



PROSTAT KANSERİNDE AKTİF İZLEM KARARI; BİYOPSİ GLEASON SKORU NE KADAR GÜVENLİ?

ACTIVE FOLLOW-UP DECISION IN PROSTATE CANCER; HOW SAFE IS THE BIOPSY GLEASON SCORE?

Cenk Murat YAZICI, Polat TÜRKER, Mehmet Fatih ŞAHİN, Rıdvan ÖZCAN

Namık Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji ABD, Tekirdağ, Türkiye

Öz

Amaç: Prostat spesifik antijenin tanımlanmasından sonra insidental prostat kanseri oranı yükselmiş ve hastalar gereksiz tedavilere maruz kalabilmişlerdir. İnsidental prostat kanseri olan hastalarda herhangi bir tedavi uygulanmadan yakın izlem kılavuzlarına girilmiş ve hastalara uygulanmaya başlamıştır. Ancak transrektal ultrasonografi eşliğinde biyopsi patolojilerindeki veriler ile radikal prostatektomi spesimen patolojilerindeki verilerin uyumsuzluğu, küratif tedavi ihtiyacı olabilecek hastalara riske atmaktadır. Bu çalışmada; radikal prostatektomi spesimenlerindeki Gleason skorları ile TRUS-bx Gleason skorlarının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Materyal – Metot: Mart 2011 ile Haziran 2016 tarihleri arasında, kliniğimizde radikal prostatektomi cerrahisi geçirmiş hastaların verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların transrektal ultrasonografi eşliğinde biyopsi öncesi PSA değerleri, biyopsi kor sayıları, kanser pozitif biyopsi kor sayıları, biyopsideki kanser yüzdeleri ve Gleason skorları tespit edilerek, radikal prostatektomi sonrası Gleason skorları, doku kanser oranları, cerrahi sınırlar ve patolojik evre ile karşılaştırıldı.

Bulgular: Toplam 44 hastanın verileri değerlendirildi. Transrektal ultrasonografi eşliğinde biyopsi patolojisinde Gleason skoru <7 olan hastaların 11'inde(%44), prostat spesimen patolojisi Gleason skoru da <7 olarak tespit edildi. Transrektal ultrasonografi eşliğinde biyopsi patolojisinde Gleason skoru 7 olan hastaların 8'inde (%61,5) prostat spesimen patoloji Gleason skoru 7 olarak tespit edildi. Trus-bx patolojisinde Gleason skoru >7 olan hastaların 1'inde (%16,6) prostat spesimen Gleason skoru >7 olarak tespit edildi

Sonuç: Transrektal ultrasonografi eşliğinde biyopsi patolojilerinde bildirilen Gleason skorları ile radikal prostatektomi Gleason skorları arasında fark olabilmekte, bu fark özellikle biyopsi Gleason skoru <7 olan hastalarda daha belirginleşebilmektedir. Aktif izlemin hedefi olan bu hasta grubunda, patolojilerin bildirdiği Gleason skorlarının güvenilirliği tartışmalı olup, diğer değişkenler (kor-tümör oranı, tümör kor sayısı, PSA) dikkate alınarak karar verilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Prostat kanseri, transrektal ultrasonografi, biyopsi, gleason, aktif izlem

Abstract

Aim: With the invention of prostate specific antigen, incidental prostate cancer rates increased significantly and the patients had to be exposed to unnecessary treatments. For those patients with incidental prostate cancer, active surveillance was introduced in the guidelines and has been applied to the patients. But, the pathological mismatch between the transrectal ultrasonography guided biopsy and the radical prostatectomy specimens may risk the patients who need curative treatment. In this study, we aimed to compare the Gleason scores between radical prostatectomy specimens and transrectal ultrasonography guided biopsy.

Material-Methods: The data of the patients, who had radical prostatectomy in our clinic between March 2011 and June 2016, had been retrospectively evaluated. The PSA value before transrectal ultrasonography guided biopsy, biopsy core numbers, cancer positive biopsy core numbers, cancer percentage and Gleason scores at biopsy have been noted, and compared with the Gleason score after radical prostatectomy, tissue cancer ratio in prostatectomy specimen, surgical margins and pathologic stage.

Results: The data of 44 patients were evaluated. The Gleason score was <7 at 11 (44%) patients in both transrectal ultrasonography guided biopsy and radical prostatectomy. The Gleason score was 7 at 8 (61,5%) patients in both transrectal ultrasonography guided biopsy and radical prostatectomy and the Gleason score was >7 at 1 (16,6%) patient in both transrectal ultrasonography guided biopsy and radical prostatectomy

Conclusion: There are differences between transrectal ultrasonography guided biopsy Gleason scores and the radical prostatectomy Gleason scores. This differences especially are obvious in patients with Gleason score <7. The reliability of gleason scores reported by the pathologists might be questionable so, in order to decide active surveillance for patients, other variables (core-tumor ratio, tumor core number, PSA) must also be considered.

Key Words: Prostate cancer, transrectal ultrasonography, biopsy, gleason, active follow-up

Corresponding Author / Sorumlu Yazar:

Doç. Dr. Cenk Murat YAZICI
Namık Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji ABD,
Tekirdağ, Türkiye 59100.
E-posta: drcenk yazici@yahoo.com

Article History / Makale Geçmişi:

Date Received / Geliş Tarihi: 14.03.2017
Date Accepted / Kabul Tarihi: 18.08.2017

GİRİŞ

Prostat kanseri, Avrupa'da erkekler arasında en sık görülen kanser çeşidi olup, yüksek mortalite oranlarına sahip bir hastalıktır¹. Prostat spesifik antijenin (PSA) tanımlanmasından sonra prostat kanseri insidansı ciddi oranda artmış ve hastalar erken dönemde tanı alabilir hale gelmiştir. Bu durum, insidental prostat kanseri tanı oranlarını arttırmış ve hastaların gereksiz tedavilere maruz kalmasına neden olmuştur. "Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian Cancer Screening Trial" (PLCO) çalışmasında, radikal prostatektomi uygulanan hastaların büyük bir kısmının gereksiz cerrahiye alındığı gösterilmiştir. Avrupa ülkelerinde yapılan benzer bir çalışmada da radikal prostatektominin bir grup hasta için gereksiz olduğu sonucuna ulaşılmıştır^{2,3}.

Tüm bu veriler ışığında; erken evre, düşük risk grubunda olan hastaların, herhangi bir tedavi uygulanmadan yakın izlem ile takibe alınma fikri ön plana çıkmıştır. Buna göre, klinik lokal evre (cT1-cT2), PSA'sı <10ng/dl, biyopsi Gleason skoru <7 ve en fazla 2 korda %50'nin altında tümörü bulunan hastalar aktif takibe alınabilmektedir.(A4) Bu durum, prostat kanseri tanısında kullanılan transrektal ultrasonografi eşliğinde biyopsinin (TRUS-bx) hem alınma tekniği açısından, hem de patolojik değerlendirme açısından önemini ön plana çıkartmaktadır. Yanlış değerlendirilen TRUS-bx sonuçları, hastanın tedavisinde farklılık yaratabilmekte ve sonuç olarak hastayı riske atabilmektedir.

Bu çalışmada; birincil amaç olarak radikal prostatektomi spesimenlerindeki Gleason skorları ile TRUS-bx Gleason skorlarının

karşılaştırılması amaçlanmıştır. Çalışmamızda ikincil amaç olarak, TRUS-bx sonrası aktif takip kararı alınabilecek hastaların, prostat kanseri spesimenlerindeki patolojisi ile olan uyumunu ve gözlenen farkın olası tedavi değişikliği yaratıp yaratmadığını araştırmayı amaçladık.

