japonya, İran gibi farklı ülkelerde tıp fakültesi öğrencileriyle yürütülen çalışmalarda da öğrencilerin yaklaşık %20’sinin sigara içtiği ve erkeklerde sigara içme oranının yüksek olduğu ifade edilmektedir (22,26,27). Bu çalışmada da yaklaşık her beş öğrenciden birinin sigara içtiği ve erkeklerde sigara içiminin daha yaygın olduğu belirlenmiştir. Literatürle uyumlu olarak değerlendirilecek bu bulgu akranlarına kıyasla sigara içme oranının düşük olması beklenen hekim adaylarının meslek yaşamlarında tütün ve tütün ürünleri ile verecekleri mücadelenin başarısı açısından son derece düşündürücüdür.

Nargile son yüzyılda dünya çapında özellikle gençler arasında popüler olmaya devam eden tütün ürünlerinden biridir (28). Dünya Sağlık Örgütü tarafından özellikle Avrupa bölgesinde nargile içme sıklığının giderek arttığı İngiltere, Fransa, Estonya, İsrail gibi ülkelerde gençlerde nargile içme sıklığının yaklaşık %8-%40 arasında değiştiği bildirilmektedir (29). Bu çalışmada da öğrencilerin yaklaşık dörtte birinin nargile içtiği ve erkek öğrencilerde bu oranın kızlara kıyasla yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada nargile içme oranının İngiltere ve Fransa gibi ülkelere kıyasla yüksek olması çalışmanın nargileye kolay erişebilen bir grup olan üniversite öğrencileriyle yürütülmüş olmasından kaynaklanıyor olabilir (30). Brezilya, Kanada ve İngiltere’de tıp fakültesi öğrencileriyle yürütülen çalışmalarda ise nargile içme sıklığının sırasıyla yaklaşık %47, %40, %52 olarak hesaplandığı bildirilmektedir (28). Sözü geçen çalışmalarda hesaplanan sıklığın bu çalışmada hesaplanan sıklığa kıyasla yüksek olması

Brezilya, Kanada ve İngiltere gibi ülkelerde sigara içiminin önlenmesine yönelik yürütülen programlar nedeniyle gençlerin nargileye yönelmelerinden kaynaklanıyor olabilir. Bu çalışmada nargile içimi için hesaplanan sıklık Türkiye’de benzer yaş grubu gençlerle yürütülen bazı çalışmalara kıyasla düşük, bazılarında kıyasla yüksektir (8,16,18,21,30,31). Ülkemizde özellikle üniversite gençliğinin sıklıkla gittiği kafeteryaların birçoğunda nargile kullanımını cazip hale getiren tanıtım çalışmaları yapılmakta ve nargilelik tütün içine vanilya, çikolata, meyve gibi aromalar katılmak suretiyle nargile gençler için çekici hale getirilmektedir. Dolayısıyla bu durum üniversite öğrencilerinde nargile içiminin benzer yaş grubuna kıyasla daha yaygın olmasının nedeni olabilir. Öte yandan yapılan çalışmalarda nargile içimi açısından üniversitelerin farklı yerleşim yerlerinde bulunan bölümleri arasında bile farklılıkların bulunması bu gerekçeyi destekler niteliktedir (16). Türkiye’de yapılan çalışmalarda gençlerde yaş arttıkça sigara ve nargile kullanımının arttığı gösterilmektedir (15,16,18,21,32). Bu çalışmada birinci sınıfta öğrenim gören yaklaşık her dört öğrenciden birinin sigara veya nargile içtiği ve bu sıklığın ilerleyen yıllarda artabileceği düşünüldüğünde konu daha da önem kazanmaktadır. Ek olarak çalışmada sigara içen yaklaşık her beş öğrenciden birinin sigarayı bırakmayı düşündüğünü belirtmesi de tütün ürünleri kullanımına yönelik girişimlerin ivedilikle planlanması gerektiğini gözler önüne sermektedir.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından fiziksel inaktivitenin küresel ölümlere yol açan risk faktörleri arasında dördüncü sırada yer aldığı bildirilmekte ve 18-64 yaş grubu için haftanın 5 günü en az 30 dakika orta şiddette fiziksel aktivite önerilmektedir (33). Bu çalışmada önerilen düzeyde fiziksel aktivite yapanların oranı yaklaşık %9, lisanslı sporcu olanların oranı %16, okula yürüyerek gidip gelenlerin oranı ise %23’tür ve öğrencilerin yaklaşık %59’u ekran başında günlük 3 saatten fazla zaman geçirmektedir. Bu durum gelecekte koruyucu sağlık hizmet sunumunda görev yapacak ve topluma rol model olacak hekim adaylarına gençlik yıllarında fiziksel aktivite alışkanlığının kazandırılmasına yönelik gereksinimi ortaya koymaktadır. Türkiye’de yürütülen çalışmalarda gençlerde fiziksel aktivite sıklığının %8.5-52,9 arasında değiştiği belirtilmektedir (4,12,17,18,23,24,34-36). Söz edilen çalışmalarda fiziksel aktivite yapma durumu farklı şekillerde sorgulanmıştır. Dolayısıyla bu çalışmada fiziksel aktivite yapma oranı dikkate alındığında bu bulgunun belirtilen çalışmalarda hesaplanan sıklığının üzerinde olduğu görülmektedir. Öte yandan bu çalışmada önerilen düzeyde fiziksel aktivite yapanların oranı %10,0’ın altındadır. Dolayısıyla Türkiye’de yürütülen çalışmalarda fiziksel aktivite sıklığı ve şiddetinin sorgulanmasındaki farklılıklar dikkate alınarak bu sonuç dikkatle yorumlanmalıdır.

Günün en önemli öğünlerinden olan kahvaltının güne zinde bir şekilde başlama ve gün içinde verimli çalışma üzerinde önemli etkileri bulunmaktadır. Ancak bu çalışmada yaklaşık her dört öğrenciden birinin kahvaltı yapmadığı belirlenmiştir. Türkiye’de gençlerle yürütülen

diğer çalışmalarda da bu çalışmaya paralel olarak en sık atlanan öğünlerin kahvaltı ve öğle olduğu, bu sıralamanın ders saatlerine göre değişiklik gösterdiği bildirilmektedir (17,23,37). Literatürle uyumlu olarak değerlendirilebilecek bu sonuç öğrencilerin ailelerinden uzakta olmasından, erken saatlerde uyanmada zorluk yaşıyor olmalarından kaynaklanabilir.

Bu araştırmada öğrencilerin okul ortamından beklentileri değerlendirilmiştir. Bu beklentiler içerisinde ilk sırayı kantinde taze sıkılmış meyve suyu, kahvaltı tabağı, tane olarak meyve satılması ve basketbol, voleybol, fitnes, masa tenisi ve yüzmeye yönelik sahaları içeren geniş bir spor tesisinin oluşturulmasının yer alması öğrencilerin sağlıklı yaşam tarzına yönelme eğilimde olduğunu ve bu konuda öğrencilerin desteklenmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Tıp fakültesi dönem 1 öğrencilerinin sağlıklı yaşam şekli konusunda davranışlarına bakıldığında her dört öğrenciden birinin bir tütün mamulü kullandığı, fiziksel inaktivitenin yaygın olduğu görülmektedir. Sigara içen öğrencilerin beşte birinin sigarayı bırakma isteğinin olması yaşam biçimi değişikliği açısından en uygun hedef gruplardan biri olan hekim adaylarına yönelik danışmanlık hizmeti verilmesi gerektiğini göstermektedir. Öğrenciler yaklaşık %23-%64 arasında değişen oranlarda kantinde farklı sağlıklı yiyeceklerin satılması konusunda öneriler belirtmiştir, bu bilgiler okul kantini işleten kişilere sunulacaktır. Öğrencilerin yaklaşık yarısından fazlası amfilerin, %90'ı tuvaletlerin temizliğini yetersiz bulmaktadır. Öğrencilerin tamamına yakını kampüs alanında çevre düzenlemesi yapılmasını istemektedir. Kulüp üyeliği yeterince yaygın değildir, öğrenciler tarafından kulüp çalışmaları için oda ve malzeme istenmektedir. Farklı spor dalları için haftada en az bir kez spor yapanların oranı düşüktür ve tüm öğrencilerin üçte birini geçmemektedir. Öğrenciler tarafından sıklıkla dile getirilen öneriler spor tesisi oluşturulması ve ildeki diğer spor tesislerine erişim için servis sağlanmasıdır. Turnuva düzenlenmesi, ilgili spor malzemelerinin, giyinme kabini ve duş olanağının sağlanması da öğrencilerin yaklaşık dörtte biri tarafından önerilmektedir.

Bu araştırmada elde edilen bulgular hizmetlerin planlanması için yöneticiler, Tıp Fakültesinin tütün karşıtı kulübü NİKOTEK'le ve kantin işletmecileriyle paylaşılmıştır. Fiziksel aktivite konusunda Üniversitenin kapsamlı iki spor tesisine servisle kısa sürede erişim olanağının bulunduğu konusunda da öğrenciler bilgilendirilmiştir. Bu çalışma üniversite gençlerinde sağlıklı yaşam şeklini kazandırmada bir yöntem araştırması örneğini oluşturmaktadır. Benzer çalışmaların üniversitemizin farklı Fakültelerinde de yapılması, zaman içinde tekrarlanması, diğer Milli Eğitim ve Yüksek Öğretim kurumlarında da yapılması yararlı olacaktır.

Kaynaklar

1. Özcebe H. Birinci basamakta adolesan sorunlarına yaklaşım. *STED* 2002;11(10):374-377.
2. Mihçioğur S, Kıran S, Özkızıklı E, Al A, Akın A. Hacettepe Üniversitesi sağlık merkezlerinde genç dostu sağlık hizmet modeli. *Hacettepe Tıp Dergisi* 2007;38:153-158.
3. Can G, Ozdilli K, Erol O, et al. Comparison of the health-promoting lifestyles of nursing and non-nursing students in Istanbul, Turkey. *Nurs Health Sci* 2008;10:273-280.
4. Evren H. Trakya Üniversitesi öğrencilerinin riskli sağlık davranışları ve sağlık hizmeti kullanıcıları. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Edirne, 2008.
5. Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. *C.Ü.Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2005;9(2):26-34.
6. Hash RB, Munna RK, Vogel RL, Bason JJ. Does physician weight affect perception of health advice? *Prev Med* 2003;36:41-44.
7. Çelik GO, Malak AT, Bektaş M, ve ark. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi. *AJCI* 2009;3(3):164-169.
8. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012. Sağlık Bakanlığı Yayın No:948 Ankara, 2014.
9. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010: Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 931, Ankara 2014.
10. Yengil E, Çevik C, Demirkıran G, Akkoca AN, Soylu Özler G, Özer C. Tıp fakültesi öğrencilerinin sigara içme durumu ve sigara ile ilgili tutumları. *Konuralp Dergisi* 2014;6(3):1-7.
11. Günbatar H, Sertoğullarından B, Ekin S. Yüzcü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerine uygulanan sigara anket sonuçları. *Van Tıp Dergisi* 2014; 21(1):29-33.
12. Şimşek Z, Koruk İ, Altındağ A. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Fen-Edebiyat Fakültesi birinci sınıf öğrencilerinin riskli sağlık davranışları. *Toplum Hekimliği Bülteni* 2007; 26(3):19-24.
13. Şimşek H, Öztoprak D, İkizoğlu E, ve ark. Tıp fakültesi öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili etmenler. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2012; 26(3):151-157.
14. Baykan Z, Naçar M. Tıp fakültesi öğrencilerinin sigara kullanımı ve tütün kanununa ilişkin görüşleri. *Dicle Tıp Dergisi* 2014; 41(3):483-490.
15. Vatan İ, Ocakoğlu H, İrgil E. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde sigara içme durumunun değerlendirilmesi. *TSK Korumucu Hekimlik Bülteni* 2009; 8(1):43-48.
16. Özcebe H, Güçüz Doğan B, İnal E, Haznedaroğlu D, Bertan M. Üniversite öğrencilerinin nargile içme davranışları ve ilişkili sosyodemografik özellikleri. *TSK Korumucu Hekimlik Bülteni* 2014; 13(1):19-28.
17. Ekin Ayhan D, Günaydin E, Gönllüaçık E, ve ark. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları ve bunları etkileyen faktörler. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2012; 38(2):97-104.
18. Şavlı Emiroğlu P, Eylül Taner P, Yapa AB, Göksal E, Çakır R, İrgil E. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde sigara içme prevalansı ve etkileyen etmenler ile sigara yasağına karşı düşünceleri. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2014; 40(2):57-61.
19. Yalçınkaya M, Saraçaloğlu AS, Varol SR. Üniversite öğrencilerinin spora ilişkin görüşleri ve beklentileri. *Spor Bilimleri Dergisi* 1993; (4)2:12-26.
20. Temel F, Akın L, Acar Vaizoğlu S, ve ark. Altındağ ilçesindeki bir ilköğretim okulunda suyun, tuvalet, musluk ve kapı kollarının sürüntü örneklerinin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2006; 48:70-74.
21. Emlak G, Keklikoğlu İ, Demir N, Pekcan H, Erbaydar PN. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi birinci ve altıncı sınıf öğrencilerinin tütün ürünlerinin kullanma deneyimleri ve sigara içmeye yönelik bazı düşünceleri. 5.Sigara ve Sağlık Ulusal Kongre Kitabı, 8-11 Mayıs 2011 Kocaeli, s.114.
22. Taş Arslan F, Akşit S, Başbakkal Z. Medical and nursing students' smoking habits, nicotine dependence levels, and contributing factors. *J Family Med Community Health* 2015;2(4):1043-1048.
23. Bayrak U, Gram E, Mengeş E, ve ark. Üniversite öğrencilerinin sağlıkla ilgili alışkanlıklar ve kanser konusundaki bilgi ve tutumları. *DEU Tıp Fakültesi Dergisi* 2010;24(3):95-104.
24. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması. Sağlık Bakanlığı Yayın No:909 Ankara, 2013.
25. Yaşlı G, Dinç Horasan G, Batı H. Gençlerde sigaradan korunma konusunda akran eğitim programının etkinliği. *Turk J Public Health* 2012;10(2):59-67.
26. Tamaki T, Kaneita Y, Ohida T, et al. Prevalence of and factors associated with smoking among Japanese medical students. *J Epidemiol* 2010;20:339-345.
27. Taheri E, Ghorbani A, Salehi M, Sadeghnia HR. Cigarette smoking behavior and the related factors among the students of Mashhad University of Medical Sciences in Iran. *Iran Red Crescent Med J* 2015;17(1):e16769.
28. Martins RS, Paceli RB, Bussacos MA, et al. Experimentation with and knowledge regarding water-pipe tobacco smoking among medical students at a major university in Brazil. *J Bras Pneumol* 2014;40(2):102-110.
29. World Health Organization. Waterpipe tobacco smoking: health effects, research needs and recommended actions for regulators. WHO Press, Geneva Switzerland, 2015.
30. Erbaydar P, Bilir N, Yıldız NA. Knowledge, behaviors and health hazard perception among turkish-narghile (waterpipe)-smokers related to narghile smoking. *Pak J Med Sci* 2010;26(1):195-200.
31. Poyrazoglu S, Sarlı S, Gencer Z, Günay O. Waterpipe (narghile) smoking among medical and non-medical university students in Turkey. *Ups J Med Sci* 2010;115(3):210-6.
32. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 803 Ankara, 2010.
33. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. WHO Press, Geneva, Switzerland, 2010.
34. Vançelik S, Gürsel Önal S, Güraksın A, Beyhun E. Üniversite öğrencilerinin beslenme bilgi ve alışkanlıkları ile ilişkili faktörler. *TSK Korumucu Hekimlik Bülteni* 2007;6 (4):242-248.
35. Vassigh G. Üniversite öğrencilerinin fiziksel aktivite durumları ile sağlıklı beslenme indekslerinin değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. Ankara 2012.
36. Ermiş E, Doğan E, Erilli NA, Satıcı A. Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının incelenmesi: Ondokuz Mayıs Üniversitesi örneği. *Spor ve Performans Araştırmaları Dergisi* 2015;6(1)30-40.
37. Bozhüyük A. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi. Adana 2010.