MATERYAL VE METOD

Mart 2011 ile Haziran 2016 tarihleri arasında, kliniğimizde radikal prostatektomi cerrahisi geçirmiş 55 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların TRUS-bx öncesi PSA değerleri, biyopsi kor sayıları, kanser pozitif biyopsi kor sayıları, biyopsideki kanser yüzdeleri ve Gleason skorları tespit edildi. Biyopsi kor sayısı 10 kor altında olanlar, TRUS-bx öncesinde antiandrojen tedavi ve 5-alfa redüktaz inhibitörü kullanan hastalar çalışmadan çıkartıldı. Aynı hastaların radikal prostatektomi spesimenlerindeki patolojileri, Gleason skorları, doku kanser oranları, cerrahi sınırlar ve patolojik evreleri tespit edilerek, TRUS-bx sonuçlarıyla karşılaştırıldı. Transrektal ultrasonografi eşliğinde biyopsiyi inceleyen patoloğun, prostat kanseri spesimenlerini inceleyen patologdan farklı olup olmadığı değerlendirilerek bu farklılığın patolojik sonuçları etkileyip etkilemediği araştırıldı. Dış merkezden kliniğimize patoloji sonucuyla refere edilen hastaların, patoloji preparatları belirgin bir özellik arz etmediği sürece hastanemiz patoloğu tarafından değerlendirilmedi. Prostat kanseri patolojileri ve hastanemizde yapılan TRUS-bx patolojileri tek bir patolog tarafından değerlendirildi.

Çalışmada elde edilen veriler SPSS 20.0 istatistik programı kullanılarak değerlendirildi. Kantitatif değerler ortalama ve standart deviasyon ile belirtildi. Gruplar arasındaki

kantitatif değerlendirmede öncelikle dağılım Kolmogorov–Smirnov testi ile değerlendirildi ve istatistik analizi student T testi ile yapıldı.

SONUÇLAR

Çalışmada toplam 55 hastanın verileri değerlendirildi. Çalışmadan çıkarma kriterlerine uyan 11 hasta (biyopsi kor sayısının yetersizliği ve antiandrojen tedavi kullanımı) çalışmadan çıkartılarak toplam 44 hastanın verileri değerlendirmeye alındı. Hastaların yaş ortalaması 66,09±6,01 yılıdır. Hastaların biyopsi öncesi PSA ortalaması 8,42ng/dl olup 3,2ng/dl ile 46,0ng/dl arasında değişmekteydi. Hastaların 4'ünde(%9,1) PSA <4 ng/dl, 21'inde(%47,7) PSA 4-10 ng/dl ve 19'unda(%43,2) PSA >10 ng/dl olarak tespit edildi. Biyopsi ortalama kor sayısı 11,9±1,69 idi. Biyopsi alınan tüm hastalarda prostat adenokarsinom tespit edildi. Toplam Gleason skorları değerlendirildiğinde 25(%56,8) hastanın Gleason skoru <7, 13(%29,5) hastanın Gleason skoru 7 ve 6(%13,6) hastanın Gleason skoru >7 olarak tespit edildi. Hastaların birincil ve ikincil Gleason skorlarına göre dağılımı Tablo-1'de gösterilmiştir.

Çalışmaya dahil edilen hastaların tümü 2 uzman cerrah (PT,CY) tarafından opere edilmiştir. Prostat spesimenlerinin hepsinde patoloji raporu prostat adenokarsinom olarak bildirilmiştir. Hastaların 14'ünde(%31,8) Gleason skoru <7, 23'ünde(%52,2) Gleason skoru 7 ve 7'sinde(%15,9) Gleason skoru >7 olarak tespit edilmiştir. Hastaların birincil ve ikincil Gleason skorlarına göre dağılımı Tablo-1'de gösterilmiştir.

Tablo-1: Hastaların transrektal ultrasonografi eşliğinde biyopsi ve radikal prostatektomi spesimenlerindeki birincil ve ikincil gleason skorları.

		Radikal prostatektomi spesimeni									
Biyopsi skoru	2+2	2+3	3+2	3+3	3+4	4+3	4+4	4+5	5+4	5+5	
2+2	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	
2+3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
3+2	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	
3+3	-	-	2	7	4	5	1	3	-	-	
3+4	-	-	-	3	1	3	1	1	-	-	
4+3	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-	
4+4	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-	
4+5	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	
5+4	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	
5+5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

Transrektal ultrasonografi eşliğinde biyopsi patolojisinde Gleason skoru <7 olan hastaların 11'inde(%44), prostat spesimen patolojisi Gleason skoru da <7 olarak tespit edildi. Transrektal ultrasonografi eşliğinde biyopsi patolojisinde Gleason skoru 7 olan hastaların 8'inde (%61,5) prostat spesimen patoloji Gleason skoru 7 olarak tespit edildi. Trus-bx patolojisinde Gleason skoru >7 olan hastaların 1'inde (%16,6) prostat spesimen Gleason skoru >7 olarak tespit edildi. (Tablo 2)

Tablo-2: Hastaların transrektal ultrasonografi eşliğinde biyopsi ve radikal prostatektomi spesimenlerindeki toplam gleason skorları.

		Radikal prostatektomi spesimeni		
Biyopsi skoru	<7	7	>7	
<7	11	10	4	
7	3	8	2	
>7	-	5	1	

Serimizde toplam 16 hasta, aktif takip özelliklerine uymaktaydı. Bu hastaların Gleason skorları değerlendirildiğinde, radikal prostatektomi sonrasında 9'unun (%56,25) Gleason skorunun <7 kaldığı tespit edildi. Biyopsi sonrasında Gleason skoru <7 olan hastaların tümünde kanser/prostat oranının %30'un altında olduğu ve tüm hastaların lokal evre prostat kanseri olarak evrelendirildiği gösterildi. Biyopsi sırasında Gleason skoru <7

olmasına rağmen prostat spesimeninde Gleason skoru ≥ 7 tespit edilen hastaların ortalama PSA değeri $14,3 \pm 14,8$ ng/dl olarak tespit edilirken hem biyopside hem de prostat spesimeninde Gleason skoru < 7 olan hastaların PSA değeri $11,1 \pm 12,1$ ng/dl olarak tespit edildi. ($p=0,517$)

TARTIŞMA

Transrektal USG eşliğinde yapılan biyopsi patolojilerinde rapor edilen Gleason skorları ile radikal prostatektomi spesimenlerindeki Gleason skorları arasındaki uyumsuzluk birçok çalışmada gösterilmiştir⁴⁻⁶. Ancak, aktif izlemin güncel uygulamalarda yer almadığı dönemlerde bu bilgi, radikal prostatektomi öncesinde olası prognozun değerlendirilmesi açısından kullanılmış ve patolojiler arasındaki farklılıklar hasta takip protokolünde belirgin bir değişikliğe neden olmamıştır. Aktif izlemin çok daha ön plana çıktığı günümüzde, TRUS-bx patolojilerindeki Gleason skorları önem kazanmıştır. Elde edilen biyopsi verileri ile hastalar küratif tedaviye alınmadan, izlem protokolleri ile takip edilebilmektedir. Bu nedenle biyopsi patolojilerindeki verilerin gerçek değerlerden düşük olması, hastaların küratif tedaviye alınmaları açısından risk oluşturmaktadır. Özellikle Gleason skoru < 7 olan hastalarda pozitif biyopsi kor sayısı, kor tümör yüzdesi ve serum total PSA seviyeleri ile aktif izlem kararı alınmakta, bu durum Gleason skoru < 7 olan hastalarda doğru evrelemenin hayati önem taşımaya neden olmaktadır¹.

Çalışmamızda biyopsi patoloji Gleason skoru < 7 olan hastaların %56'sında, prostat spesimen Gleason skorları 7 ve üzeri olarak tespit edilmiştir. Bu bulgu, biyopsi Gleason skoruna göre aktif izlem protokolüne

alınabilecek hastaların yarısından fazlasının sadece Gleason skoru açısından yanlış değerlendirmeye alınacağını göstermektedir. Literatürde, biyopsi Gleason skoru < 7 olup radikal prostatektomi sonrası Gleason skoru ≥ 7 tespit edilen hasta oranları %20-%36 arasında değişmektedir. Lattouf ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada; biyopsi skorları < 7 olan toplam 311 hastanın %24.1'inde prostat spesimen patolojilerinde Gleason skoru ≥ 7 tespit edilmiştir⁵. Yine benzer bir çalışmada Fine ve ark.'ları; biyopsi Gleason < 7 olan 1057 hastanın %23.1'inin prostat spesimen patolojisinin ≥ 7 olduğunu bildirmişlerdir⁶. Johns Hopkins serisini değerlendiren bir başka çalışmada ise bu oranın %36 olduğu gösterilmiştir⁴. Bizim çalışmamızda ise; prostat biyopsisinde Gleason skorunun düşük evreleme oranının %56 olduğu gösterilmiştir. Bu farkın, biyopsi patolojisini değerlendiren patolojiler ile radikal prostatektomi patolojisini değerlendiren patoloğun farklı kişiler olması ve özellikle biyopsi patolojisini değerlendiren patolojilerin genel patoloji ile ilgilenip spesifik dal patolojisi ile ilgilenmemesinden kaynaklandığını düşünmekteyiz. Oranlara bakıldığında TRUS-bx Gleason skoru < 7 olup, radikal prostatektomi biyopsi Gleason skoru ≥ 7 olan hastaların %83,3'ünün patolojisinin farklı patolojiler tarafından değerlendirildiği gözlenmiştir. Tam tersi olarak TRUS-bx Gleason skoru < 7 olup, radikal prostatektomi spesimen patolojisi < 7 tespit edilen hastaların % 54,5'inin aynı patolojiler tarafından değerlendirildiği gözlenmektedir ($p=0.021$). Bu veriler ışığında, TRUS biyopsi Gleason skorlarının özellikle prostat kanseri patolojisi değerlendiren patolojiler tarafından incelenmesi ile olası Gleason evre

yanlışlıklarının engellebileceğini düşünmekteyiz.

Konuya farklı bir bakış açısıyla baktığımızda, aktif izleme alınacak hastaların sadece Gleason skoru ile değerlendirilmediği, tümör pozitif kor sayısı ve kor tümör oranlarının da karar aşamasında etkin olduğu bilinmektedir. Bu durumda Gleason skorunun tek başına önemi azalmaktadır. Bizim verilerimizde de tümör pozitif kor sayısı ve kor-tümör oranları değerlendirmeye alındığında, aktif izlem için uygun olmayan hasta sayıları yaklaşık 2/3 oranında azalmaktadır. Gleason skoruna göre gereksiz radikal prostatektomiye alındığı düşünülen ancak radikal prostatektomi spesimeninde Gleason skoru ≥ 7 olan hastaların %64.2'sinin pozitif tümör kor sayısı ve/veya kor tümör yüzdesi açısından radikal prostatektomiye uygun olduğu tespit edilmiştir. Bu nedenle hastaların aktif izlem kararı alındığında tek başına Gleason skor değerlendirmesi %50 oranında hata payı yaratsa da diğer değişkenlerin hesaba alınması sonucu bu hata payı %20'lere kadar düşmektedir. Bu nedenle; prostat biyopsi spesimeni inceleyen patoloğların Gleason skoru hakkında vermiş oldukları bilgi kadar, kor tümör oranı ve sayısı hakkında verecekleri veriler de önemli olmaktadır. Böylece küratif tedavi ihtiyacı olan prostat kanseri ile insidental prostat kanseri ayrımı çok daha güvenli olarak yapılabilecektir.

Sonuç olarak, TRUS-bx patolojilerinde bildirilen Gleason skorları ile radikal prostatektomi Gleason skorları arasında fark olabilmekte, bu fark özellikle biyopsi Gleason skoru < 7 olan hastalarda daha belirginleşebilmektedir. Aktif izlemin hedefi olan bu hasta grubunda, patoloğların bildirdiği Gleason skorlarının

güvenilirliği tartışmalı olup, diğer değişkenler (kor-tümör oranı, tümör kor sayısı, PSA) dikkate alınarak karar verilmesi gerekmektedir. Ayrıca patoloğlar sadece Gleason skor değerlendirmesine değil, tümör kor sayısı ve kor tümör oranını da dikkatlice değerlendirmeli ve klinisyene yol göstermelidir.

Kaynaklar

1. Heidenreich A, Bastian PJ, Bellmunt J et al. EAU guidelines on prostate cancer. part 1: screening, diagnosis, and local treatment with curative intent-update 2013. Eur Urol. 2014 Jan;65(1):124-37.
2. Andriole GL, Crawford ED, Grubb RL 3rd et al. Prostate cancer screening in the randomized Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening Trial: mortality results after 13 years of follow-up. J Natl Cancer Inst. 2012 Jan 18;104(2):125-32.
3. Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ et al. Screening and prostate cancer mortality: results of the European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) at 13 years of follow-up. Lancet. 2014 Dec 6;384(9959):2027-35.
4. Steinberg DM, Sauvageot J, Piantadosi S, et al. Correlation of prostate needle biopsy and radical prostatectomy Gleason grade in academic and community settings. Am J Surg Pathol. 1997 May;21(5):566-76.
5. Lattouf JB, Saad F. Gleason score on biopsy: is it reliable for predicting the final grade on pathology? BJU Int. 2002 Nov;90(7):694-8; discussion 698-9.
6. Fine SW, Epstein JI. A contemporary study correlating prostate needle biopsy and radical prostatectomy Gleason score. J Urol. 2008 Apr;179(4):1335-8; discussion 1338-9.



MEME KANSERLİ HASTALARIN YAŞAM KALİTESİ İLE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ*

QUALITY OF LIFE WITH BREAST CANCER PATIENTS AND EVALUATION OF HEALTHY LIFE BEHAVIORS

Gülbahar GÜLCİVAN¹, Birol TOPÇU²

¹ Namık Kemal Üniversitesi, Uygulama ve Araştırma Merkez Müdürlüğü, Tekirdağ-Türkiye
² Namık Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Tekirdağ-Türkiye

*Bu çalışma Gülbahar GÜLCİVAN tarafından hazırlanan "Meme Kanserli Hastaların Yaşam Kalitesi İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi" isimli yüksek lisans tezinden üretilmiştir.

Öz

Amaç: Çalışma, meme kanseri olan hastalarda yaşam kalitesi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi amacı ile yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırmanın örneklemini, bir üniversite Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinde Günübirlik Kemoterapi Ünitesine başvuran, 18 yaş üzerinde, çalışmaya katılmayı kabul eden, iletişim sorunu olmayan, 6. doz kemoterapisini alan, Evre I-II de olan meme kanseri 150 hasta oluşturmaktadır. Meme kanseri hastalarının kişisel ve hastalığa ilişkin özelliklerinin değerlendirilmesinde Hasta Tanılama Formu, yaşam kalitesinin sorgulanmasında SF-36 Formu, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının sorgulanmasında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği kullanılmıştır. Hastalara ölçekler, yüz-yüze, tek görüşmede uygulanmıştır. Çalışma sonucunda elde edilen veriler tanımlayıcı ve karşılaştırma istatistikleri kullanılarak değerlendirildi. Verilerin özelliği temel alınarak tanımlayıcı istatistiklerde yüzdelik, aritmetik ortalama, standart sapma tercih edilirken gruplar arası farkların değerlendirilmesinde parametrik ve parametrik olmayan testler kullanıldı. İstatistiksel değerlendirmelerde $p < 0,05$ değeri anlamlı olarak kabul edildi.