<http://edergi.cbu.edu.tr/ojs/index.php/cbusbed> isimli yazarın CBU-SBED başlıklı eseri bu Creative Commons Atıf-Gayri Ticari 4.0 Uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.



Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesinin Malnutrisyon ve Ekokardiyografik Parametreler ile İlişkisi

Aysun Toraman¹, Cenk Ekmekci², Hülya Çolak³, Seyhun Kürşat¹

Yayınlanma: 30.09.2016

¹Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı. Manisa

² İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Bilim Dalı. İzmir

³ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Bilim Dalı. İzmir

*Sorumlu yazar: Aysun Toraman, E-mail: aystoraman@hotmail.com

Özet

Amaç: Bu çalışmada kronik hemodiyaliz hastalarında malnutrisyon skoru (MS) ve ekokardiyografik parametrelerin yaşam kalitesi ile ilişkisinin araştırılması planlandı.

Method: Çalışmaya alınan 50 kronik hemodiyaliz hastasının beslenme durumları Subjective Global Assessment (MS ve hemoglobin ve albümini içeren laboratuvar değerleri) ölçülerek değerlendirildi. Yaşam kalitesi skorları Kısa Form 36 kullanılarak hesaplandı. Ekokardiyografi değerlendirme haftanın 2. diyaliz seansından bir gün önce yapıldı.

Sonuçlar: Hastaların yaş ortalaması 55.26±14.53 idi. Fiziksel sağlık skoru [PCS] (p=0.009) ve mental sağlık skoru [MCS] (p=0.028) ile yaş arasında negatif ilişki saptandı. MS, ekokardiyografik parametreler ve SF 36 ile ilişkilerine bakıldığında; PCS; sol atriyum (LA) çapı (r=-0.345 p=0.014), LA indeksi (r=-0.372 p=0.008), inspiyumda vena cava inferior (VCI) çapı (r=-0.345 p=0.01), sol ventrikül kitle (LVM) indeksi (r=-0.252 p=0.04), kardiyotorasik oran (KTO) (r=-0.405 p=0.004) ve MS (r=-0.307 p=0.043) arasında anlamlı negatif korelasyon saptandı. Aynı zamanda MCS; LA çapı (r=-0.237 p=0.05), LA indeksi (r=-0.385 p=0.006), LVM indeksi (r=0.204 p=0.04), KTO (r=-0.337 p=0.01) ve MS (r=-0.312 p=0.03) arasında anlamlı ters ilişki saptandı. VCI kollaps indeksi ile PCS (r=0.33 p=0.02) ve MCS (r=0.30 p=0.04) pozitif ilişki gösterdi. Albümin ve PCS (r=0.314 p=0.03) arasında pozitif korelasyon saptandı.

Tartışma: Bu çalışmanın sonucunda malnutrisyon şiddeti arttıkça belirginleşen volüm fazlalığının yol açtığı sol ventrikül geometrisindeki değişikliklerin yaşam kalitesini düşürdüğü görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Yaşam kalitesi, malnutrisyon, ekokardiyografi, kronik böbrek yetmezliği

Abstract

Background. The aim of present study was to evaluate the relationship between malnutrition score, echocardiographic parameters (ECHO) and quality of life (QoL) in chronic hemodialysis (CHD) patients.

Methods. In 50 adult CHD patients the nutritional state was measured by subjective global assessment [malnutrition score (MS)] and laboratory values, including hemoglobin, albumin. QoL was measured with the SF-36. The ECHO was performed one day before the second HD session of the week.

Results. The mean age of the patients was 55.26±14.53. There were inverse correlations between Physical health component score [PCS] (p=0.009), mental health component score [MCS] (p=0.028) and age. The findings of MS, ECHO parameters and their respective relationship with the SF 36 scores showed that PCS had inverse correlations with left atrium (LA) diameter (r=-0.345 p=0.014), LA index (r=-0.372 p=0.008), vena cava inferior (VCI) diameter during inspiration (r=-0.345 p=0.01), left ventricular mass index LVM (r=-0.252 p=0.04), cardiothoracic index (CTI) (r=-0.405 p=0.004) and MS (r=-0.307 p=0.043). Also MCS had inverse correlations with LA diameter (r=-0.237 p=0.05), LA index (r=-0.385 p=0.006), LVM index (r=0.204 p=0.04), CTI (r=-0.337 p=0.01) and MS (r=-0.312 p=0.03). VCI collapse index showed positive correlations with PCS (r=0.33 p=0.02) and MCS (r=0.30 p=0.04). There was a significant relationship between albumin and PCS (r=0.314 p=0.03). The comparison of the left ventricular geometry groups and SF 36 scores showed a significant correlation.

Conclusions. The present study shows that volume excess associated with increased degrees of malnutrition causes changes in left ventricular geometry impairing QoL.

Keywords: Quality of life, malnutrition, echocardiography, chronic renal failure

Giriş

Son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) gelişen hastalarda en yaygın kullanılan renal replasman tedavisi hemodiyalizdir. Hemodiyaliz hastanın bir hemodiyaliz merkezine ömür boyu bağlanması nedeniyle hem hastanın uyumu yönünden hem de hastanın yaşamında yarattığı değişikliklerle özellik göstermektedir. Bu çerçevede, hemodiyalizin hastanın yaşam kalitesi üzerine etkisi her zaman merak konusu olmuştur. Hemodiyalize bağımlı hastalar normal popülasyonla karşılaştırıldığında düşük yaşam kalitesi (1-2) ve anlamlı olarak artmış malnutrisyon, inflamasyon, hospitalizasyon ve mortalite oranlarına sahiptirler (3). SDBY’de esas tedavi amaçları yeterli sağlık ve yaşam kalitesini sağlamak (4-6) olmasına rağmen kronik hemodiyaliz hastalarının sağlık

ve fonksiyonel durumları sıklıkla optimal şartların altındadır (7-8). Protein-enerji malnutrisyonu ve inflamasyon hemodiyaliz hastalarının sık görülen komplikasyonları arasındadır. Malnutrisyon-inflamasyon kompleks sendromu olarak adlandırılan bu durumun hospitalizasyon ve mortalite oranları ile ilişkisi (3) gösterilmiştir fakat yaşam kalitesi ve ekokardiyografik (EKO) parametreleri ile ilişkisini gösteren fazla veri bulunmamaktadır.

Yaşam kalitesi ölçütleri hastanın kişisel iyilik haline dayanmaktadır ve hemodiyaliz hastalarında medikal tedavilerin yararlarının önemli bir klinik göstergesi olarak kullanılırlar. Kısa Form 36 (SF 36) birçok hasta

grubunda sıklıkla kullanılan, yaşam kalitesini etkileyebilecek birçok demografik ve laboratuvar parametresini içeren ve çeşitli populasyonların karşılaştırılmasını sağlayan bir yaşam kalitesi ölçütüdür. Fiziksel ve mental sağlık olmak üzere iki ana bölüm ve 8 alt skaladan oluşur. Bunlar; fiziksel sorunlara bağlı rol güçlükleri, emosyonel sorunlara bağlı rol güçlükleri, fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, ağrı, vitalite, mental sağlık ve genel sağlık algısıdır. Bunların dışında esas olarak mental ve fiziksel sağlık olarak iki bölüme ayrılır. Değerlendirme her skalada 0-100 arasında puanlama ile yapılır (9). Normal populasyonlarda ortalama 50 puan ve standart deviasyon 10 olarak kabul edilir. Yüksek değerler daha iyi yaşam kalitesini gösterir.). SF 36 yaşam kalitesi ölçütü olarak tek başına kullanılabilir gibi KDQOL (Kidney Disease Quality of Life) gibi birçok belgenin bir parçası olarak kullanılabilir.

Bu çalışmada hastaların laboratuvar ve EKO parametreleri ve malnütrisyon skorları bakılarak yaşam kalitesi ile ilişkileri incelendi.

Materyal ve Metod

Çalışmaya 18 yaş üstünde, 3 aydan uzun süreli haftada 3 gün hemodiyaliz tedavisi alan 50 hasta alındı. Hastaların genel klinik özellikleri gözden geçirildikten sonra beslenme durumlarının değerlendirilmesi amacıyla malnütrisyon skoru (Subjective Global Assessment) (10) ve Kısa Form 36 (SF 36) kullanılarak yaşam kalitesi skorları hesaplandı. Bu değerlendirmenin ardından tüm hastalara aynı cihazla ve aynı kişi tarafından haftanın 2. hemodiyaliz seansından bir gün önce ekokardiyografik değerlendirme [sol atrium çapı ve indeksi, vena cava inferiorun ekspiratuvar ve inspiratuvar çapları ile birlikte vena cava inferior kollaps indeksi (Vena cava kollaps indeksi= ekspiratuvar maksimal çap-inspiratuvar minimal çap/ expirtauar max. çap) (11), sol ventrikül kitlesi ve kitle indeksi, posterior wall thickness (PWT), ejeksiyon fraksiyonu parametrelerini içeren] yapıldı. Thick-wall prolate-ellipsoidal model kullanılarak sol ventrikül kitlesi (LVM) hesaplandı (12). LVM'nin vücut yüzey alanına (BSA=0.007184 x [ağırlık (kg)]0.425 x [boy (cm)]0.725) bölünmesi ile LVM indeksi (LVMI) oluşturularak LVM normalize edildi (13). LVMI için erkeklerde 131 g/m², kadınlarda 100 g/m² üst sınır olarak kabul edildi (14). Sol ventrikülün relatif duvar kalınlığı [RWT = 2 x (PWT / LVEDd)] formülü kullanılarak hesaplandı Sol ventrikül geometrik paterni Ganau ve arkadaşlarının metoduna göre saptandı (15). Sonuç olarak olgular;

1. Normal geometri (NG): Normal LVMI, normal RWT
2. Konsantrik remodeling (CR): Normal LVMI, artmış RWT
3. Konsantrik LVH (cLVH): Artmış LVMI, artmış RWT
4. Ekzantrik LVH (eLVH): Artmış LVMI, normal RWT olarak 4 gruba ayrıldı.

Elde edilen veriler Mann-Whitney test, Kruskal-Wallis test, Pearson korelasyon test ile istatistiksel olarak analiz edilip karşılaştırıldı.

Sonuçlar

Çalışmaya alınan 28 kadın, 22 erkek olmak üzere toplam 50 hemodiyaliz hastasının yaş ortalaması 55.26 ± 14.53 olarak hesaplandı.

Tablo 1. Hastaların demografik özellikleri ve sol ventrikül geometrisinin SF 36 fizik ve mental sağlık skorlarıyla karşılaştırması

	N / PBS	P	N / MBS	P
Yaş (ya)				
> 40	43 / 23.37	p=0.009*	43 / 23.65	p=0.028*
≤ 40	7 / 38.57		7 / 46.80	
Eğitim				
İlköğül	39 / 24.87	0.821*	39 / 25.23	0.908*
Ortaöğül	6 / 28.75		6 / 26.17	
Üniversite	5 / 26.50		5 / 26.80	
İş durumu				
Çalışan	29 / 26.09	0.738*	29 / 25.69	0.914*
Çalışmayan	21 / 24.69		20 / 25.24	
Ek hastalıklar				
Diyabete	14 / 26.38	0.683*	14 / 24.58	0.901*
Non-diyabetik	36 / 26.50		36 / 25.15	
Medikal Durum				
İrkek	46 / 23.89	0.134*	46 / 25.98	0.113*
Bekar	4 / 15.00		4 / 14.00	
Cins				
Kadın	28 / 23.89	0.379*	28 / 24.68	0.653*
Erkek	22 / 27.55		22 / 26.55	

*Mann-Whitney test.

Tablo 1 hastaların demografik özelliklerinin SF 36 fizik ve mental sağlık skorları ile karşılaştırmasını içermektedir. Hastalar 40 yaş altı ve üstü olarak ikiye ayrıldığında 40 yaş üzerinde hem fiziksel (p=0.009) hem de mental sağlık (p=0.028) skorlarının anlamlı olarak düşük olduğu saptandı. Cinsiyete göre bakıldığında erkeklerde fiziksel ve mental sağlık skoru minimal yüksek çıktı, ama istatistiksel olarak anlamlı değildi.

Hastaların EKO parametreleri sonucu elde edilen sol ventrikül geometrisi ile fiziksel sağlık (p = 0.041) ve mental sağlık skoru (p = 0.037) arasında anlamlı ilişki saptandı (Tablo 2).

Tablo 2: Hastaların sol ventrikül geometrisi EKO parametrelerinin SF 36 fizik ve mental sağlık skorlarıyla karşılaştırması

	N / PBS	P	N / MBS	P
Normal Geometri (NG)	8 / 31.38		8 / 28.80	
Konsantrik Remodeling (CR)	12 / 30.92	p= 0.041**	12 / 32.56	p= 0.037**
Konsantrik Hipertrofi (cLVH)	16 / 21.56		16 / 20.19	
Ekzantrik Hipertrofi (eLVH)	14 / 17.42		14 / 18.83	

**Kruskal-Wallis test

Bu ilişkinin hangi geometri gruplarında fark gösterdiğini saptamak üzere yapılan ileri analizde (Mann-Whitney test); fiziksel sağlık skoru ile normal geometri ve ekzantrik hipertrofi (p= 0.02) arasında, konsantrik remodeling ve ekzantrik hipertrofi (p=0.01) arasında, konsantrik hipertrofi ve ekzantrik hipertrofi (p=0.04) arasında anlamlı bir ilişki bulundu (Tablo 3) .

Tablo 3: Sol ventrikül geometri alt gruplarının fiziksel ve mental sağlık skorlarına göre karşılaştırması

	Fiziksel sağlık p value*	Mental sağlık p value*
NG vs CR	anlamsız	anlamsız
NG vs eLVH	anlamsız	anlamsız
NG vs eLVH	0.02	0.03
CR vs eLVH	anlamsız	anlamsız
CR vs eLVH	0.01	0.01
eLVH vs eLVH	0.04	0.05

*Mann-Whitney test

Mental sağlık skoru ile bu ilişki bakıldığında normal geometri ve eksantrik hipertrofi (p=0.03) arasında konsantrik remodelling ve eksantrik hipertrofi (p=0.01) arasında, konsantrik hipertrofi ve eksantrik hipertrofi (p=0.05) arasında anlamlı bir ilişki bulundu.

Hastaların malnutrisyon skorları, ekokardiyografik özellikleri, laboratuvar bulguları ve bunların yaşam kalitesi skorları ile ilişkisi Tablo 4'de sunulmuştur.