Bulgular: Meme kanseri hastalarının yaşam kalitesi değerlendirildiğinde; en düşük puan alan alt boyutun Emosyonel Rol Kısıtlılığı, en yüksek puan alan alt boyutun Mental Sağlık olduğu bulunmuştur. Meme kanseri olan hastaların sosyo-demografik özelliklerin yaşam kalitesine etkisi incelendiğinde, yaşının, mesleki durumunun, eğitim durumunun, aylık gelirinin ve aile tipinin önemli bir değişken olduğu belirlenmiştir. Sağlıklı yaşama biçimi davranışları değerlendirildiğinde; en düşük puan alan alt boyutun fiziksel aktivite, en yüksek puan alan alt boyutun manevi gelişim, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ortalama puanın $154,20 \pm 24,22$ ile orta derecede iyi olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Meme kanseri olan hastaların sosyo-demografik özelliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi incelendiğinde, medeni durumun, eğitim düzeyinin, mesleki durumun ve tedaviye destek olan kişilerin önemli bir değişken olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Meme Kanseri, Yaşam Kalitesi, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Abstract

Aim: The study was conducted with the aim of evaluating the quality of life and healthy lifestyle behaviors in patients with breast cancer.

Materials and Methods: The sample of the study consisted of 150 breast cancer patients who applied to the "Day-Care Chemotherapy Unit at a university Healthcare Application and Research Center", who were over 18 years old, agreed to participate in the study, had no communication problems, took 6th dose chemotherapy and were stage on I-II. "Patient Identification Form" was used in evaluating personal and medical characteristics of breast cancer patients, "SF-36 Form" was used in questioning the quality of life, "Scale of Healthy Life Style Behavior II" was used in questioning healthy lifestyle behaviors. Scales were applied to patients as face-to-face in single conversation. The data obtained from the study, was evaluated using descriptive and comparison statistics. Based on the characteristics of the data, while in descriptive statistics, percentage, arithmetic mean and standard deviation were preferred; in evaluating the differences between the groups, parametric and nonparametric tests were used. For statistical evaluation, $P < 0.05$ value was accepted as relevant.

Results: When the quality of life of breast cancer patients was evaluated; it was found that the lowest scoring subscale was the Emotional Role Restriction, and the highest scoring subscale was the Mental Health. When the effects of socio-demographic characteristics on the quality of life of the patients with breast cancer were examined, it was determined that age, occupational status, educational status, monthly income and family type were significant variables. When evaluating the healthy lifestyle behaviors; it was determined that the Physical Activity was the lowest scoring subscale, the Spiritual Development was the highest scoring subscale and the mean score of 154.20 ± 24.22 for healthy lifestyle behaviors was moderately good.

Conclusion: When the effects of socio-demographic characteristics on healthy lifestyle behaviors of the patients with breast cancer were examined, it was determined that marital status, education level, occupational status and the people who supported the treatment were important variables.

Key Words: Breast Cancer, Quality of Life, Healthy Life Style Behaviors

Corresponding Author / Sorumlu Yazar:

Yrd. Doç. Dr. Birol Topçu
Namık Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Biyoistatistik
Anabilim Dalı, Tekirdağ-Türkiye
E-posta: topcubirol@gmail.com

Article History / Makale Geçmişi:

Date Received / Geliş Tarihi: 20.07.2017
Date Accepted / Kabul Tarihi: 16.08.2017

GİRİŞ

Son yıllarda kanser, yaşam kalitesine olumsuz etkisi nedeniyle önemli bir sağlık sorunu haline gelmiştir¹. Kanser her yıl milyonlarca insanın yaşamının sonlanmasına neden olmakta ve kalp hastalıklarından sonra ölüm sebepleri arasında ikinci sırayı almaktadır². Meme kanseri ise kadınlarda en sık görülen kanser türü olup, toplumun sosyoekonomik düzeyi yükseldikçe görülme oranı da artmaktadır³. Meme kanseri sık görülmesi nedeniyle sağlıklı kadınlarda da endişe yaratan, aynı zamanda estetik açıdan da önemli bir hastalık olarak görülmektedir. Meme kanserinin erken tanı ve tedavisi ile yaşam süresinde uzama, mortalitede azalma, yaşam kalitesinde artma ve psikososyal sıkıntıların önlenmesinde etkili olabilmektedir². Meme kanserinin erken dönemde teşhis edilmesi ile birlikte sağkalım süresinde uzama görülmektedir. Bu uzun yaşam beklentisi hastalarda da yaşam kalitesi kavramını ortaya çıkarmıştır⁴.

Yaşam kalitesi yüksek olan bireyler, bağımsız bir şekilde yaşamlarını sürdürür, gereksinimlerini ve günlük yaşam aktivitelerini kendileri karşılarlar. Sağlıklı yaşam biçimi, kişilerin sağlığını etkileyen tüm davranışları kontrol edebilmesi ve günlük aktivitelerinde kendine uygun davranışları seçerek düzenlemesi olarak tanımlanmıştır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışı sergileyenlerin yüksek yaşam kalitesine sahip olduğu ve sağlıklarını geliştirici davranışlar geliştirdikleri görülmüştür⁵.

Ayrıca, kemoterapi alan bireylerin yaşam kalitesinin nasıl etkilendiğinin bilinmesi, bu konuda hastalara destek verilmesi açısından da oldukça önem arz etmektedir⁶.

Sağlıklı yaşam biçiminin hastalıklara yakalanmayı azalttığı, ölüm oranlarını düşürdüğü görülmüş olup, kanserin önlenmesinde oldukça önemli bir yere sahiptir⁷. Sadece sağlıklı bireyler değil, sağlık sorunu yaşayan bireylerde sağlıklarını koruyup, geliştirmek ve hastalıkla ilgili olumsuzluklarla başetmek, uygulanan tedavilere uyum sağlayıp yaşam kalitesini arttırmak için sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını göstermelidirler⁸.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma; meme kanserli hastaların yaşam kaliteleri ile sağlıklı yaşam biçimlerinin değerlendirilmesi amacıyla bir anket çalışması olarak planlandı.

Araştırmanın evrenini bir Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nin Günöbirlik Tedavi Odasında tedavi gören meme kanserli 165 hasta oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmeyerek tüm başvuru yapan hastalara ulaşılması hedeflendi. Ancak çalışmanın yapıldığı süre içinde çalışmaya katılmaya kabul etmeyen 15 hasta dışında araştırmanın örneklemi kalan 150 hasta oluşturdu. Örneklem grubundaki hastalara araştırma hakkında gerekli bilgiler verildikten sonra sözel onamları alındı.

Araştırma verilerinin toplanmasında "Hasta Tanılama Formu", "SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği" ve "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği" kullanıldı.

"Hasta Tanılama Formu" hastaların tanıtıcı özellikleri ile tedavi, durumlarını içeren 17 sorudan oluşmakta idi. Yaşam kalitesi ölçekleri içinde hastalığa özgü olmayan ve geniş açılı ölçüm yapmayı sağlayan SF-36 ölçeği Ware ve

Sherbourne tarafından 1992 yılında geliştirilmiştir. Bu ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır⁹.

Ölçek 36 maddeden oluşmakta ve 8 boyutun ölçümünü sağlamaktadır. Bunlar fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel fonksiyonlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), mental sağlık (5 madde), enerji/vitalite (4 madde), ağrı (2 madde) ve sağlığın genel algılanması (5 madde)¹⁰⁻¹². Ölçek son 4 hafta göz önüne alınarak değerlendirilmektedir. Değerlendirme 4. ve 5. maddelerde evet/hayır biçiminde iken diğer maddelere likert tipi (üçlü-altılı) biçiminde yanıtlanmaktadır. Ölçek tek bir toplam puan vermek yerine, her bir alt ölçek için ayrı ayrı puan vermektedir. Alt ölçekler sağlığı 0 ila 100 arasında değerlendirmektedir ve 0 kötü sağlık durumunu içerirken, 100 iyi sağlık durumunu göstermektedir¹³.

SF-36'nın güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0,851 bulundu. Alt ölçekler için de ayrı ayrı hesaplanarak; fiziksel fonksiyon 0,605, sosyal fonksiyon 0,613, emosyonel rol kısıtlanması 0,670, fiziksel rol kısıtlanması 0,746, ağrı 0,842, mental sağlık 0,642, enerji 0,670 ve sağlığın genel algılanması 0,600 bulundu.

Ağrı alt ölçeği 0,842 bulunarak yüksek derecede güvenilir bir ölçek bulunurken diğer tüm alt ölçekler 0,60 ile 0,80 arasında bulunarak oldukça güvenilir bulundu¹⁴.

“Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği” Walker, Sechrist ve Pender tarafından (1987) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 52 madde ve 6 alt faktörden oluşmaktadır. Alt gruplar; manevi

gelişim, kişilerarası ilişkiler, beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimidir. Manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi. Derecelendirme 4'lü likert şeklindedir. Hiçbir zaman (1 puan), bazen (2 puan), sık sık (3 puan), düzenli olarak (4 puan) olarak kabul edilmektedir. Ölçeği tamamı için en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir ve tüm maddeleri olumludur¹⁵.

SYBDÖ-II ölçeğinin güvenilirlik katsayısı 0,92 olup, çalışmamızda ölçeğin ve alt boyutlarının güvenilirlik katsayısı 0,881 bulunmuştur. Alt ölçeklerin hepsi oldukça güvenilir, toplam ölçek güvenilirliği yüksek derecede güvenilir bulundu¹⁴.

BULGULAR

Meme kanserli hastaların yaşam kalitesinin alt boyutları incelendiğinde; en yüksek alt ölçek puanının mental sağlık 21,06±4,21, en düşük alt ölçek puanının emosyonel rol 4,28±1,15 olduğu görüldü. Diğer alt ölçek puan ortalamaları fiziksel fonksiyon 20,52±4,50, fiziksel rol kısıtlılığı 5,23±1,36, ağrı 7,88±2,11, genel sağlık 15,98±3,56, enerji 14,07±3,77, sosyal fonksiyon 6,59±2,06 olarak bulundu.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları incelendiğinde; sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam ölçek puan ortalamaları 154,20±24,22 bulunmuş olup, en yüksek alt puan ölçeği manevi gelişim 26,67±4,40, en düşük alt ölçek puanı fiziksel aktivite 16,34±5,57 bulundu. Alt ölçek puan ortalamaları Tablo 1' de verildi.

Tablo 1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Alt Ölçek Puan Ortalamaları

Alt boyutlar	min-maks puanlar	Madde sayısı	\bar{X}	SS
Manevi gelişim	16-36	9	26,67	4,40
Kişilerarası ilişkiler	15-76	9	26,32	4,15
Beslenme	13-34	9	24,15	4,03
Fiziksel aktivite	8-28	8	16,34	5,59
Sağlık sorumluluğu	11-48	9	23,11	4,33
Stres yönetimi	10-32	8	20,64	3,65
SYBDÖ	89-193	52	154,20	24,22

Meme kanseri tanısı alan hastaların sosyo-demografik özelliklerini incelediğimizde yaş ortalaması $46,6 \pm 10,17$ olan hastaların %79'unun evli, %46'sının ilkököl mezunu, %59'unun ev hanımı, %49'unun geliri giderine denk, %66'sının çekirdek aile yapısına sahip, %50'sinin hastalığına destek veren kişinin eşi, %44'ünün ilçede yaşadığı, %95'inin sağlık güvencesine sahip olduğu görüldü. Hastaların tedavi yöntemi olarak %60'ını sadece kemoterapi tedavisi aldığı ve kemoterapinin yan etkilerinden de %43'ünün saç dökülmesinden şikayet ettiği görüldü. Hastaların %33,3'üne cerrahi işlem yapıldığı ve bu yapılan ameliyat sonrasında şikâyetlerinin %36'sını psikolojik sıkıntılar oluşturduğu görüldü. Ayrıca hastaların %91'inin sigara, %98'inin alkol kullanmadığı görüldü. Kanser hastalığına ek olarak %56'sının ek bir kronik hastalığa sahip olmadığı görüldü (Tablo 2).

Kanser tanısı almış bireylerde hastalığa ve tedavi yöntemlerine bağlı olarak yaşanan semptomlar bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede bir takım sıkıntılar yaratabilmektedir. Kemoterapi tüm sistemleri etkileyen bir tedavi yöntemi olduğu için bireyin günlük yaşamını sürdürmelerini zorlayabilmektedir. Bu bireylerde aynı zamanda anksiyete, korku, beden imajlarında

bozulma, aile ve sosyal ilişkilerde bozulmalara neden olabilmektedir.

Tablo 2. Hastaların Sosyo-Demografik Dağılımı (n=150)

Hastaların Kişisel Özellikleri	n	%	
Yaş grubu	18yaş-30yaş	6	4
	31yaş-40 yaş	23	15,3
	41 yaş-60 yaş	101	67,3
	61 yaş ve üzeri	20	13,3
Medeni durumu	Evli	119	79,3
	Bekar	31	20,7
Eğitim durumu	Okuryazar	10	6,7
	İlkokul	69	46
	Ortaokul	14	9,3
	Lise	31	20,7
Meslek	Yüksekokul	26	17,3
	Çalışan	30	20
	Emekli	26	17,3
	İşsiz	5	3,3
Gelir durumu	Ev hanımı	89	59,3
	Gelir giderden az	59	39,3
	Gelir gidere denk	74	49,3
Aile tipi	Gelir giderden fazla	17	11,3
	Çekirdek aile	99	66
	Geniş aile	32	21,3
	Parçalanmış aile	8	5,3
Destek veren	Yalnız yaşıyor	11	7,3
	Eş	75	50
	Çocuklar	38	25,3
	Akrabalar	14	9,3
Sağlık güvencesi	Destek veren yok	23	15,3
	Yok	2	1,3
	Sgk	143	95,3
Yaşanılan yer	Yeşil kart	5	3,3
	Köy	35	23,3
	İlçe	66	44
Tedavi durumu	Şehir	49	32,7
	Kemoterapi	90	60
	Kemoterapi+radyoterapi	10	6,7
	Ameliyat+kemoterapi+radyoterapi	20	13,3
Kemoterapiye bağlı şikayet	Ameliyat+kemoterapi	30	20
	Cilt reaksiyonları	6	4
	Bulantı, kusma	32	21,3
	Saç dökülmesi	65	43,3
Ameliyat sonrası şikayet	Halsizlik, yorgunluk	43	28,7
	Kilo kaybı	4	2,7
	Psikolojik sıkıntı	18	12
	Beden imajında bozulma	12	8
Sigara kullanımı	Cinsel fonksiyonlarda bozulma	5	3,3
	Ağrı	15	10,7
	Evet	12	8
Alkol kullanımı	Hayır	138	92
	Evet	2	1,3
	Hayır	148	98,7
Ek kronik hastalık	Yok	84	56
	Tansiyon hastalığı	44	29,3
	Şeker hastalığı	12	8
	Obezite	1	0,7
Hastalıkla ilgili bilgi veren	Diğer	9	6
	Doktor	140	93,3
	Hemşire	1	0,7
	Yakını	5	3,3
Bilgi alırken yanınızda olan	İnterfer	4	2,7
	Evet	132	88
Bilgi alırken yanınızda olan	Hayır	18	12

Hastaların yaşam kalitesi açısından fiziksel fonksiyon alt boyut ortalamaları ve enerji alt boyut puan ortalamaları yaş değişkeni açısından aralarında anlamlı derecede farklı olduğu görüldü ($p<0,05$). Hastaların fiziksel fonksiyonellik alt boyutta 18-30 yaş arasında olan hastaların diğer yaş grubundaki hastaların puan ortalamalarından anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü. Enerji alt boyutta 41-60 yaş arasında olan hastaların diğer yaş grubundaki hastaların puan ortalamalarından anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü. En düşük puan ortalamasının 18-30 yaş arasında olan hastalarda olduğu görüldü. Acaray'ın kronik hemodiyaliz hastalarında, Tekbaş'ın jinekolojik kanserli hastalarda, Koltarla'nın sağlık personellerinde yapmış oldukları çalışmalarda yaş arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü görüldü. Bizim çalışmamızın aksine Ardahan'ın, prostat kanserli hastalarda, Given ve ark.'nın kanser hastalarında, Rustoen ve ark.'nın yeni teşhis konmuş kanser hastalarında yapmış oldukları çalışmalarda yaşam kalitesinin yaş değişkeninden etkilenmediği görüldü¹⁶⁻²¹.