Tablo 4: Hastaların malnutrisyon skorları, ekokardiyografik özellikleri, laboratuvar bulguları ve bunların yaşam kalitesi skorları ile ilişkisi. *Pearson

	Ortalama ± SS	Fiziksel sağlık ile ilişki (r,p)*	Mental sağlık ile ilişki (r,p)*
Sol atrium çapı (cm)	3.8 ± 0.69	r = -0.345 p = 0.014	r = -0.237 p = 0.05
Sol atrium indeksi (cm ²)	2.3 ± 0.49	r = -0.372 p = 0.008	r = -0.385 p = 0.006
VCI ekspiratuar çap (cm)	1.8 ± 0.29	r = -0.139 p = 0.33	r = -0.332 p = 0.82
VCI inspiratuar çap (cm)	1.0 ± 0.34	r = -0.345 p = 0.01	r = 0.278 p = 0.05
VCI kollaps indeksi (%)	0.3 ± 0.13	r = 0.33 p = 0.02	r = 0.303 p = 0.041
Sol ventrikül kitlesi (gr)	213.7 ± 76.0	r = -0.306 p = 0.03	r = -0.265 p = 0.04
Sol ventrikül kitle indeksi (gr/m ²)	134.6 ± 39.69	r = -0.252 p = 0.04	r = -0.204 p = 0.04
Ejeksiyon Fraksiyonu (%)	54.70 ± 5.71	r = 0.085 p = 0.55	r = 0.082 p = 0.57
LVESD	2.74 ± 0.50	r = -0.116 p = 0.42	r = -0.203 p = 0.15
Malnutrisyon skor	19.34 ± 6.88	r = -0.307 p = 0.043	r = -0.312 p = 0.039
Rezidüel-renal fonksiyon (ml/gün)	147.55 ± 155.10	r = 0.079 p = 0.59	r = 0.031 p = 0.83
BMI (kg/m ²)	23.06 ± 4.50	r = -0.23 p = 0.59	r = -0.71 p = 0.62
Albumin (g/dl)	3.22 ± 0.55	r = 0.314 p = 0.038	r = 0.146 p = 0.31
Hemoglobin (g/dl)	10.51 ± 1.10	r = 0.097 p = 0.50	r = 0.135 p = 0.34
Hemodiyaliz süresi (ay)	35.96 ± 25.28	r = -0.126 p = 0.33	r = -0.113 p = 0.43
IVS PWT	1.92 ± 0.57	r = -0.337 p = 0.01	r = -0.362 p = 0.01
KTI	0.51 ± 0.22	r = -0.405 p = 0.004	r = -0.337 p = 0.017
Demir	72.59 ± 30.23	r = 0.417 p = 0.003	r = 0.337 p = 0.017
Transferin saturasyonu	22.85 ± 17.68	r = 0.455 p = 0.001	r = 0.232 p = 0.105

Hastaların laboratuvar bulgularına bakıldığında demir ve transferin saturasyonu ile fiziksel sağlık arasında pozitif ilişki bulunurken mental sağlıkla sadece demir ilişkili bulundu. Albumin değerleri ile fiziksel sağlık karşılaştırıldığında albumin değeri yüksek hastaların daha yüksek fiziksel sağlık skoruna sahip olduğu görüldü. Hemoglobin değerleri ile fiziksel ve mental sağlık arasında ilişki saptanmadı. Bu durum hastaların eritropoetin tedavisi altında olması ve kan transfüzyonlarına bağlandı. Malnutrisyon skoru ile hem fiziksel hem de mental sağlık arasında negatif bir ilişki

görüldü. Sol atriyum ve vena cava inferior çapı artışı ve sol ventrikül kitle artışı volum fazlalığının bir göstergesi gibi kabul edilirse fiziksel ve mental sağlıkla yani yaşam kalitesi ile ters ilişkili olduğu saptandı. Yine hastalarda kardiyotorasik indeksin fiziksel ve mental sağlıkla arasında ters bir ilişki olduğu saptandı.

Tartışma

Bu çalışmamızda literatürde daha önce yer almayan volum göstergesi olan EKO parametrelerinin ve malnutrisyonun yaşam kalitesi üzerine etkisi araştırıldı. Çalışmamızda vena cava inferior kollaps indeksi ile hem fiziksel hem mental sağlık arasında pozitif bir ilişki saptandı. Yani hastanın volum fazlalığının göstergesi olan düşük vena cava inferior kollaps indeksi değerleri düşük fiziksel ve mental sağlık skorları ile ilişkili olup hastanın yaşam kalitesinin kötü olduğunu göstermektedir. Fiziksel ve mental sağlık skorları sol ventrikül kitlesi ve kitle indeksiyle negatif bir ilişki göstermektedir. Diğer bir değişle volum yükü olan hastaların sol ventrikül kitle indeksi daha yüksek değerlerde olup daha düşük yaşam kalitesine sahiptirler. Kronik böbrek hastalığı yıllar içinde son dönem böbrek yetmezliğine ilerleyerek renal replasman tedavilerinden birinin başlanması gerekmektedir. Böbrek transplantasyonu olanakları sınırlı olduğundan hastaların büyük çoğunluğu hemodiyaliz ya da periton diyalizini seçmek zorunda kalmaktadır. Hemodiyaliz hastaları bütün hayatları boyunca bir diyaliz merkezine bağımlı olduklarından hayat tarzlarını değiştirmek zorunda kalmaktadırlar. Özellikle fiziksel aktivite ve sosyal hayatlarında meydana gelen kısıtlamalar, hastalığı ile ilgili güçlüklerle baş edememe ve gelecek korkusu hastaların yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir (16-17). Hemodiyaliz hastalarında aneminin eritropoetin kullanımıyla düzeltilmesi, yaygın olarak bikarbonatlı diyalizat kullanımı ve kalsitriol kullanımı ile hiperparatiroidinin düzeltilmesi hastaların yaşam kalitelerinde anlamlı düzelmeler sağlamıştır. Bu gelişmeler beraberinde yaşam kalitesi ölçütlerinin gerekliliği ve gelişmesini de getirmiştir. Son zamanlarda SF 36 hemodiyaliz hastalarında yaygın olarak kullanılmaktadır. Yapılan birçok çalışmada hemodiyaliz hastalarında demografik özellikler bakıldığında yaşla birlikte yaşam kalitesinin düştüğü saptanmıştır. Francesca Baiardi ve arkadaşlarının kronik böbrek yetmezliği hastalarında yaşam kalitesini etkileyen parametreleri karşılaştıran çalışmasında yaşla hem fiziksel hem de mental sağlık skorları arasında negatif bir ilişki saptanmıştır (18). Peter de Jonge ve arkadaşları diyaliz hastalarını bir yıl izlemişler ve fiziksel yaşam kalitesi için yaşın negatif bir risk olduğunu saptamışlardır (19). Bizim çalışmamız da 40 yaş üstü hastalarda hem fiziksel hem de mental sağlık skorlarının anlamlı olarak daha düşük olduğunu göstermiştir. Yine aynı çalışmada (19) diyabet ve komorbid hastalıkların varlığında daha düşük fiziksel sağlık skorları saptanmıştır. Bizim çalışmamızda diyabetik hastaların sayısının az olmasından dolayı anlamlı bir ilişki saptanmadığı düşünülmektedir. Sanjeev K. Mittal ve arkadaşları (20) fiziksel sağlık skorunun erkeklerde daha yüksek olduğunu saptarken Kamyar Kalantar – Zadeh ve arkadaşları (21) her iki cins arasında fiziksel ve mental

yönden bir fark bulmamıştır. Bizim çalışmamızda da kadınlar ve erkekler arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Hastalar eğitim durumu ve çalışma durumuna göre değerlendirildiğinde anlamlı bir ilişki saptanmadı. Hastaların medeni durumlarına bakıldığında bekar hastaların fiziksel ve mental sağlık skoru evli olanlara göre belirgin olarak düşük olduğu saptandı fakat bekar hasta sayısı çok az olduğundan sonucun istatistiksel olarak anlamlılık kazanmadığı düşünüldü.

Lowrie ve arkadaşları (22) labarotuvuar değerleri ve SF 36 arasındaki ilişkiyi araştırmış ve serum albumin, hemogloblin değerleriyle anlamlı ilişki saptamıştır. Ohri-Vachaspati ve Sehgal yetersiz protein alımının düşük albumin değeri olarak laboratuvara yansıdığı ve bağımsız olarak düşük yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu saptamışlardır. Bizim çalışmamızda fiziksel sağlık ve albumin arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki saptandı. Kamyar Kalantar – Zadeh ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada hipoalbuminemik hastaların düşük yaşam kalitesi skoruna sahip olduğunu ve albuminin malnutrisyon-inflamasyon kompleks sendromunun bir markırı olarak kabul edilebileceğini belirtmiştir. Yine bunu destekler şekilde bizim çalışmamızda SGA skoru ile hem fiziksel hem mental sağlık skoru arasında negatif bir ilişki saptandı yani malnutrisyonu olan hastaların daha düşük yaşam kalitesi skoruna sahip olduğu görüldü. SGA skoru ve albumin değerlerinin malnutrisyonun göstergesi olarak kabul edersek malnutrisyonu olan hastalar düşük yaşam kalitesi değerlerine sahiptir. Özet olarak malnutrisyon sadece morbidite ve mortalite gelişiminde önemli etkilere sahip olmayıp aynı zamanda hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesinde bir göstergesidir (23-24). Çalışmamızda hemogloblin değerleri ile fiziksel ve mental sağlık skorları arasında bir ilişki saptanmadı. Daha önce yapılan birçok çalışmada anemik hastaların daha düşük SF 36 skorlarına sahip olduğu görülmüş (18,21). JP Wight ve arkadaşlarının son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda yaptığı çalışmada hemogloblin değerleri ve yaşam kalitesi skorları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamış ve bu hastaların eritropoetin tedavisi altında olmasına bağlanmıştır. Çalışmamızda demir değerleri ve transferin saturasyonu ile fiziksel sağlık arasında pozitif korelasyon saptandı. Mental sağlık ise sadece demir değerleri ile ilişkili saptandı.

Son zamanlarda yapılan birçok çalışma göstermiştir ki; malnutrisyon diyaliz hastalarında mortalite ve morbiditeyi arttırmaktadır. Protein-enerji malnutrisyonu birçok kronik böbrek yetmezlikli hastada oluşur ve aterosklerozun da eklenmesi ile hemodiyalize giden hasta grubunda mortalite için güçlü bir risk faktörü oluşturur (23). Diyaliz hastalarında malnutrisyon artmış kardiyovasküler riskle ilişkilidir. Son çalışmalar üremik hastalarda inflamasyonun tek başına ya da düşük protein alımıyla birlikte malnutrisyonun etyolojisinde önemli bir rol oynadığını göstermektedir(25). İnflamasyon aterosklerotik kalp hastalıklarına yol açmaktadır. KBY hastalarında malnutrisyon, inflamasyon ve ateroskleroz arasındaki güçlü ilişki malnutrisyon-inflamasyon-ateroskleroz sendromunun ortaya çıkmasına neden olmuştur (26).

Bu çalışmamızda malnutrisyon ve volum göstergesi olan EKO parametrelerinin yaşam kalitesi üzerine etkisi araştırıldı. Hemodiyaliz hastalarında hastaların diyete uymaması, ilaç tedavisinin yetersiz kalması, etkin diyaliz sağlanamama gibi nedenlerden dolayı volüm fazlalığı gelişebilir ve bu da en önemli etkisini kardiyovasküler sistemde gösterir. Ekokardiografideki vena cava inferior ve sol atrium çapındaki artışın diyaliz hastalarında volüm durumunun değerlendirilmesinde kullanılabilceği bildirilmektedir (27). Yine kontrolsüz hipertansif hastalarda volüm fazlalığının sol ventrikül kitle indeksi artışı katkıda bulunduğu ifade edilmiştir (11). Bütün bu çalışmalar sonucunda volüm fazlalığının vena kava inferior kollaps indeksi azalmaya neden olduğu söylenebilir. Bizim çalışmamızda vena kava inferior kollaps indeksi ile hem fiziksel hem mental sağlık arasında pozitif bir ilişki saptandı. Yani hastanın volum fazlalığının göstergesi olan düşük vena kava inferior kollaps indeksi değerleri düşük fiziksel ve mental sağlık skorları ile ilişkili olup hastanın yaşam kalitesinin kötü olduğunu göstermektedir. Fiziksel ve mental sağlık skorları sol ventrikül kitlesi ve kitle indeksiyle negatif bir ilişki göstermektedir. Diğer bir değişle volum yükü olan hastaların sol ventrikül kitle indeksi daha yüksek değerlerde olup daha düşük yaşam kalitesine sahiptirler. Volum ve hipertansiyon kontrolünün sağlanamadığı durumlarda sırasıyla eLVH ve cLVH meydana gelir. Çalışma sonuçlarına bakıldığında cLVH ve eLVH gruplarının NG ve CR gruplarına göre daha düşük fiziksel ve mental sağlık skorlarına sahip oldukları yani yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. En düşük değerler eLVH grubunda saptanmıştır. Yine volum fazlalığını destekler tarzda hastalarda kardiyotorasik indeks ile fiziksel ve mental sağlık arasında ters bir ilişki olduğu saptandı. Bu çalışmanın sonucunda hemodiyaliz hastalarında volum fazlalığının sol ventrikül geometrisindeki değişikliklerle ilişkili bir şekilde hastaların yaşam kalitesini düşürdüğü görülmüştür.