Hastaların çalışma durumuna göre fiziksel fonksiyon ve genel sağlık anlayışının alt boyut puan ortalamalarının anlamlı derecede farklı olduğu görüldü ($p<0,05$). Hastaların fiziksel fonksiyon boyutlarında işsiz olan hastaların puanları, diğer çalışma grubundaki hastaların puanlarında göre anlamlı derecede yüksek bulundu. Genel sağlık alt boyutlarında işsiz olan hastaların puanları daha düşük bulundu. Reis'in jinekoloji kanserlerde, Kulu'nun mesane tümörlü hastalarda yapmış oldukları çalışmalarda çalışma durumu değişkeninden etkilenmediği görüldü^{22,23}.

Hastaların genel sağlık ve mental sağlık alt boyut puan ortalamalarının eğitim düzeyi durumuna göre anlamlı derecede farklı olduğu görüldü ($p<0,05$). Hastaların genel sağlık boyutlarında yüksek okul mezunu hastaların puanları, diğer çalışma grubundaki hastaların puanlarında göre yüksek bulundu. Eğitim düzeyi arttıkça sağlık anlayışı olumlu yönde artmakta, sağlık anlayışı olumlu yönde artıp bilinçli baş etme mekanizmalarını daha iyi kullanabilmekte ve tedaviye bağlı gelişebilecek yan etkilerle daha iyi baş edebilmektedirler. Tüm bunların sonucunda yaşam kalitesinin artacağı düşünülmektedir. Mental sağlık alt boyutlarında lise mezunu hastaların puanları, ilkokul mezunu hastaların puanlarına göre anlamlı derecede yüksek bulundu. Yapmış olduğumuz çalışmamızın sonuçlarına benzer olarak Özarıslan'ın diabetik koroner hastalarında, Suet-ching'in diyaliz hastalarında, Tekbaş'ın jinekolojik kanserli hastalarda, Hacıoğlu'nun hipertansiyonlu hastalarda yapmış olduğu çalışmalarda eğitim seviyesi arttıkça yaşam kalitesinin arttığı görüldü¹⁷⁻²⁶. Koltarla'nın sağlık personellerinde, Lutgendoff'un jinekolojik kanser hastalarında yapmış oldukları çalışmalarda eğitim durumunun yaşam kalitesinin alt ölçek puanlarını etkilemediği görüldü^{18,27}.

Meme kanserli hastaların medeni durum ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunmamakla birlikte ($p>0,05$) emosyonel rol ve mental sağlık alt puanları bekâr hastalarla eşit olmakla birlikte diğer tüm alt gruplarda evli olan hastaların puanları yüksek bulundu. Bekâr olan hastaların yalnızlık, sosyal desteğinin olmaması gibi nedenlerle hastaların yaşam kalitesinin düşük olabileceği düşünülmektedir.

Hastaların gelir durumuna göre yaşam kalitesi alt puanların puan ortalamaları incelendiğinde; genel sağlık alt ölçeğinde anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Hastaların, genel sağlık alt boyutlarında geliri giderden fazla olan hastaların puanları, geliri giderden az olan hastaların puanlarına göre anlamlı derecede farklı bulundu. Gelir düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin arttığı görülmektedir. Bunun sebebinin gelir durumu iyi olan hastaların daha iyi yaşam standartlarına sahip olmalarının, yaşamdan daha iyi doyum alındığı, tedavilerini aksatmadan yaptırabildikleri, daha iyi bakım alabilmeleri yaşam kalitelerini olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir. Küçükberber'in kalp hastalarında yapmış olduğu çalışmada çalışmamıza benzer olarak gelir durumu iyi olanların genel sağlık algısı yüksek bulundu⁵. Çalışmamızın aksine Kulu'nun mesane tümörlü hastalarda, Reis'in jinekoloji kanserlerde yaptığı çalışmalarda gelir durumunun yaşam kalitesini etkilemediği görüldü^{22,23}. Suet-ching'in diyaliz hastalarında, Tekbaş'ın jinekoloji kanserlerinde yapmış oldukları çalışmalarda gelir durumu arttıkça yaşam kalitesinin arttığı görüldü^{17,25}. Mental sağlık, emosyonel rol ve rol kısıtlılığı alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı bulunmamakla birlikte aynı değerlerde olduğu görüldü ($p>0,05$).

Hastaların sosyal fonksiyon alt boyut puan ortalamaları aile tipine göre anlamlı derecede farklı olduğu görüldü ($p<0,05$). Yapmış olduğumuz çalışmada sosyal fonksiyon boyutlarında geniş aile yapısına sahip hastaların puanları, yalnız yaşayan ve parçalanmış aile yapısına sahip hastaların puanlarında göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bunun sebebinin geniş aileye

sahip olan bireylerin psikolojik yönden daha fazla desteklenmesi ve aile içinde iş yüklerinin paylaşılması nedeniyle yaşam kalitesinin daha yüksek olacağı düşünülmektedir. Ardahan'ın prostat kanserli hastalarda yapılan çalışmasında çekirdek aile yapısına sahip bireylerin yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur¹⁹. Çalışmamıza benzer olarak Acaray'ın kronik hemodiyaliz hastalarında yaptığı çalışmasında geniş aile yapısına sahip bireylerin yaşam kaliteleri yüksek bulunmuştur¹⁶.

Hastaların yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt boyutların puan ortalamalarının sigara ve alkol kullanımı değişkeni açısından incelendiğinde aralarında anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Çalışmamıza benzer olarak Koltarla'nın sağlık personellerinde alkol kullanmanın yaşam kalitesine etkisinde anlamlı fark bulunmamıştır¹⁸. Çalışmamızın aksine Küçükberber'in kalp hastalarında yapmış olduğu çalışmada alkol kullanan hastaların sosyal fonksiyon alt ölçeği puanı yüksek bulunmuştur⁵. Çalışmamıza benzer olarak Kulu'nun mesane tümörlü hastalarda yaptığı çalışmada sigara kullanmanın yaşam kalitesine etkisinin olmadığı görülmüştür²³. Çalışmamızın aksine Küçükberber'in kalp hastalarında yapmış olduğu çalışmada sigara kullanmanın fiziksel fonksiyon ve mental rol alt puanları yüksek bulunmuştur⁵.

Yaptığımız çalışmada sosyal güvence durumunun yaşam kalitesi puanları üzerine etkisiz olduğu saptandı ($p>0,05$). Çalışmamıza benzer olarak Özarlan'ın diyabetik koroner arter hastalarında, Acaray'ın kronik hemodiyaliz hastalarında, Savcı'nın kanserli hastalarda yapmış olduğu çalışmada sosyal güvence durumunun yaşam kalitesine etkisiz olduğu bulunmuştur^{16,24,28}.