Kaynaklar

1. Evans RW, Manninen DL, Garrison LP, Hart LG, Blagg CR, Gutman RA, Hull AR, Lowrie EG. The quality of life of patients with end-stage renal disease. *N Engl J Med.* 1985;312: 553-559.
2. Lowrie EG. Chronic dialysis treatment: Clinical outcome and related processes of care. *Am J Kidney Dis.* 1994;24:255-266.
3. Kalantar-Zadeh K, Ikizler TA, Block G, Avram MM, Kopple JD. Malnutrition-inflammation complex syndrome in dialysis patients: causes and consequences. *Am J Kidney Dis.* 2003;42(5):864-81.
4. Kutner NG. Assessing end-stage renal disease patients' functioning and well-being: measurement approaches and implications for clinical practice. *Am J Kidney Dis.* 1994; 24: 321-33. PMID: 12744332
5. Meyer KB, Espindle DM, DeGiacomo JM, Jenuleson CS, Kurtin PS, Davies AR. Monitoring dialysis patients' health status. *Am J Kidney Dis.* 1994; 24: 267-79. PMID: 8048434
6. Rettig RA, Lohr KN. Measuring, managing and improving quality in the end-stage renal disease treatment setting: Conference proceedings. *Am J Kidney Dis.* 1994; 25: 383-8. PMID: 7914059
7. Levy NB, Wynbrandt GD. The quality of life on maintenance haemodialysis. *Lancet* 1975; 1: 1328-30. PMID: 49527
8. Ifudu O, Mayers J, Matthew J, Tan CC, Coambridge A, Friedman EA. Dismal rehabilitation in geriatric inner city hemodialysis patients. *JAMA.* 1994;271:29-33. PMID: 8258883
9. Cabral DL. Comparação dos instrumentos SF-36 e perfil de saúde no Nottingham para avaliação da qualidade de vida de indivíduos pós Acidente Vascular Encefálico [dissertação]. Recife: Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE; 2011.
10. Koo JR, Yoon JW, Kim SG, Lee YK, Oh KH, Kim GH, Kim HJ, Chae DW, Noh JW, Lee SK, Son BK. Association of depression with malnutrition in chronic hemodialysis patients. *Am J Kidney Dis.* 2003 May;41(5):1037-42.
11. Koc M, Toprak A, Tezcan H, Bihorac A, Akoglu E, Ozener IC. Uncontrolled hypertension due to volume overload contributes to higher left ventricular mass index in CAPD patients. *Nephrol Dial Transplant* 2002; 17: 1661-1666.
12. Devereux RB, Alonso DR, Lutas EM et al. Echocardiographic assessment of left ventricular hypertrophy: comparison to necropsy findings. *Am J Cardiol.* 1986; 57: 450-458.
13. Devereux RB, de Simone G, Koren MJ, Roman MJ, Laragh JH: Left ventricular mass as a predictor of development of hypertension. *Am J Hypertens* 1991;4: 603-607.
14. Levy D, Savage DD, Garrison RJ, Anderson KM, Kannel WB, Castelli WP. Echocardiographic criteria for left ventricular hypertrophy: the Framingham Heart Study. *Am J Cardiol.* 1987; 59: 956-960.
15. Ganau A, Devereux RB, Roman MJ et al. Patterns of left ventricular hypertrophy and geometric remodeling in essential hypertension. *J Am Coll Cardiol* 1992; 19: 1550-1558.
16. Sensky T. Psychosomatic aspects of end-stage renal failure. *Psychother Psychosom.* 1993; 59: 56-68.
17. Blodgett C. A selected review of the literature of adjustment to hemodialysis. *Int J Psychiatry Med.* 1981; 11: 97-124.
18. Baiardi F, Esposti ED, Cocchi R, Fabbri A, Sturani A, Valpiani G, Fusaroli M. Effects of clinical and individual variables on quality of life in chronic renal failure patients. *J NEPHROL.* 2002; 15:61-67.
19. Jonge P, G. Ruinemens MF, Huyse JF and Piet M. A simple risk score predicts poor quality of life and non-survival at 1 year follow-up in dialysis patients. *Nephrol Dial Transplant.* 2003; 18: 2622-2628.
20. Sanjeev K. Mittal, Lori Ahem, Edith Flaster, John K. Maesaka and Steven Fishbane Self-assessed physical and mental function of haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant.* 2001;16: 1387-1394.
21. Kalantar-Zadeh K, Kopple JD, Block G and Humphreys MH. Association Among SF36 Quality of Life Measures and Nutrition, Hospitalization and Mortality in Hemodialysis *J Am Soc Nephrol.* 2001; 12:2797-2806.
22. Lowrie EG, LePain L, Zhang H, Lew NL, Lazarus JM. Preliminary evaluation of the SF-36 among hemodialysis patients. Memorandum provided online (www.ajkd.org) as "Supplementary Material" to the February 2000 AJKD contents.
23. Young P, Lombi F, Finn BC, Forrester M, Campolo-Girard V, Pomeranz V et al. "Malnutrition-inflammation complex syndrome" in chronic hemodialysis. *Medicina.* 2011;71(1):66-72
24. Allen KL, Miskulin D, Yan G, Dwyer JT, Frydrych A, Leung J, Poole D. Association of nutritional markers with physical and mental health status in prevalent hemodialysis patients from the HEMO study. *J Ren Nutr.* 2002; Jul;12(3):160-9.
25. Perunicic-Pekovic G, Rasic-Milutinovic Z, Pljesa S. Predictors of mortality in dialysis patients--association between malnutrition, inflammation and atherosclerosis (MIA syndrome) *Med Pregl.* 2004 Mar-Apr;57(3-4):149-52.
26. Yao Q, Axelsson J, Heimbürger O, Stenvinkel P, Lindholm B. Systemic inflammation in dialysis patients with end-stage renal disease: causes and consequences. *Minerva Urol Nefrol.* 2004 Sep;56(3):237-48.
27. Cheriex EC, Leunissen KML, Janssen JHA, Mooy JMV, van Hooff JP. Echocardiography of the inferior vena cava is a simple and reliable tool for estimation of dry weight in hemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 1989; 4: 563-568.

<http://edergi.cbu.edu.tr/ojs/index.php/cbusbed> isimli yazarın CBU-SBED başlıklı eseri bu Creative Commons Atıf-GayriTicari 4.0 Uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.



DERLEME

CBU-SBED, 2016, 3(2):424-425

Gebelik ve Astım

Ayşe AKTAŞ¹

Yayınlanma: 30.09. 2016

¹ Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Erişkin Allerji-İmmunoloji BD, MANİSA* Sorumlu yazar: Ayşe Aktaş, E-mail: ayse.aktas@cbu.edu.tr

Özet

Astım hastalığı gebelik üzerine etki edebilirken, gebelik de astım üzerine olumlu ya da olumsuz yönde etki edebilmektedir. Bu yazıda bu çift taraflı etkileşimden söz edilecektir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, Astım

Abstract

Asthma may influence pregnancy while pregnancy may have positive and negative effects on asthma. This two-sided relationship will be discussed in this article.

Keywords: Pregnancy, Asthma

Astım genetik ve çevresel faktörlerin etkisiyle ortaya çıkan etyopatogenezi tam olarak aydınlatılamamış kronik inflamatuvar bir havayolu hastalığıdır. Gebelik sırasında en sık karşılaşılan solunum sistemi hastalığı olup, yaklaşık olarak gebeliklerin %4-7'inde saptanır ve %0.05-%2 oranında da hayatı tehdit eden atağa neden olur (1).

Hastalık ilk kez hamilelikte ortaya çıkabileceği gibi, önceden var olan hastalığın kötüleşmesi şeklinde de seyredebilir. Allerjenler, egzersiz ve enfeksiyonlar gibi tetikleyici faktörlerin etkisiyle öksürük, nefes darlığı, göğüste sıkışma hissi, hırıltılı solunum şikayetlerinin varlığında astım düşünülmelidir. Ayrıca bu semptomların sabaha karşı kötüleşmesi gibi zamansal ilişkinin varlığında da bu hastalık akla getirilmelidir. Ayırıcı tanıda diğer obstrüktif havayolu hastalıkları ve obstrüktif olmayan akciğer hastalıklarıyla, akut bronşit ve bronşiyolitler, kronik öksürük nedenleri, hiperventilasyon sendromları, üst havayolu obstrüksiyonu, yabancı cisim aspirasyonu, vokal kord disfonksiyonu ve akciğer dışı bazı hastalıklar akla gelmelidir (2).

Gebelikte astım tanısı gebe olmayan bireyden farklı değildir. Dinleme bulgularının varlığı tanıyı desteklemekle birlikte, yokluğu tanıyı dışlatmaz. İdeal olanı solunum yolu obstrüksiyonunun spirometrik olarak gösterilmesi ve kısa etkili β_2 inhalasyonundan sonra FEV1 değerinde $>12\%$ artış olması ile obstrüksiyonun geri dönüşümlü olduğunun gösterilmesidir (2). Gebelik sırasında oluşan fizyolojik dispne hissini ayırt etmede spirometrik ölçümler tercih edilse de, PEF ölçümleri buna alternatif olabilir.

Gebeliğin astım üzerine etkileri

Astımlı hastaları takip eden klinisyenler gebelikte ortaya çıkan fizyolojik değişiklikleri iyi bilmek zorundadırlar. Gebelikte östradiol, progesteron ve kortizol düzeyleri artar. Östrojen artışına sekonder olarak burun mukozasında epitel hassasiyeti, kapiller konjesyon gibi değişikliklerin sonucu hiperemi, hipersekresyon ve ödem gelişir. Bu değişikliklere sekonder olarak da nazal obstrüksiyon, burun akıntısı ve horlama gibi semptomlar üçüncü trimesterde daha belirgin olmak üzere ortaya çıkar (3). Progesteron dakika ventilasyonunu ve havayolu inflamasyonunu arttırırken, pulmoner vasküler rezistans ve β_2 reseptör cevaplılığını azaltır (4).

Gebelik sırasında sadece hormonal değişiklik ortaya çıkmaz. Aynı zamanda uterusun yukarı doğru yer değiştirmesine sekonder olarak gelişen mekanik değişiklikler sonucu fonksiyonel rezidüel kapasite, rezidüel volüm azalır ancak inspiratuar kapasite artar. Birinci saniyedeki zorlu ekspiratuar volüm (FEV1) ve vital kapasite (VC) korunur, buna bağlı olarak FEV1/FVC değerlerinde herhangi bir değişiklik olmaz. Rölatif bir hiperventilasyon ve buna sekonder kan gazı değişiklikleri gelişir. Dakika ventilasyonunun artmasıyla parsiyel arterial oksijen basıncı 100-105 mmHg'ya yükselirken, parsiyel arteriyel karbondioksit basıncı 32-34 mmHg'ya düşer. Terme yakın dönemde pCO₂: 25-30 mm Hg, pO₂ > 100 mmHg değerlerinin eşlik ettiği hafif bir kompanse respiratuar alkaloz gelişir. pH renal bikarbonat atımındaki artışla stabil tutulur. Bu nedenle bu değerlerdeki patolojik bulgular doktorları uyanık kılmalıdır (5).

Bazı gebelerde fetüste kız cinsiyet, annede dolaşımdaki monositlerin artmasına ve inhale kortikosteroid ihtiyacının artmasına, astımın kötü seyretmesine yol açmaktadır (6). Fetal antijenlere maruziyet, immün fonksiyonlardaki değişiklikler de astımı kötüleştirebilir. Gebelik de astım gibi T-helper 2 hâkimiyeti ile giden bir durum olup, astımdaki inflamasyonun artmasına ve hastalığın kötüleşmesine yol açabilir (6). Hücrel immütedeki azalmaya sekonder olarak gelişen viral enfeksiyonlar astım ataklarının tetikleyicisi olarak rol oynarlar. Viral enfeksiyonların astım üzerine etkisini araştıran bir çalışmada astımlı gebe kadınların %71’de, astımı olmayan gebe kadınların %46’sında, hamilelik sırasında grıbal enfeksiyon saptanmıştır. En önemli etken %38,5’de rhinovirüs olup, bu da olguların 1/3’de astım atağına, 1/3’de astım kontrolünün kaybına neden olmuştur. Astımlı gebelerde kontrol grubuyla kıyaslandığında IFN-λ, IFN-γ ve IL-10 yanıtlarında azalma olduğu saptanmıştır (7).

Gebelikte artmış serbest kortizol düzeyleri anti-inflamatuar ve düz kas gevşetici özelliklerinden dolayı astımın düzelmesinde etkili olabilir. Juniper ve ark. gebelerde bronş hiperreaktivitesinde 2 kat düzelleme ile birlikte astım ciddiyetinde ve ilaç kullanımında azalma olduğu göstermiştir (8).

Astımın Gebelik Üzerindeki Etkileri

Astımın gebelik üzerindeki etkilerini araştıran çalışmalarda oldukça farklı sonuçlar alınmıştır. Gebelik sırasında astım varlığı ciddi maternal morbidite ile ilişkili olmuştur. Astımın gebelik üzerine etkilerinin araştırıldığı prospektif bir çalışmada, astımlı gebelerin % 23’de iyileşme, %30’da kötüleşme saptanmıştır. Hafif astımlı kadınların %12,6’da atak ve %2,3’ünde hastaneye yatış saptanmıştır. Orta astımlılarda atak oranı %25,7, hastaneye yatış oranı % 6,8, ağır astımlılarda %51,9 oranında atak, % 26,9 oranında hastaneye yatış saptanmıştır (9).

Astımlı kadınlar astımı olmayan kadınlarla karşılaştırıldığında gebelik yaşı ile uyumsuz düşük doğum ağırlıklı bebek sahibi olma, pre-eklampsi riski ve erken doğum riskinde artış saptanmıştır. 2013 yılında yayınlanan bir meta-analizde astımlı kadınlarda majör olmayan konjenital malformasyon riskinde istatistiksel anlamlı ölçüde artış gösterilmiştir (10). Özellikle yarık damağın eşlik ettiği veya etmediği yarık dudak astımı olmayan kadınlarla karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı olmayan bir artış saptanmıştır. Perinatal mortalite astımı olmayan kadınlarla karşılaştırıldığında astımlı kadınlarda anlamlı oranda artmıştır (10). Blais ve ark. 15.107 astımlı gebe kadın ve 34.331 astımı olmayan gebe kadının karşılaştırıldığı büyük bir retrospektif, kohort çalışmada gebelik öncesi dönemde uygun astım tedavisinin spontan abortus önlenmesi açısından büyük öneme sahip olduğu ve gebeliği sırasında astım atağı geçiren kadınlarda abortus oranının çok daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (11). Gebelikte atak geçiren ile geçirmeyen kadınlar karşılaştırıldığında, düşük doğum ağırlıklı bebek sahip olma oranı atak geçirenlerde üç kat yüksek bulunmuştur. Buna ek olarak, ağır atak nedeniyle oral kortikosteroid kullanan gebelerde düşük doğum

ağırlığı riski ve erken doğum riski artmıştır (11). Gordon ve ark. astımlı kadınlarda doğum ağırlığı ve Apgar skorları arasında bir fark olmadığını, ancak özellikle kötü kontrol edilen astımlı hastalarda perinatal ölüm oranında anlamlı bir artış olduğunu bildirmişlerdir (12). Jana ve ark. ise optimal kontrol altındaki astımlılarda ante-natal komplikasyonların normale göre herhangi bir farklılık göstermediğini gözlemlemişlerdir (13).

Aynı kişinin farklı gebeliklerinde seyir farklı olabilir. Ataklar daha çok gebeliğin 24-36. haftalarında oluşur. Son 4 haftada azalır. Doğum anında %90 sorun yaşanmaz. Gebelik sırasında ortaya çıkan astımla ilgili değişiklikler doğumdan 3 ay sonra doğum öncesi durumuna geri dönmektedir.