Hastaların yaşadıkları yerin yaşam kalitesi üzerine etkisinin olmadığı görüldü ($p>0,05$). Çalışmamızın aksine Küçükberber'in kalp hastalarında yapmış olduğu çalışmada sosyal fonksiyon mental sağlık ve enerji alt ölçekleri anlamlı bulunmuştur⁵.

Yaptığımız çalışmada hastaların gördükleri tedavi şekillerinin yaşam kalitesi puanları üzerine etkisiz olduğu bulundu ($p>0,05$). Çalışmamıza benzer olarak Ardahan'ın prostat kanserli hastalarda yapmış olduğu çalışmada tedavi şekillerinin yaşam kalitesi puanları üzerine etkisiz olduğu görülmüştür¹⁹.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları değerlendirildiğinde en düşük alt puan ortalamasının, fiziksel aktivite olduğu görüldü. Çalışmamıza benzer olarak Thanavaro ve ark'nın koroner kalp hastalığı olan kadınlarda yapmış olduğu çalışmada en düşük alt ölçek puan ortalamasının fiziksel aktivite olduğunu belirtmiştir²⁹. Uğur'un kanser merkezine başvuran kadınlarda yapmış olduğu çalışmada, Küçükberber'in kalp hastalarında yapmış olduğu çalışmada da en düşük alt ölçek puanın fiziksel aktivite olduğu görülmüştür^{5,30}. Bunun toplum olarak fiziksel aktivite alışkanlığımızın az olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. En yüksek alt ölçek puanın manevi gelişim olduğu görülmüştür. Çalışmamıza benzer olarak Altun'un Kocaeli'nde yapmış olduğu çalışmada en yüksek puanı manevi gelişimden almıştır³¹. Çalışmamızda SYBD ortalama puanı $154,20\pm 24,22$ bulunmuş olup, Smith ve Bashore'nin kanser hastalarında yaptıkları çalışmada SYBD ortalama puanın $133,05\pm 21,52$, Ardahan'ın prostat kanserli hastalarda yaptığı çalışmada $124,54\pm 8,61$ olduğu görülmüştür^{19,32}.

Medeni durumun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına olan etkisi incelendiğinde sağlık sorumluluğu, kişiler arası ilişkiler ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları evli olan hastaların bekâr olan hastalara oranla yüksek olduğu bulundu ($p<0,05$). Çalışmamızın aksine Karalar'ın kanser hastalarında, Ardahan'ın prostat kanserli hastalarda, Uğur'un kanser tarama merkezine başvuran kadınlarda yapmış oldukları çalışmalarda medeni durumun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediği görülmüştür^{8,19,30}. Hacıoğlu'nun hipertansiyonlu hastalarda yapmış olduğu çalışmada bekâr olan hastaların, Özarslan'ın diyabetik koroner arter hastalarında ve Küçükberber'in kalp hastalarındaki çalışmalarında evli hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları yüksek bulunmuştur^{5,24,26}.

Eğitim düzeyinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi incelendiğinde; beslenme alışkanlığı puanının diğer tüm gruplara göre yüksek okul mezunlarının, kişiler arası ilişkiler puanın ortaokul mezunlarına göre yüksek okul mezunlarının ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanının ilkokul mezunlarına göre yüksek okul mezunlarının yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$). Çalışmamıza benzer olarak Özarslan'ın diyabetik koroner arter hastalarında, Küçükberber'in kalp hastalarında yapmış oldukları çalışmalarda da eğitim arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının arttığı görülmüştür^{5,24}. Altay ve ark.'nın hemşirelerde yaptığı çalışmada üniversite ve üstü eğitime sahip bireylerde kendinin gerçekleştirme, kişilerarası ilişkiler ve toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları, Hacıoğlu'nun hipertansiyonlu hastalarda üniversite ve üstü eğitime sahip olan kişilerde beslenme dışındaki diğer tüm alt ölçek puanında ve sağlıklı yaşam

biçimi toplam puanı yüksek bulunmuştur^{26,33}. Çalışmamızda beslenmenin eğitim seviyesine bağlı olarak artmasında kişilerin genelde çalışıyor olması ve daha düzenli beslenme alışkanlığına bağlı olduğu düşünülmektedir.

Hastaların çalışma durumunun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına olan etkisini değerlendirdiğimizde beslenme alışkanlığı puanının ev hanımlarına oranla çalışan hastaların ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanının ev hanımlarına oranla çalışan kadınlarda daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$). Çalışmamıza benzer olarak Küçükberber'in kalp hastalarında yapmış olduğu çalışmada çalışan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları yüksek bulunmuştur⁵. Çalışan bireylerin maddi ve manevi imkânlarının yüksek olması, sağlıklı geliştirme davranışları için gerekli olanaklara ulaşmalarının daha kolay olması nedeniyle bu bireylerin beslenme puanlarının ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanlarının yüksek olduğu düşünülmektedir.

Meme kanserli hastalara destek olma durumunun; kişiler arası ilişkiler alt ölçeği ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$). Kişiler arası ilişkiler alt ölçeğinde eşi destek olanların çocuklarından destek olanlara göre daha yüksek bulundu. Genelde kanser olduğunu öğrenen hastalar çocuklarının üzülmemesi için hastalıklarını çocuklarından saklamaktadırlar. Bu nedenle daha çok eş ile paylaşımlarda bulunmaktadır. Hasta grubunun yarısında eşinden destek görmesi nedeniyle bu grubun yüksek çıkması beklenen bir sonuçtur.

Meme kanserli hastalar da yaşın sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına olan etkisi

incelendiğinde; yaş değişkeninin hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediği belirlendi ($p>0,05$). Çalışmamıza benzer olarak Ardahan'ın prostat kanserli hastalarda, Çetiner'in hastane çalışanlarında yapmış oldukları çalışmalarda yaşın sağlıklı yaşam biçimleri davranışlarını etkilemediği görülmüştür^{15,19}. Çalışmamızın aksine Özarıslan'ın diyabetik koroner arter hastalarında yapmış olduğu çalışmada genç hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları yüksek bulunmuştur²⁴. Altay ve ark.'nın yapmış olduğu çalışmada 41 yaş ve üzeri hemşirelerde kendini gerçekleştirme, beslenme, sağlık sorumluluğu ve kişiler arası ilişkiler alt ölçek puanları, Uğur'un kanser tarama merkezine başvuran kadınlarda yapmış olduğu çalışmada yaşın artması ile kişiler arası ilişkilerin ve manevi gelişimin arttığı görülmüştür^{30,33}. Hacıoğlu'nun hipertansiyonlu hastalarda yapmış olduğu çalışmada yaş ilerledikçe beslenme, stres yönetimi ve toplam puan ortalamaları yüksek olduğu görülmüştür²⁶.

Hastaların aile tipinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına olan etkisi incelendiğinde; aile tipinin hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları etkilemediği belirlendi ($p>0,05$). Çalışmamıza benzer olarak Karalar'ın kanser hastalarında, Ardahan'ın prostat kanserli hastalarda, Bostan'ın hemşirelerde, Kılıç'ın ameliyathane hemşirelerinde, Kuşdemir'in üniversite öğrencilerinde yapmış oldukları çalışmalarda aile tipinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediği görülmüştür^{8,19,35,36}. Çalışmamızın aksine Altay ve ark.'nın çalışanlarda yapmış olduğu çalışmada çekirdek aile yapısına sahip bireylerin kendinin gerçekleştirme alt ölçek puanı yüksek olduğu görülmüştür³³.