Kaynaklar

1. Hernandez E, Angell CS, Johnson JWC. Asthma in pregnancy-current concepts. *Obstet Gynecol.* 1980;55:739-744.
2. National Asthma Education and Prevention Program Expert Panel Report 3: Guidelines for the diagnosis and management of asthma. Available at <http://www.hlti.nih.gov/guidelines/asthma/asthgdln>.
3. Liccardi G, D’Amato M, D’Amato G. Asthma in pregnant patients: pathophysiology and management. *Monaldi Arch Chest Dis.* 1998;53: 151-159.
4. Gaga M, Oikonomidou E, Zervas E, Papageorgiou-Georgatou N. Asthma and pregnancy : interactions and management. *Breathe.* 2007;3: 267-76.
5. Coutreras G, Guitterez M, Beroiza T, et al. Ventilatory drive and respiratory muscle function in pregnancy. *Am Rev Respir Dis.* 1991; 144: 837-841.
6. Murphy VE, Gibson PG, Smith R, Clifton VL. Asthma during pregnancy: mechanisms and treatment implications. *Eur Respir J.* 2005;25:731-50.
7. Murphy VE, Powell H, Wark PA, et al. A prospective study of respiratory viral infection in pregnant women with and without asthma. *Chest.* 2013;144:420-427.
8. Juniper EF, Daniel EE, Roberts RS, et al. Improvement in airway responsiveness and asthma severity during pregnancy. *Am Rev Respir Dis* 1989;140:924-931.
9. Schatz M, Dombrowski MP, Wise R, et al. The NICHD Maternal-Fetal Medicine Units Network, and NHLBI. Asthma morbidity during pregnancy can be predicted by severity classification. *J Allergy Clin Immunol.* 2003;112:283-288.
10. Murphy VE, Wang G, Namazy JA, et al. The risk of congenital malformations, perinatal mortality and neonatal hospitalisation among pregnant women with asthma: a systematic review and meta-analysis. *BJOG.* 2013;120:812-822
11. Blais L, Kettani FZ, Forget A. Relationship between maternal asthma, its severity and control and abortion. *Hum Reprod.* 2013;28:908-915.
12. Gordon M, Niswander RR, Berendes H, Kantor AG. Fetal morbidity following potentially anoxiogenic conditions. *Am Obstet Gynecol.* 1970;106:421-429.
13. Jana N, Vasishta K, Saha SC, Khunnu B. Effect of bronchial asthma on the course of pregnancy, labour and perinatal outcome. *J Obstet Gynecol.* 1995;21:227-232.

<http://edergi.cbu.edu.tr/ojs/index.php/cbusbed> isimli yazarın CBU-SBED başlıklı eseri bu Creative Commons Atıf-GayriTicari 4.0 Uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.



DERLEME

Cbu-SBED, 2016, 3(3):413-417

Kronik Hastalıklarda Evde Bakımda Hasta Güvenliği

Sema Erşil¹, Sibel Karaca Sivrikaya²

Yayınlanma: 30.09.2016

¹Doç Dr. İsmail Karakuyu Simav Devlet Hastanesi, Kütahya²Balıkesir Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Balıkesir

*Sorumlu yazar: Sema Erşil, E-mail: semaersil@hotmail.com.tr

Özet

Sağlık hizmetlerinde kalitenin sağlanmasında önemli konulardan biri hasta güvenliğidir ve hasta güvenliğindeki eksiklikler büyük bir endişe nedenidir. Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine) hasta güvenliğini; hastalara gelecek zararın önlenmesi şeklinde tanımlamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization, WHO, DSÖ) tıbbi hataların önemine yönelik çalışmalarını 2004 yılında hasta güvenliği birimini kurarak başlatmış ve hasta güvenliği değişik ülkelerde DSÖ çalışmalarıyla birlikte önem kazanmaya başlanmıştır. Türkiye’de ise 2009 yılında yayınlanan ‘Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ’ ve 2011 yılında yayınlanan ‘Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik’ ile birlikte hasta güvenliği konusu daha sistematik olarak ele alınmaya başlanmıştır. Evde bakım konusu da sağlık bakımı alanında günümüzde daha da önem kazanarak ele alınmaya başlanmıştır. Amerikan Tıp Derneği (American Medical Association, AMA) tarafından belirlenen evde bakım amaçları göz önünde bulundurulduğunda uzun süreli sağlık sorunu olan ve günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili olarak yardıma ihtiyacı olan bütün yaştaki kişilerin yeterli kalitede bir yaşam sürdürmesi için evde bakım önem kazanmaktadır. Kronik hastalıklar, Dünya Sağlık Örgütü tarafından ‘uzun süreli ve yavaş ilerleme gösteren hastalıklar’ olarak tanımlanmaktadır. Bu özellikleri nedeni ile kronik hastalıklarda evde bakım önem kazanmaktadır. Bu derleme makale ile sağlık bakımının önemli bir bölümünü oluşturan kronik hastalıklarda evde bakımda hasta güvenliği önlemlerinin tüm sağlık çalışanlarına aktarılması hedeflenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hasta Güvenliği, Evde Bakım, Kronik Hastalıklar

Abstract

One of the important issues in the provision of quality in health care is patient safety and deficiencies in patient safety is a cause of great concern. The Institute of Medicine defines patient safety as to prevent the patients from the damages. World Health Organization (WHO) has started the works of the importance of medical errors by establishing Patient Safety Unit in 2004 and patient safety has started to gain importance in different countries by these studies of WHO. In Turkey, patient safety issue has started to be addressed more systematically by a communique published in 2009 “The Communique on The Principles and The Procedures for Ensuring and The Protection of Patient and Employee in Health Institutions and Organizations” and a regulation published in 2011 “The Regulation on The Provision of Patient and Employee Safety”. Home care issue has started to be addressed more important in the health care field nowadays. Considering the aims of home care determined by The American Medical Association (AMA) home care gains prominence for maintaining a sufficient quality of lifestyle for people of all ages who have long-term health problems and need help with daily living activities. Chronic diseases are defined by WHO as “diseases which are long term and indicate slow progression”. Due to these features home care in chronic diseases gains importance. In this review article, it is aimed to convey patient safety measures in home care services in chronic diseases, which forms an important part of health care, to all health care staff.

Keywords: Patient Safety, Home Care, Chronic Disease

Giriş

Sağlık hizmetlerinde kalitenin sağlanmasında önemli konulardan biri hasta güvenliğidir ve hasta güvenliğindeki eksiklikler büyük bir endişe nedenidir (1,2). Amerika Birleşik Devletleri’nde tıbbi uygulamalara yön veren en etkili kuruluş olarak bilinen Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine) tarafından 1999 yılında yayınlanan raporda her yıl 44000 ile 98000 kişi tıbbi hata kaynaklı olarak hayatını kaybetmektedir (3). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ-WHO) araştırmalarına göre de her 10 kişiden 1’i tıbbi hatalar nedeniyle zarar görmektedir (4).

Tıp Enstitüsü tanımına göre hasta güvenliği ‘hastalara gelecek zararın önlenmesi’ şeklinde tanımlanmaktadır (5). Başka bir tanıma göre hasta güvenliği, sağlık bakım hizmetlerinin bireye vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlarda çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamıdır (6). Dünya Sağlık Örgütü ise hasta güvenliğini; sağlık bakım sürecinde hastaya önlenemez zararın olmayışı şeklinde tanımlamaktadır (7). Tıbbi hata ise; planlanan bir

eylemin tamamlanamaması ve istenilen şekilde sonuçlanmaması veya bir amaca ulaşırken yanlış plan yapılmasıdır (8). İnsanlar iyi niyet ya da bilgi eksikliği gibi nedenlerle hata yapabilmektedirler (9). İstanbul ilinde hemşirelerin hasta güvenliği algılamalarını belirlemek üzere yapılan bir çalışmada; hasta güvenliği tanımlamaları orta düzeyde bulunmuştur (10).

Dünya Sağlık Örgütü tıbbi hataların bu denli önemli olduğunu görerek 2004 yılında hasta güvenliği birimini kurmuş ve uygulamaların daha sistematik olarak yürütülmesini hedeflemiştir (11). Türkiye’de de bu konu 29 Nisan 2009 tarihinde ‘Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ’ yayınlanmış, 2011 yılında bu tebliğ ‘Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik’ olarak düzenlenerek ele alınmıştır (12,13). Bu yönetmelikle genel hasta güvenliği uygulamaları olarak şunlar belirlenmiştir:

- Hasta kimlik bilgilerinin tanımlanması ve doğrulanması,
- Hastaya uygulanacak girişimsel işlemler için hastanın rızasının alınması,

- c) Sağlık hizmeti sunumunda iletişim güvenliğinin sağlanması,
- d) İlaç güvenliğinin sağlanması,
- e) Kan ve kan ürünlerinin transfüzyon güvenliğinin sağlanması,
- f) Cerrahi güvenliğin sağlanması,
- g) Hasta düşmelerinin önlenmesi,
- h) Radyasyon güvenliğinin sağlanması,
- i) Engelli hastalara yönelik düzenlemelerin yapılmasıdır (13).

Hasta güvenliği kavramını sağlıkta kalite kavramından ayırmak mümkün değildir. Kalite kavramının temeli ilk olarak 1917 yılında Amerikan Cerrahi Birliği tarafından yayımlanan bir sayfalık 'Hastaneler İçin Minimum Standartlar' ile oluşturulmuştur. İlk akreditasyon kurumu da 1951 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde kurulmuştur. Bugün dünyada en çok kabul gören ve sağlık sunumunun farklı alanları için özel standartlara sahip olan akreditasyon programı ABD kökenli olan ve Sağlık Kuruluşlarının Akreditasyonu için Birleşik Komisyon (JCAHO) alt komisyonu olarak faaliyet gösteren Joint Commision International (JCI) dir. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın sürdürdüğü 'Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nin bir parçası olarak 'Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı' kurulmuştur. Sağlık Bakanlığı kurulan bu birimle birlikte hasta güvenliği açısından uluslararası standartlarda düzenlemeler yaparak kaliteli bir bakım verilmesini de amaçlamaktadır (14,15). International Council of Nurses (ICN) da hasta güvenliğini hemşirelik bakımı ve sağlık bakım kalitesinin temeli olarak nitelendirmektedir (16).

Bu çalışmada kronik hastalıklarda evde bakımda hasta güvenliğinin önemi ve dikkat edilmesi gerekenlerin neler olduğu konusuna dikkat çekmek amaçlanmıştır.

Evde Bakım Nedir?

Evde bakım hizmetleri, bireyin sağlığını korumak, yükseltmek, yeniden sağlığına kavuşturmak amacıyla sağlık ve sosyal hizmetlerin profesyonel düzeyde veya aile bireyleri tarafından bireyin kendi yaşadığı ortamda sunulması; bireye en üst düzeyde konfor, bakım ve iyilik halinin sağlanmasıdır (17,18). Giderek artan sayıdaki kronik ve akut hastalıklar için evde bakım temel bir unsur oluşturmakla birlikte; kronik hastalığı olan bireylerin daha uzun süre yaşamaları, akut hastalığı olan bireylerin hastanelerden daha erken taburcu edilmeleri evde daha az karmaşık ve daha az masraflı bakım gereksinimini artırmaktadır (18). Etkili bir evde bakım hasta, aile üyeleri ve sağlık profesyonellerinin ortak çabasıyla oluşur.

Amerikan Tıp Derneği (American Medical Association, AMA) nin belirlediği evde bakım amaçları şu şekildedir:

- Kapsamlı bir birincil bakım, hemşirelik bakımı ve rehabilitasyon hizmetleriyle hasta bireyi yaşam kalitesi ve sağlığını geliştirmek,

- Hastane, huzur evi ve diğer bakım kurumlarına yerleşme ihtiyacını azaltmak,
- Gayri resmi bakıcılar için destek sağlamak,
- Acil servise başvuruları azaltmak,

- Hastaneye tekrar yatış ve hastanede kalış süresini azaltmak,
- Terminal dönem hastalarına istedikleri durumda evde ölme olanağı sağlamak,
- Bebek ve çocukların en uygun olan şekilde büyüme ve gelişmesini sağlamak,
- Yaşam destek ünitesindeki hastaların işlevsel gücünü artırmak (18).

Kronik Hastalıklar ve Evde Bakım

Kronik hastalıklar, Dünya Sağlık Örgütü tarafından 'uzun süreli ve yavaş ilerleme gösteren hastalıklar' olarak tanımlanmaktadır. Kronik hastalıklar dört ana başlıkta toplanmaktadır: Kardiyovasküler hastalıklar, kanser, kronik solunum sistemi hastalıkları ve diyabet. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre her yıl 38 milyon kişi bu hastalıklar tarafından yaşamını kaybetmektedir. (19). Bu nedenle kronik hastalıklar evde bakım gerektiren hastalıklar olarak önemlidir.

Türkiye'de 2015 verilerine göre nüfusun %8.2 sinin 65 yaş üstü, %12.29 u ise özürdür (20,21). Ülkemizde de bu nedenle evde bakım hizmetleri önem kazanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün Ev Temeline Dayanan Uzun Dönem Bakım Raporu'nda uzun süreli bakım, kendi bakımına yetemeyen kişilere bireysel tercihlerine göre en yüksek derecede katılımla, bağımsızlık ve insan onurunu koruyarak yaşam kalitesini yükseltmek için verilen bakım olarak tanımlanmaktadır (22). Bu bağlamda 65 yaş ve üzeri kronik ve uzun süreli bakım gereken yaşlı hastalar ile kronik hastalığı olan her yaş grubundaki bireyler çok yönlü bakım hizmetlerini kendi ev koşullarında alabilmektedirler. Ülkemizde hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulmasını amaçlayan evde bakım hizmetleri 2005 yılında çıkarılan yönetmelikle sağlık kuruluşları tarafından uygulanmaya başlanmış, bu yönetmelik 2015 yılında güncellenerek evde bakım hizmetlerinin daha üst seviyede devam etmesi amaçlanmıştır (23). Güncellenen yönetmeliğe göre evde sağlık hizmetleri; çeşitli hastalıklar nedeniyle evde sağlık hizmeti almaya ihtiyacı olan bireylere evinde ve aile ortamında sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde verilen muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetlerini kapsamaktadır (24). Yine bu yönetmeliğe göre yaşam kalitesini ileri düzeyde bozan hastalığı ve/veya yaşlılığı nedeniyle sağlık hizmetine ulaşmada zorluk yaşayan, evinde ve aile ortamında sağlık hizmeti almak üzere talepte bulunan bireyler evde bakım hizmeti alabilmektedirler.

Hemşirelikte ise hasta güvenliği hemşirelik mesleğinin tek sorumluluğu olan hemşirelik bakım işlevlerini kapsamaktadır (25). Artan araştırmalarla birlikte hemşirelikle hasta güvenliği arasındaki ilişkinin iyi eğitilmiş hemşireler, güçlü hemşire- hekim ilişkisi, hasta bakımında hemşire tarafından belirlenen problemlerin iyi yönetilmesiyle olduğuna dikkat çekilmektedir (26). Norveç'te evde bakım yasaları düzenlenerek hastane ve bakım evlerindeki hemşirelikten ayrı olarak ele

almaktadır. Evde bakım hemşiresinin sorumlulukları medikal tedavinin devamlılığının sağlanması, eğitim ve rehberlik, idari görevler, hasta bakım koordinasyonu ve devam eden bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesidir (25). Ülkemizde de 2011 çıkarılan yönerge ile evde bakım hemşiresinin hekim istemi ile ilaç uygulama, uyguladığı ilacın etki-yan etkilerini gözlemlenme, bildirme, hasta ve ailesine bilgilendirme yapma, gibi birçoğu hekime bağlı olan fonksiyonları bulunmaktadır (27).

Evde Hasta Bakımında Hasta Güvenliği Önlemleri

Joint Commision International tarafından tüm sağlık uygulama alanlarında hasta güvenliği önlemleri Ulusal Hasta Güvenliği Hedefleri olarak belirlenmiştir. Belirlenen hedefler içerisinde evde bakım ile ilgili olan hedefler şu başlıklar altında toplanmıştır:

Hedef 1: Hasta kimlik doğrulamasını geliştirmek

Hedef 2: İlaç kullanım güvenliğini geliştirmek.

Hedef 3:Sağlık bakımı ile ilişkili enfeksiyonları azaltmak.

Hedef 4: Düşme sonucu hasta zarar riskini azaltmak.

Hedef 5: Hastaların kendi ortamlarında güvenlik risklerini tanımlamak (28).