Hastaların gelir durumunun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına olan etkisi incelendiğinde; gelir durumunun önemli bir değişken olmadığı belirlendi ($p>0,05$). Çalışmamızın aksine Bostan'ın hemşireler üzerinde yapmış olduğu çalışmada, Hacıoğlu'nun hipertansiyonlu hastalarda, Kuşdemir'in üniversite öğrencilerinde yapmış olduğu çalışmalarda gelir durumu yüksek olan bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının daha yüksek olduğu görülmüştür^{26,34,35}. Karalar'ın kanser hastalarında yapmış olduğu çalışmada gelir durumu orta düzeyde olan bireylerin beslenme alt ölçek puanları yüksek bulunmuştur⁸. Uğur'un kanser tarama merkezine başvuran kadınlarda yapmış olduğu çalışmada geliri gidere eşit olan kadınları, geliri giderenden az olan kadınlara göre kişilerarası ilişkiler ve beslenme alt ölçek puanları yüksek bulunmuştur³⁰.

Meme kanserli hastalarda uygulanan tedavi yöntemlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına olan etkisi incelendiğinde; tedavi şeklinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediği belirlendi ($p>0,05$). Çalışmamızın aksine Ardahan'ın prostat kanserli hastalarda yapmış olduğu çalışmada ameliyat sonrasında tedavi gören hastalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını puanının yüksek olduğu görülmüştür¹⁹.

Meme kanserli hastalara uygulanan kemoterapinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına olan etkisi incelendiğinde; kemoterapinin yan etkilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediği belirlendi ($p>0,05$).

Meme kanserli hastaların yaşadığı yerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına olan etkisi

incelendiğinde; yaşanılan yerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediği belirlendi ($p>0,05$). Çalışmamıza benzer olarak Karalar'ın kanser hastalarında, Kılıç'ın ameliyathane hemşirelerinde yapmış olduğu çalışmada yaşanılan yerin etkisinin olmadığını belirtmiştir^{8,36}. Çalışmamızın aksine Özarslan'ın diabetik koroner arter hastalarında yapmış olduğu çalışmada yaşanılan yerin beslenme, kendini gerçekleştirme, stress yönetimi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının toplam puanını ilde yaşayanlarda yüksek bulmuştur²⁴. Uğur'un kanser tarama merkezine başvuran kadınlarda yapmış olduğu çalışmada ilde yaşayanların, diğer yerlerde yaşayanlara göre fiziksel aktivite puanının yüksek olduğu görülmüştür³⁰.

Sigara ve alkol kullanımının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına olan etkisi değerlendirildiğinde; sigara ve alkol kullanımının hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediği belirlendi ($p>0,05$). Çalışmamıza benzer olarak Karalar'ın kanser hastalarında, Savaşan ve ark.'nın koroner arter hastalarında yapmış oldukları çalışmalarda alkol ve sigara kullanımının etkisiz olduğunu bulmuştur^{8,37}. Kuşdemir'in üniversite öğrencilerinde yapmış oldukları çalışmada sigara içmeyenlerin manevi gelişim ve beslenme alt ölçek puanlarının yüksek olduğu, alkol kullanmayanların manevi gelişim ve stress yönetimi puanlarının yüksek olduğu görülmüştür³⁵.

Ek bir kronik hastalığın olmasının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına olan etkisi incelendiğinde başka bir hastalığın olmasının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediği belirlendi ($p>0,05$). Çalışmamıza benzer olarak Karalar'ın kanser hastalarında,

Altay ve ark.'nın çalışanlarda yaptığı çalışmada, Hacıoğlu'nun hipertansiyonlu hastalarda ve Cihangiroğlu ve ark.'nin öğrencilerde yapılmış oldukları çalışmalarda ek bir hastalığa sahip olmanın sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediği belirtilmiştir^{8,26,33,38}. Çalışmamızın aksine Kılıç'ın ameliyathane hemşirelerinde yaptığı çalışmada ek bir kronik hastalığı olmayanların kendini gerçekleştirme ve fiziksel aktivite puanları yüksek bulunmuştur³⁶.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Kanserin hastalarda yarattığı fiziksel, ruhsal ve sosyal değişiklikler kişilerin yaşam kalitelerinin tartışılmasına yol açmıştır. İnsanlar artık yaşamın uzunluğundan çok kalitesi ile ilgilenmektedir. Yaşam kalitesi 1980'li yıllarda hemşirelikte tanınmaya başlanmıştır. Günümüzde de yaşam kalitesi ölçümleri hemşirelik girişimlerinin sonuçlarının değerlendirilmesinde kabul görmektedir.

Bu sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerileri vermek mümkün olabilir.

Eğitim düzeyi düşük olana hastalara yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları konusunda eğitimler verilmelidir.

Meme kanseri tedavisinde kemoterapi alan hastalara verilecek olan bakım planlanırken bireysel özellikleri (yaş, eğitim durumu) dikkate alınarak planlanmalıdır.

Hastalarla birlikte aynı zamanda hasta yakınlarında bakım kapsamına dâhil edilmelidir.

Kemoterapi alan hastalara yaşam kalitesinin ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının önemi vurgulanmalıdır.

Sağlık personelleri tarafından hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve yaşam kalitelerinin düzenli olarak değerlendirilmesi vurgulanmalıdır.

Kaynaklar

1. Saral KE. Meme Kanseri Hastalarının Kansere Uyumlarının Belirlenmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı. Yüksek Lisans Tezi. 2008;Ankara.
2. Gençtürk N. Meme Kanseri Korunma, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2007; 10(4):72-87.
3. Özmete S. Cerrahi Tedavi Uygulanan Meme Kanseri Hastaların Erken Dönem Sonuçları. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. 2007;Adana.
4. Lemieux J, Goodwin PJ, Bordeleau LJ, Lauzier S, Theberge V. Quality-of-life Measurement in Randomized Clinical Trials In Breast Cancer: An Updated Systematic Review(2001-2009). J. Natl Cancer Inst. 2011;103:178-231.
5. Küçükberber D. Kalp Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Tezi. 2011;İstanbul.
6. Arslan S. Kanseri Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. 2000;Erzurum.
7. Erci B. Halk Sağlığı Hemşireliği. Sağlığın Geliştirilmesi ve Sağlıklı Yaşam. Behice E.(Ed). Göktuğ Yayıncılık. Fırat Matbaacılık. 2009;Ankara. 192-201.
8. Karalar ÜG. Kanser Tanısı Alan Erişkin Hastalarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının ve Değişkenlerinin Tanımlanması. T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans. 2010;İstanbul.
9. Göl N. Kemoterapi Alan Kanseri Hastalarda Depresyon ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. Erzincan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. 2014;Erzincan.
10. Arat Z. Hemodiyaliz Hasta ve Yakınlarında Tükenmişlik Sendromu, Hasta Yakınlarının Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi. 2006;Ankara.

11. Aydemir Ö. Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisinde Yaşam Kalitesi Ölçümü: Kısa Form-36. 3-P Dergisi. 1999;(7):14-22.
12. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliği. Türkiye Psikiyatri Dergisi. 1997;(8):208-7.
13. Dağistan G. Kanser Hastalarında Ağrının Yaşam Kalitesi Üzerine Olan Etkileri. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi. 2014;Antalya.
14. Özdamar, K. Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi-1. 4. Baskı. Kaan Kitabevi, Eskişehir, 2002;673.
15. Çetiner SH. Hastane Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Öğretimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. 2014;İstanbul.
16. Acaray A. Kronik Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2004;8 (1).
17. Tekbaş S. Jinekolojik Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Tedavi Bakımının Etkileri. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı. Doktora Tezi. 2010;Edirne.
18. Koltarla S. Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesinin Araştırılması. Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği. Uzmanlık Tezi. 2008;İstanbul.
19. Ardahan M. Prostat Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı İlişkisi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2006;22(2):1-14.
20. Given B, Given BA, Slomtnel M. The Impact of Age, Treatment And Symptom On The Physical And Mental Health Of Cancer Patients. Cancer Supplement. 2004;70:2128-2138.
21. Rustoen T, Moum T, Wiklund I, Hanestad BR. Quality