Ülkemizde hemşirelerde hasta güvenliği kültürü ve etkileyen etmenleri belirlemek amacıyla bir üniversite hastanesinde yapılan çalışmada hasta güvenliği kültürü algısının istenen düzeyde olmadığı bulunmuştur (29). Literatürde ise evde bakımda hasta güvenliği ile ilgili çok fazla sayıda çalışma bulunmamaktadır.

Hasta Kimlik Tanımlayıcılar

Yanlış hasta tanımlama hemen hemen bakım ve tedavinin tüm aşamalarında ortaya çıkabilir. Bu nedenle iki aşamada bu işlem gerçekleştirilmelidir: Birincisi, hizmet veya tedavi alacak kişiyi güvenilir bir şekilde tanımlamak; ikincisi, tedavi ve bakımı bu kişiye sunmaktır. Evde bakımda hasta kimlik tanımlama diğer alanlara göre daha az hataya eğilimlidir. Joint Commision International tarafından iki kimlik tanımlayıcı kullanılmasının uygun olduğu belirlenmiştir. Bu tanımlayıcılar isim, kimlik numarası, telefon numarası olabilir. Joint Commision International'ın belirlediği hedefler çerçevesince hasta ile evde bakım uygulamasında ilk karşılaşmada bu kimlik tanımlayıcılardan ikisinin gerekliliği; daha sonraki devam eden bire bir bakımda yüz yüze tanıma kullanılabilirliği vurgulanmıştır (28).

İlaç Kullanım Güvenliği

Kuşkusuz ilaçların doğru kullanımı sağlığı daha iyi hale getirmekte etkili bir araçtır (30). İlaç hatası; İlaç Hatalarını Raporlama ve Önleme Ulusal Koordinasyon Konseyi tarafından ilaç sağlık bakım personeli, hasta ya da üretici kontrolünde iken ilacın hastaya zarar vermesi ya da hastanın yanlış ilacı almasına sebep olan önlenemez bir olay olarak tanımlanmaktadır (31). Birden fazla ilaç alan ve bu ilaçları yönetmekte karmaşa yaşayan çok sayıda sağlık bakımı alan kişi için ilaç güvenliği önemli bir sorundur. Çırpı ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, uygulama alanlarında hemşirelerin en sık yaptığı hata olarak ilaç uygulama

hataları tespit edilmiştir (11). Evde bakım günümüzde önem kazanan önemli hemşirelik bakım alanlarından biri olarak ilaç kullanım güvenliğinin sağlanması gereken alanlardan biridir. Bu nedenle evde bakım hizmeti alan hastanın kullandığı ilaçlar bilinmeli, ilaçları hangi dozda, ne sıklıkta ne amaçla kullandığını tanımlayarak hasta bilgilendirilmelidir. Hastaların kullandığı ilaçlar hakkında karmaşayı tanımlamak ve çözmek için hastanın aldığı ilaçlar ile ilaçların ne için kullanıldığı sağlık personeli tarafından bilinmelidir. Hastalara kullandıkları ilaçlar hakkında ilacın adı, dozu, zamanı gibi yazılı doküman hazırlamak gerekebilir. Hastalara kullandıkları ilaçların önemi açıklanmalıdır (28).

Enfeksiyonların Önlenmesi

Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (Centre for Disease Control and Prevention, CDC) ne göre her yıl milyonlarca insan evde tedavi alırken ya da hastanede yatarken enfeksiyona maruz kalmaktadır. Sağlık bakımı ile ilişkili enfeksiyonlar tüm sağlık bakımını etkileyen, beklenmedik, istenmeyen ve dayanılmaz bir hasta güvenliği sorunudur. Milyonlarca insanı etkileyen, hasta bakımını zorlaştıran, sakatlık ve ölümleri artıran, antibiyotik direncini artıran ve altta yatan hastalıkla birlikte maliyeti artıran bir öneme sahiptir (28,32). Gerek sağlık kuruluşlarında gerek evde bakımda görevli hasta bakım personeline el hijyenini geliştirmek sağlık bakımı ilişkili enfeksiyonları önlemede önemli bir yoldur. Bu nedenle CDC ya da WHO tarafından geliştirilen el hijyeni kılavuzlarına uyum sağlık personeline hastaya enfeksiyon taşınmasını azaltmada önemlidir (28). Ülkemizde Akdemir ve arkadaşları tarafından yatağa bağımlı hastalar üzerinde evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bir çalışmada hastaların en çok hijyenik bakımla ilişkili sorunlar yaşadığı saptanmıştır. Yine aynı çalışmada akciğer, ağız, perine, damar yolu, göz ve cilt enfeksiyonları %36.8 lik bir oranda bulunmuştur. Hasta eğitimi bu konularda önemlidir (33).

Düşmelerin Önlenmesi

Kronik hastalık öyküsü olan hastaların önemli bir kısmında düşmeler önemli bir yer tutar. Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi verilerine göre her yıl özellikle 65 yaş üstü milyonlarca insan düşmeye maruz kalmaktadır. Her beş düşmeden biri kafa travması ve kırıklarla sonuçlanmaktadır ve travmatik kafa yaralanmalarının en sık nedeni düşmelerdir (34). Bu nedenle düşmeler önlenmelidir. Hastaların düşme öyküleri tanımlanmalı, riskler belirlenmeli, ilaç ya da alkol kullanım öyküsü, yürüme ve görme durumları tanımlanmalıdır. Yürümeye yardımcı araç kullanımı koruyucu ekipmanlar ve çevresel düzenlemeler düşmeleri azaltmak için kullanılabilir. Hasta ve ailesi düşme riski açısından eğitilmeli ve alınacak önlemler hasta ve ailesiyle birlikte belirlenmelidir (28). Norveç'te 20 evde bakım hemşiresiyle yapılan bir çalışmada; hasta güvenliğinin birincil korumada görülmeyeceği, yaşlı insanların güvenli ve bağımsız bir ortamda yaşamadıkları, düşme nedenlerinin yeterince sorgulanmadığı, hasta özerkliğinin hasta güvenliğine karşı olduğu sonuçları bulunmuştur (35). Düşmelerin önlenmesine yönelik uygulamaların belirlenmesi amacıyla hemşireler

üzerinde yapılan bir çalışmada; hemşirelerin hemen hemen yarısının hasta düşmesi ile karşılaştığı, büyük çoğunluğunun düşme riskini değerlendirmedeği sonucu elde edilmiştir (36). Dikmen ve arkadaşları tarafından hemşirelerin tıbbi hatalara eğilim düzeylerini ve bunu etkileyebilecek faktörleri belirlemek üzere yapılan bir çalışmada; düşmelerin önlenmesine yönelik olarak en düşük puanı hasta ve yakınlarına düşme nedenleri ve alınabilecek önlemler hakkında bilgi verme maddesi almıştır (37). Bu nedenle evde bakımda da çevresel düzenlemeyi sağlamak amacı ile hasta ve aile eğitimi önemli bir yer tutmaktadır.

Çevresel Düzenlemenin Sağlanması

Evde bakım hastalarında kritik bir durum da oksijen kullanımıdır. Oksijen kullanımı yangın açısından riskli durumlar ortaya çıkarabilir. Oksijenin mum, gazlı aletler ve sigara gibi yanıcı materyallerle buluşması yangına neden olabilir. Oksijen tedavisine başlanmadan önce evde sigara kullanımı, alev alabilen malzemeler olup olmadığı belirlenmeli, bunlar ortamdan uzaklaştırılmalıdır. Hasta ve ailesi bu risklere karşı eğitilmeli, potansiyel yangın riskleri belirlenip rapor edilmelidir. Ev ziyaretleri sırasında alınan önlemler gözlemlenmeli, fark edilen riskler hasta ve ailesiyle tekrar gözden geçirilmelidir (28,38).

Sonuç

Kronik hastalıklar uzun süreli ve yavaş ilerleme göstermeleri nedeniyle bireyi yaşamının her alanında etkilemekte, çoğu kez de bu hastalıklar evde bakım süreciyle birlikte yönetilmektedir. Hasta güvenliği ise hasta bakımında tüm sağlık personeli açısından çok önemli konulardan biridir. Evde bakımda da hasta güvenliğine dikkat edilmesi ve uluslararası standartlarda belirlenen hasta güvenliği kriterlerine uyulması; hem hastanın kronik hastalık komplikasyonları yanında olumsuz etkilenen yaşam kalitesini koruyacak ve iyileştirecek, hem de hastaya bakım veren sağlık personeli ve aile bireylerinin yaşayabileceği olumsuz durumları engelleyecektir.

Kaynaklar

- Hakverdioğlu Yönt G. Hasta güvenliği kültürü. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2011;27(1): 77-82.
- Kaissi A. An organizational approach to understanding patient safety end medical errors. Health Care Manager 2006;25(4):292-305.
- Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21th century. Erişim Adresi: <http://nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20File%2001/Crossing-the-Quality-Chasm/Quality%20Chasm%202001%20%20report%20brief.pdf> . Erişim Tarihi: 01.02.2016.
- World Health Organization. 10 facts on patient safety, Erişim Adresi:http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/, 2014. Erişim Tarihi: 03.02.2016.
- Karaca A, Arslan H. Hemşirelik hizmetlerinde hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesine yönelik bir çalışma, Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi 2014;1(1): 9-18.
- Seren İntepeler Ş, Dursun M. Tıbbi hatalar ve hata bildirim sistemleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2012;15(2):129-135.
- World Health Organization. What is patient safety, <http://www.who.int/patientsafety/about/en/>. Erişim Tarihi: 01.02.2016.
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. Errors in health care: A leading cause of death and injury. In: Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To Err is Human: Building a Safer

- Health System. Washington, DC: Institute of Medicine National Academy Press 2000.p.26-48.
- Donaldson MS. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses In: Ronda G, editör. Rockville: AHRQ publications.2008.p.1-37.
- Gündoğdu S, Bahçecik N. Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü algılamasının belirlenmesi, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2012;15(2):119-127.
- Çırpı F, Merih YD, Kocabay MY. Hasta güvenliğine yönelik hemşirelik uygulamalarının ve hemşirelerin bu konudaki görüşlerinin belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2009;2(3):26-34.
- T.C. Resmi Gazete. Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ. 24 Nisan 2009. Sayı:27214. Ankara.
- T.C. Resmi Gazete. Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik. 6 Nisan 2011. Sayı:27897. Ankara.
- Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı 2015. Erişim Adresi: https://kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/22_haz2012/dairegorev.pdf/. Erişim Tarihi:05.03.2016.
- Akça Ay F., Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2013,184-194.
- International Council of Nurses (ICN). Erişim Adresi: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/D05_Patient_Safety.pdf. Erişim Tarihi: 04.02.2016.
- Yılmaz M, Sametoğlu F, Akmeşe G, Tak A, Yağbasan B, Gökçay S ve ark. Sağlık hizmetinin alternatif bir sunum şekli olarak evde hasta bakımı, İstanbul Tıp Dergisi 2010;11(3):125-132.
- Medical Management of the Home Care Patient, Guidelines for Physicians, American Medical Association/American Academy of Home Care Physicians. 2007:1-5.
- Noncommunicable diseases. World Health Organization 2015. Erişim Adresi: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>. Erişim Tarihi: 02.03.2016.
- Türkiye İstatistik Kurumu. Yıllara, yaş grubu ve cinsiyete göre nüfus 1935-2015. Erişim Adresi: http://www.tuik.gov.tr/PrelstatistikTablo.do?istab_id=1588. Erişim Tarihi: 10.04.2016.
- Türkiye İstatistik Kurumu. Özlülük oranı 2002. Erişim Adresi: http://www.tuik.gov.tr/PrelstatistikTablo.do?istab_id=512. Erişim Tarihi: 10.04.2016.
- World Health Organization, Home Based Long-Term Care Report, Geneva 2000. Erişim Adresi: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42343/1/WHO_TRS_89_8.pdf. Erişim Tarihi: 11.04.2016.
- T.C. Resmi Gazete. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik. 10 Mart 2005. Sayı:25751. Ankara
- T.C. Resmi Gazete. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlar Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik. 27 Şubat 2015. Sayı: 29280. Ankara.
- Berland A, Holm AL, Gundersen D, Bentsen SB, Patient safety culture in home care: experiences of home care nurses. Journal of Nursing Management 2012;20:794-801.
- Clarke SP, Aiken LH. More nursing, fewer deaths. Qual Saf Health Care 2006;15(1):2-3.
- Sağlık Bakanlığı. Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönergede Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge 2011. Erişim Adresi: <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-12133/saglik-bakanliginca-sunulan-evde-saglik-hizmetlerinin-u-.html>. Erişim Tarihi:10.04.2016.
- National patient safety goals home care accreditation program. The Joint Commission (JCI) 2016.
- Rızalar S, Büyük ET, Şahin R, As T, Uzunkaya G. Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü ve etkileyen faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2016;9(1):9-15.
- Costa FA, Silvestre L, Periquito C, Carneiro C, Olivira P, Fernandes AL ve ark. Drug-related problems identified in a sample of portuguese institutionalised elderly patients and pharmacists' interventions to improve safety and effectiveness of medicines. Drugs Real World Outcomes 2016;3:89-97.
- What is a medication error?. National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Preventing 2016. <http://www.nccmerp.org/about-medication-errors>. Erişim Tarihi: 11.04.2016.

32. Pittet D, Donaldson L. Clean care is safer care: a worldwide priority. World Health Organization Lancet; 2006;366: 1246-1247.
33. Akdemir N, Bostanođlu H, Yurtsever S, Kutlutürkan S, Kapucu S, Özer ZC, Yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik evde bakım hizmet gereksinimleri. Dicle Tıp Dergisi, 2011;38(1):57-65.
34. Centers for Disease Control. Older adult falls 2016. Erişim Adresi: <http://www.cdc.gov/HomeandRecreationalSafety/Falls/adultfalls.html>. Erişim Tarihi: 20.03.2016.
35. Berland A, Gundersen D, Bentsen SB. Patient safety and falls: a qualitative study of home care nurses in Norway. Nursing and Health Sciences 2012;14: 452-457.
36. Bulut S, Türk G, Şahbaz M. Hemşirelerin hasta düşmelerini önlemeye yönelik uygulamalarının belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2013;16(3):163-169.
37. Dikmen YD, Yorgun S, Yeşilçam N. Hemşirelerin tıbbi hatalara eğilimlerinin belirlenmesi. Hacettepe üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2014;1(1):44-56
38. Kara M, Aşti T. Kronik obstrüktif akciğer hastalığının evde bakımı. Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi 2002;34:75-81.

<http://edergi.cbu.edu.tr/ojs/index.php/cbusbed> isimli yazarın CBU-SBED başlıklı eseri bu Creative Commons Atıntı-Gayriticari 4.0 Uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.



DERLEME

CBU-SBED, 2016, 3(2):431-435

Amyotrofik Lateral Skleroz Hastalığı ve Aile Hekiminin Rolü

Fatih Özcan¹, Alper Kaya², Muhteşem Erol Yayla³

Yayınlanma: 30.09.2016

¹Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı²ALS MNH Derneği³Sağlık Bakanlığı Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Bakım Birimi

*Sorumlu yazar: fatihozcan, E-mail: fatihozcan41@gmail.com

Özet

Amyotrofik Lateral Skleroz (ALS) beyin ve spinal kordun üst ve alt motor nöronlarında dejenerasyonla karakterize ilerleyici bir hastalıktır. Hastalığın % 90-95'i tesadüfi (sporadik), % 3-10'u ailesel (familyal) olarak ortaya çıkar. Klinik bulgular genellikle 50- 60 yaşlarında başlar. Ailesel olgularda hastalık başlangıç yaşı daha erkendir. İnsidans 100 binde 1-2, prevalans ise 100 binde 3-8 civarındadır. Hastalığın ortaya çıkmasında genetik nedenler, glutamat eksitotoksitesisi, viral enfeksiyonlar, otoimmün olaylar, kurşun, civa ve alüminyum gibi ağır metal intoksikasyonlarının rol oynadığı ileri sürülmüştür. Hastalık, merkez sinir sisteminde, omurilik ve beyin sapında motor hücrelerin (nöronlar) kaybına bağlı olarak ortaya çıkar. Hastalığın tanısı, hastadan alınan ayrıntılı öykü ve hastanın fizik muayene bulgularına dayanılarak konulur. Elektronöromiyografik (EMG) incelemeler gibi laboratuvar testleri tanının desteklenmesinde yardımcıdır. Bunun yanı sıra bazı kan testleri, beyin ve omuriliğin magnetik rezonans (MR) görüntülemesi de ayırıcı tanıda başvurulan diğer incelemelerdir. ALS hastalığı, nörodejeneratif, ilerleyici bir hastalıktır. Hastalığın ilerleyen dönemlerinde hastalar motor fonksiyonlarını kaybeder. İlerleyici kas güçsüzlüğü nedeniyle konuşma, yutma, el hareketleri, yürüme gibi fiziksel yeteneklerini kaybeden hastalar, çevreleriyle iletişim kurmakta giderek güçlük çekerler. Motor nöron hastalığında hastalığı tamamen iyileştirecek tedavi şu an için mümkün değildir. Aile Hekimliği, akademik ve bilimsel bir disiplin olup aynı zamanda kendine özgü klinik çalışma alanı bulunan, kanıta dayalı, araştırma ve eğitim içeriği olan, birinci basamak odaklı klinik bir uzmanlık dalıdır. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen aile hekimliği sistemi içinde de, evde takibi zorunlu olan engelli ve yatağa bağımlı hastalara belli periyodlarla aile hekimleri tarafından koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini bir ekip anlayışı içinde sunacağı tanımlanmıştır. Bu hastaların aile hekimleri tarafından takiplerinde, evde sağlık hizmetleri birimi ile işbirliği önem taşımaktadır.

Ahtar Kelimeler: Amyotrofik Lateral Skleroz, ALS, Motor Nöron Hastalığı, MNH, aile hekimliği, evde bakım, nörodejeneratif hastalıklar

Abstract

Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS) is a progressive disease characterized with degeneration of upper and lower motor neurons of brain and medulla spinalis. Disease emerges 90-95 % sporadically and 3-10 % hereditary. Clinical findings usually present at 50 to 60 years of age. In familial cases disease presentation is earlier. Incidence rate is 1-2/100.000 and prevalence rate is 3-8/100.000. Genetic causes, glutamate intoxication, viral infections, autoimmune events, heavy metal intoxications like lead, mercury and aluminum were stated as etiology of the disease. Disease emerges with the loss of motor neurons in central nervous system, medulla spinalis and brain stem. Diagnosis is maintained by detailed story and medical examination findings. Laboratory examinations like EMG are supportive of diagnosis. Several blood tests, magnetic resonance imaging (MRI) of brain and medulla spinalis are other supportive tests of diagnosis. ALS disease is a progressive neurodegenerative disease. In the advancing stages of disease, patients loose motor functions. Patients losing function of talking, swallowing, hand moving, walking as a cause of progressive muscle failure, communication with others becomes harder. Curative treatment of motor neuron disease is not currently available. Family medicine is an academic and scientific discipline, with its own educational content, research, evidence base and clinical activity, and a clinical specialty orientated to primary care. In our country, family medicine practice implemented by Ministry of health defines a team based approach consists of prevention, treatment and rehabilitation home care service, practiced by family medicine physicians to handicapped, bedridden patients periodically. During follow-ups of those patients by family medicine physicians, collaboration with home care services is essential.

Keywords: Amyotrophic Lateral Sclerosis, ALS, Motor Neuron Disease, MNH, Family Practice, Home Care Services, Neurodegenerative Diseases

Bu makalede, Amyotrofik Lateral Skleroz (ALS) hastalığının ne olduğu, bu hastalığa yakalananların yaşamlarının nasıl etkilendiği, tanı öncesinde ve sonrasında aile hekiminin rolü tanımlanmaya çalışılmıştır. Evren yaşlandıkça, nörodejeneratif hastalıkların sıklığı durmaksızın artmaktadır (1).

ALS ilk kez 1869 yılında, alanında öncü bir nörolog olan Fransız Jean-Martin Charcot tarafından tanımlanmıştır. Bu nedenle, hastalık ilk zamanlar Charcot Hastalığı olarak adlandırılmıştır (2).

ALS, beyin ve spinal kordun üst ve alt motor nöronlarında dejenerasyonla karakterize ilerleyici bir hastalıktır. Lou Gehrig Hastalığı diye de anılmıştır (3,4).

Hastalığın % 90-95'i tesadüfi (sporadik), % 3-10'u ailesel (familyal) olarak ortaya çıkar. Klinik bulgular genellikle 50- 60 yaşlarında başlar. Ailesel olgularda hastalık başlangıç yaşı daha erkendir. Erkeklerde görülme sıklığı, kadınlara göre % 20-30 daha fazladır. İnsidans 100 binde 1-2, prevalans ise 100 binde 3-8 civarındadır. Hastalığın ortaya çıkmasında genetik nedenler, glutamat eksitotoksitesisi, viral enfeksiyonlar, otoimmün reaksiyonlar, kurşun, civa ve alüminyum gibi ağır metal intoksikasyonlarının rol oynadığı ileri sürülmüştür (1). Ailesel olguların % 20'sinde, sporadik olguların ise % 1-5'inde 21. kromozom üzerindeki Cu-Zn, Superoksit Dismutaz (SOD1) enziminin kodlandığı gen üzerinde mutasyon bulunmaktadır (5,6).

Hastalık, merkezi sinir sisteminde, omurilik ve beyin sapında motor sinir hücrelerinin kaybına bağlı olarak ortaya çıkar. Üst motor nöron tutulmuş sonucunu (ekstremitelerde katılık, hiperrefleksi, emosyonel labilite) ve alt motor nöron tutulmuş sonucunu (kol ve bacaklarda asimetrik güçsüzlük, kaslarda erime, kramplar, kaslarda seğirme, yorulma, konuşma ve yutma güçlüğü) oluşan bulguların çeşitli birleşimleri klinik tabloyu belirlemektedir. Tanı; iyi alınmış hasta öyküsü ve fizik muayene bulgularına dayanılarak konulur. Sinir ve kasların fonksiyonlarının değerlendirildiği elektronöromiyografik (EMG) incelemeler gibi laboratuvar testleri tanının desteklenmesinde yardımcıdır. Bunun yanı sıra bazı kan testleri, beyin ve omuriliğin magnetik rezonans (MR) görüntüleme çalışmaları, yapılan diğer testlerdir. Ayrıca gerektiğinde beyin omurilik sıvı incelemesi, genetik çalışmalar ve kas biyopsisi yapılabilir. Motor nöron hastalığında hastalığı tamamen iyileştirecek tedavi şu an için mevcut değildir. Semptomatik ve destekleyici tedavi hastaların yaşam kalitesini ve yaşam süresini artırmaya yardım eder (5). Hastalığın prognozu iyi değildir. Tanı konulduktan 2-5 yıl sonra hastalar bir şekilde yaşamlarını yitirmektedirler (7,8). Uykusuzluk bu hastalarda sıkça karşılaşılan yakınmalardan biridir. Hastaların yatak konforu sağlanmalıdır. Antidepresan veya hipnotikler, solunum fonksiyonlarına dikkat edilerek verilebilir.

Hastalık zaman içerisinde giderek kötüleşir, hastalar klinik bulguların başlangıcından birkaç yıl sonra solunum yetmezliği, araya giren enfeksiyonlara bağlı olarak kaybedilebilirler. Fakat hastaların % 10'u 10 yıl ve daha uzun süre yaşayabilirler. Bunun en güzel örneği 1960'lı yılların başında ALS'a yakalanan ve bugün yaşayan ünlü evrenbilimcisi Stephen Hawking'dir (9). Günümüzde, hastalığın tedavisinde Amerikan Gıda ve İlaç Dairesinin (FDA) onay verdiği antigitamat bir ajan olan Riluzol (Rilutek 50 mg tablet 2x1) 100 mg/gün kullanılmaktadır (10). Halen ALS hastalarında tedavi amaçlı kullanımı kabul edilmiş tek ilaç olan Riluzol, Türkiye'de de mevcut olup Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından ödenmektedir. Ancak bu ilacın etkisi de tartışmalıdır. Bu ilacın, hastalığın ilerlemesini yavaşlattığı iddia edilmesine rağmen Riluzol'u düzenli olarak almış olan bazı hastalarda hastalığın ilerlemesinin durmadığı ve prognozun kötüleşmesini engelleyemediği de görülmüştür.

ALS hastalığı, nörodejeneratif, ilerleyici bir hastalıktır. Hastalığın ilerleyen dönemlerinde hastalar motor fonksiyonlarını kaybeder. İlerleyici kas güçsüzlüğü nedeniyle konuşma, yutma, el hareketleri, yürüme gibi fiziksel yeteneklerini yitiren hastalar ile iletişim kurmak giderek zorlaşmaktadır. ALS hastalarının % 10 kadarında ALS ile birlikte demans görülmektedir. Hastaların % 90'ında bilişsel bozukluk görülmez. Bu açıdan bakıldığında hastaların çoğunluğu, akli melekeye sahip ve oryantasyonu tamdır (5).

Hastalık ilerlediği evrelerde, ALS hastalarının, % 52'si gece yataкта dönememekte, % 57'si çatal bıçak kullanamamakta, % 59'u kendisi yatıp kalkamamakta, % 66'sı kendisi giyinmemekte, kişisel bakım ve

temizliğini yapamamakta, % 80-95'i konuşarak iletişim kuramamaktadır (11). Amyotrofik lateral skleroz (ALS)'un ilerleyişini durdurabilmek ve mümkünse işlev kaybını geri döndürebilmek için üzerinde çalışılan tedavi metodlarından biri de kök hücre uygulamasıdır. Deneysel motor nöron hastalığı modellerinde bugüne kadar farklı metodlarla kök hücre uygulanmış; olumlu veya olumsuz olma üzere birbirinden farklı sonuçlar elde edilmiştir. ALS'li hastalara kök hücre uygulaması ile ilgili, uluslararası indekslere giren dergilerde yayımlanmış az sayıdaki insan çalışmalarının sonuçları ya olumsuz ya da metodolojik olarak ciddi eksiklikleri bulunan çalışmalardır. ALS hastalığında kök hücre uygulamasının tedavi edici etkisi olup olmadığının insanda araştırılabilmesi için gerekli ve yeterli laboratuvar veya klinik veri bugün için mevcut değildir (12). ALS-MNH Derneği tarafından yürütülen "Yaşamak yetmez yaşatmak lazım" projesinde 2014 yılında elde edilen verilere göre, Türkiye'deki hastaların % 82,6'sı iletişim olanaklarından yoksundur. Hastaların % 82,3'ü ileri teknoloji araçlarından mahrumdur. Hastaların sadece % 14'ü ileri teknoloji kullanarak iletişim kurabilmektedir (7). Fasiyal sinir tutulumu nedeniyle, yüz ifadesi ve kaş hareketleri, IX, XII. kranial sinirlerin tutulumu nedeniyle konuşma, yutma, trigeminal sinir tutulumu nedeniyle de çiğneme fonksiyonu kaybedilmektedir. Hastaların % 5 kadarında Locked-in sendromu görülmektedir. Optik sinir ve III, IV, VI. kranial sinirler, ekstraoküler kaslar genellikle sağlam kalmaktadır.

ALS hastalarında iletişime engel olan nörolojik nedenler genellikle hastalığın başlangıç türüne göre değişebilmektedir. Bulber belirtilerle başlayan ALS hastalarında konuşma, yutma ve solunum güçlüğü erken dönemde ortaya çıkmaktadır. Bu hastalarda el becerileri daha sonra bozulmaktadır. Spinal tutulumlu (limb tipi) başlayan ALS hastalarında el becerileri, yürüme gibi yetenekler erken dönemde kaybedilmekte buna karşılık konuşma, yutma, solunum güçlüğü gibi bozukluklar daha geç dönemde ortaya çıkmaktadır. Hastalığın ilerleyici olması nedeniyle hastalığın ileri safhasında, ALS hastalarının % 80-95'i konuşarak iletişim kuramamaktadır (7).

Yardımcı teknoloji (Assistive Technology); Engelli bireylerin engeli nedeniyle zorlandıkları veya yapamadıkları işlevleri yapabilmelerine imkan veren her türlü teknolojidir.

Augmentative Alternative Communication (AAC); Konuşma yeteneğini kaybeden bireylerde istekler, gereksinimler, düşünceler ve fikirlerini anlatabilecekleri her türlü iletişim biçimidir. American Speech-language and hearing Association tanımlamasına göre AAC, bir klinik araştırma ve eğitim alanıdır. Geçici / kalıcı nörolojik hasar, hareket kısıtlılığı, sosyal hayata katılım kısıtlılığı, konuşma ve lisan problemleri, işitsel kavrama, yazılı ve sözlü iletişim konularında çalışır (13,14). Giderek tüm aktif işlevlerini yitiren bu hastalar için dış dünyayla iletişim büyük önem taşımaktadır. Ancak bu alandaki yardımcı teknolojiler pahalı ürünler olup, çoğu hastanın alım gücünü aşmaktadır. O nedenle, bu

yardımcı iletişim teknolojilerinin bu hastalarca temin edilmesinde Sağlık Bakanlığı'nın ve Sosyal Güvenlik Kurumu'nun desteğine ihtiyaç vardır. Çünkü, çevresiyle iletişiminin bir şekilde devam etmesi, bilgisayar ve interneti kullanabilmesi ALS hastası için yaşamsal önem taşımaktadır. Yatağa bağımlı bile olsa, iletişim araçlarını (destekleyici cihazlarla da olsa) kullanabilen hastalar, daha iyi ruhsal duruma sahip olmakta böylece yaşama bağlılıkları artmaktadır.

Hastalığın ileri aşamalarında, başta diyafram olmak üzere solunum kaslarının tutulumu hastayı solunum sıkıntısına sokmakta, hasta hava açlığı hissetmektedir. Gündüz ve geceleri yatarken, sık sık pozisyonunun değiştirilmesini istemekte, hava açlığının bu şekilde düzeleceğini sanmaktadır. Bu durum, hastanın solunum probleminin ilerlediğini, trakeotomiye ve bap'a ihtiyacı olduğunu göstermektedir. Bunun için hastanın, ALS'li hastalara müdahale konusunda yetkin bir Göğüs Hastalıkları ya da Nöroloji Kliniğine yatırılması gerekmektedir. Genel durumuna göre bu aşamadaki ALS hastası, Yoğun Bakım Ünitesine de alınabilir. Hastada denenecek cihazlar, onun için en uygun modelin seçilmesini kolaylaştıracaktır. Bu arada, çiğneme ve yutma kaslarının tutulumu nedeniyle, bu hastaların oral beslenmesi bozulmuştur. Belirgin kilo kaybı olabilmektedir. 6 ayda vücut ağırlığının % 25-30'unu kaybeden hastalar görülebilir. ALS hastalarında beslenme bozukluğu başladığında genel durumu değerlendirilmeli, PEG (Perkütan Entero-gastrostomi) uygulanmalı, karın cildinden mideye uzanan bu plastik hortum vasıtasıyla (bu hastalar için hazırlanan ve piyasada bulunan) beslenme solüsyonları verilmelidir. Bu konuda Gastroenteroloji uzmanları ile gereken konsültasyonlar yapılmalı, Nöroloji uzmanı ve Diyetisyenlerle işbirliği içinde hareket etmelidir. PEG hortumlarının bakımı ve temizliği önemlidir. 6-12 ayda bir bu hortumlar uygun tıbbi koşullar altında değiştirilmelidir.

Aile hekiminin rolü

Aile Hekimliği ya da genel pratisyenlik; akademik ve bilimsel bir disiplin olup aynı zamanda kendine özgü klinik çalışma alanı bulunan, kanıta dayalı, araştırma ve eğitim içeriği olan, birinci basamak odaklı klinik bir uzmanlık dalıdır (15). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen aile hekimliği sistemi içinde yatağa bağımlı hastaların aile hekimleri tarafından takipleri, tedavileri ve evde ziyaretleri de görevleri içinde tanımlanmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde; aile hekimleri de "kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini bir ekip anlayışı içinde sunar" denilmektedir. Yine aynı yönetmeliğin (g) bendinde; evde takibi zorunlu olan engelli, yaşlı, yatağa bağımlı ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında aile hekimleri tarafından kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi de yer almaktadır (16).

Hastalık, % 3-10 gibi çok az ailesel geçiş gösterse de hastalıktan korumak için aile hekimi hastalarının aile öyküsüne, tıbbi kayıtlarında detaylı yer vermelidir. Bu şekilde hastanın ilk bulgularında erken tanıya varabilme şansı, düşük de olsa aile hekiminin katkısıyla mümkün olabilir. Hastaların, kas iskelet sistemlerinde alışık olmadıkları olumsuz durumların ALS'nin habercisi olabileceği akılda tutulmalıdır. Örneğin; yürürken, daha önceleri olmadığı şekilde kişinin ayağının takılması ve buna bağlı olarak dengesinin bozulması, ya da eliyle daha önce kolaylıkla yapabildiği kas gücü gerektiren bir eylemi yapamaması; bir kavanozun kapağını açamaması gibi, istemsiz konuşma bozukluklarının olması ya da geceleri uykuda zaman zaman alt ekstremitelerde seyirmelerin (fasikülasyonlar) görülmesi gibi belirtiler, hastalığın başlangıç semptomlarıdır. Hastalığın gelişimi, prognozu ve seyrine yönelik tıbbi bilgileri aile hekimi iyi bilmek zorundadır. Bu bilgiler hastasıyla mevcut ve gelecekte iletişimini, tersiyer koruma önlemlerinde, tedavisinde, iyi bir iletişimin kurulduğu hastalarda da aile hekiminin hastayı savunuculuğunda hekime yardımcı olacaktır. Özellikle nörolog ve aile hekiminin koordineli bakımı ile tedavi seçenekleri, uzun ömürlü tedavi ekipmanlarının sağlanması kararlaştırılmalıdır (17). Bu koordinasyon genellikle hasta için çok geç olduğunda sağlanmaktadır. Bu nedenle erken bakım hizmeti verilmeye başlanmalıdır (18). Hastalar kadar, hastalara bakım verenlerle de ilgilenilmelidir. Bakım verenlerin de yaşam kaliteleri sorgulanmalı, gerekli ruhsal önlemler alınmalıdır (4). Çünkü ALS hastalarının günlük bakımı için gereken işlemler hiç de azımsanmayacak sayı ve çeşitlilikte olduğu için bu hastaların refakatçileri bir süre sonra psikolojik açıdan olumsuz süreçler yaşayabilmektedir. Bir ALS hastasının günlük bakımında yapılan işlemler Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. ALS Hastasının İleri Dönemdeki Günlük Bakım İşlemleri

●Ağız aspirasyon (ağız tükürük temizlik) 1-2 dk 80-120 kez/ gün
●Trakea Aspirasyon 5-7 dakika 3-12 kez / gün
●Trakea Bakımı 10 dakika 1 kez/ gün
●PEG Yara Bakımı 10 dakika 1 kez / gün
●PEG Tüp bakım 2 dakika 1 kez / gün
●Egzersiz 20 dakika 1 kez/ gün
●Nemlendirici: Su yeniden dolun 2 dakika 10 kez/ gün
●Trake tüp cuff indirme-şişirme 5 dakika 1 / gün
●Göz bakımı 2 dakika 5 kez/ gün
●Kateter mount fazla su temizliği 1 dk 10 / gün
●Alt bezi, idrar torbası değiştirmek 10 dakika 7 kez / gün
●Sürgü yerleştirme ve temizlik 10-45 dk 5 / gün
●Ağız Bakımı 5 dakika 3 / gün
●Aspiratör haznesi temizleme 10 dk 3 / gün
●Ventilatör & Oksijen makinesi filtreleri 5 dakika 1 / gün
●Oksijen makinesi suyu 5 dakika 1 / gün
●Saç temizliği, fırçalama, yüz yıkama 30 dakika 1 / gün
●Vücut temizliği sünger 45 dakika günasırı
●Saç yıkama 60 dakika 1/10 gün
●Trake Tüp Değişim 10 dakika 1 / 3-4 hafta
●Sirt, kalça bakım / Yan döndürme 45 dakikada bir dönmü 1-2 / gün
●Nemlendirici su haznesi, valf bakım 20 dakika 1 / hafta
●Ventilatör hortum Sterilizasyon / temizlik 60 dakika 1 / ay

Hastaneler akut tıbbi bakım için altın standart olsa da, bir çok hasta için ideal bakım merkezi değildir. Hastaların hastane koşullarında tedavi edilmesi, maliyeti yüksek ve enfeksiyonlara açık bir bakımdır. Hastanelerde özellikle

yaşlı popülasyonda olmak üzere nazokomiyal enfeksiyonlar, bası yaraları, düşmeler, deliryum gibi iyatrojenik olaylar sık görülür. Bu nedenle kronik bakım için daha ideal olarak evde bakımın yapılabileceği düşünülmüştür. Evde bakım hizmetleri ülkeler arasında oldukça farklılıklar içermektedir. Bazılarında, mekanik solunum, yoğun bakım, intravenöz tedavi gibi yüksek düzeyli tıbbi müdahale yapılmaktadır (11). Ancak ALS hastalarının ileri düzeyde evde bakım ihtiyacına (özellikle yeti yitimi gelişimi sonrası) henüz ülkemiz koşullarında tam anlamıyla yanıt bulunamamaktadır. Kullanımı zorunlu tıbbi cihazlar ve bu hastaların bakımında gereken tıbbi sarf malzemeleri SGK tarafından temin edilse de uygulamada ciddi sorunlar devam etmektedir. Örneğin; vefat eden ALS hastalarının bbap solunum cihazları, bakımları yaptırıldıktan sonra yeniden kullanılmak üzere başka bir ALS hastasına verilebilmektedir. Bu ev tipi solunum cihazlarının arıza yapmaksızın mümkün olduğunca en uzun süreyle çalışması ALS hastaları için hayati öneme sahiptir. Tablo 1’de sıralanmış olan ALS hastalarının günlük bakımlarında kullanılan malzemelerin bazılarının, hasta konforuna uygun ve daha kaliteli olan modelleri ne yazık ki SGK tarafından ödenmemekte, bu ürünlerin satın alınabilmesi için hastalar, yüksek farklar ödemek zorunda kalmaktadırlar. Hastanın yaşamını devam ettirebilmesi için gereken uygun ve zorunlu bakımın kaliteli bir düzeyde sürdürülmesi, özellikle akciğer enfeksiyonlarından korunması büyük önem taşımaktadır. Bütün bu bakım işlemlerinin gerçekleştirilmesi önemli ekonomik maliyetlere neden olmakta, çoğu zaman hasta ve ailesinin bütçesini aşmaktadır. O nedenle, bu hastaların bakım ve tedavi süreçlerinde yaşamsal önem arz eden kamusal desteğin kapsamı genişletilmeli ve artırılmalıdır.

Hastanın genel iyilik halini ayrıntılı bir şekilde anlayabilmek için "Yaşam kalitesi" nin değerlendirilmesi giderek daha da önem kazanmaktadır (19). Tıbbi olanakların etkili ve verimli kullanılarak, ülkemizde evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesine ihtiyaç vardır. Bu koşullar şu an için sağlanamıyor olsa bile, aile hekiminin küçük girişimler ya da ilaçların düzenlenmesi için bile yardımcı olabilmesi, hastanın hastane enfeksiyon ajanlarına maruziyet riskini azaltacak, ayrıca maliyet etkin olacaktır. Sürekli hareketsiz kalan bu hastalar için önemli risklerden birisi de bası yaralarıdır. Bu yaraların tedavisinde ve yeniden oluşmasının önlenmesinde, hastaya bakım verenlerin eğitilmesinde aile hekimi, üzerine düşen tıbbi sorumlulukları yerine getirmelidir.

Bu hastaların başka bir sorunu da, ALS hastalarının birçoğunun bu hastalığa yakalandığında halen aktif çalışma hayatı içinde olmalarıdır. Daha önce böyle bir hastalık hakkında bilgisi olmayan, hastalığın gidişatı konusunda öngörüsü bulunmayan ALS hastalarının bedensel olarak ne zaman çalışamayacak duruma gelebileceklerini kestirmesi zordur. Bu aşamada, aile hekimi, ALS tanısı almış hastasını izlemeli, hastalık ileri safhaya gelmeden malulen emekli olması konusunda yerine göre yönlendirici olmalıdır. Şüphesiz bu ve

benzer konularda yine de son karar ALS hastalarına aittir.

Günümüzde kronik hastalığı ve engelliliği olan insanların en büyük zorluğu, toplumca pozitif veya negatif ayrımcılığa maruz kalmalarıdır. ALS hastalarında yeti yitimi gelişse bile bir süre daha yaşam mümkündür. Bu ayrımcılık, kişinin benlik saygısını yitirmesine neden olarak, kalan yaşamında yaşam kalitesini oldukça kötü etkileyebilmektedir. İnsanların hastalara “yarım insanmış” ya da “yarım ölecekmiş” gibi bakmaları, kişinin yeti yitimi gerçekleşse bile, psikolojik olarak zarar görmesine neden olmaktadır. Aile Hekiminin toplumsal yapıyı tümden değiştirmesine imkanı olmasa da, ALS hastasının ailesini bu konuda eğitmesi ya da bireysel değişimlerine öncülük etmesi, hastanın ruhsal durumuna büyük katkı sağlayacaktır.

Kaynaklar

1. Hastings MH and Goedert M. Circadian clocks and neurodegenerative diseases: time to aggregate? Curr Opin Neurobiol. 2013; 23(5): 880–887.

2. <https://www.als.org.tr/als-mnh-nedir-1> internet adresine 16.09.2016 tarihinde erişilmiştir.
3. Kinsley L and Siddique T. Amyotrophic Lateral Sclerosis Overview. Pubmed. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1450/> internet adresine 26/05/2016 tarihinde erişim sağlanmıştır.
4. Valadi N. Evaluation and management of amyotrophic lateral sclerosis. Prim Care. 2015; 42(2):177-87.
5. Kamel F, Umbach DM, Stallone L, Richards M, Hu H, Sandler DP. Association of Lead Exposure with Survival in Amyotrophic Lateral Sclerosis. Environmental Health Perspectives. 2008; 16(7): 943-47.
6. Fidler JA, Treleaven CM, Frakes A. Disease progression in a mouse model of amyotrophic lateral sclerosis: the influence of chronic stress and corticosterone. The FASEB Journal. 2011; 25: 4369-77.
7. Özoğuz A, Uyan Ö, Birdal G ve ark. The distinct genetic pattern of ALS in Turkey and novel mutations. Neurobiology of Aging. 2015; 36: 1764e9-1764e18.
8. Miller RG, Faan MD, Jackson CE et al. Practice Parameter update: The care of the patient with amyotrophic lateral sclerosis: Multidisciplinary care, symptom management, and cognitive/behavioral impairment (an evidence-based review). Neurology. 2009; 73(15): 1227-33.
9. Türk Nöroloji Derneği'nin <http://www.noroloji.org.tr/> internet adresinden 27.08.2016 tarihinde erişim sağlanmıştır.
10. Miller RG, Faan MD, Jackson CE et al. Practice Parameter update: The care of the patient with amyotrophic lateral sclerosis: Drug, nutritional, and respiratory therapies (an evidence-based review). Neurology. 2009; 73(15): 1218-26.
11. Kaya A, Dik A, Tülek Z ve ark. Amyotrofik Lateral Sklerozlu (Als) Hastalara Evde Bakım Projesi: "Yaşamak Yetmez, Yaşamak Da Lazım". Antalya. 2015. Ulusal Nöroloji Kongresi.
12. Şener HÖ, Parman Y, Şengün İ, Koç F, Oflazer P. Stem Cell Applications in Amyotrophic Lateral Sclerosis. Turk J Neurol. 2009; 15(3): 105-108.
13. Beukelman DR, Fager S, Ball L, Dietz A. AAC for Adults with Acquired Neurological Conditions: A Review. 207, Augmentative and Alternative Communication, September 2007; 23 (3): 230-42.
14. Beukelman D, Fager S, Nordness A. Communication Support for People with ALS. 2011, Neurology Research International. 2011; Article ID 714693, doi:10.1155/2011/714693.
15. <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf> internet adresine 25.08.2016 tarihinde erişilmiştir.
16. Resmi Gazete Tarihi: 25.01.2013 Resmi Gazete Sayısı: 28539 Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu web sayfasından <http://ailehekimligi.gov.tr/genel-mevzuat/yoenetmelikler/4058-aile-hekimlii-uygulama-yoenetmelii.html> internet adresinden 01.09.2016 tarihinde erişilmiştir.
17. Yayla ME. Evde Bakım Hizmetlerinin Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) ile İlişkisi. Ed. İlhami Ünlüoğlu, Esra Saatçi. Aile Hekimliğinde Evde Bakım. Birinci baskı. İstanbul: Akademi Yayınevi, 2015; 45-54.
18. Krivickas LS, Shockley L, Mitsumoto H. Home care of patients with amyotrophic lateral sclerosis (ALS). J Neurol Sci. 1997; Oct;152 Suppl 1: S82-9.
19. Rousseau MC, Baumstarck K, Billette de Villemeur T, Auquier P. Evaluation of quality of life in individuals with severe chronic motor disability: A major challenge. Intractable Rare Dis Res. 2016; 5(2): 83-9.

<http://edergi.cbu.edu.tr/ojs/index.php/cbusbed> isimli yazarın CBU-SBED başlıklı eseri bu Creative Commons Alıntı-Gayriticari 4.0 Uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.

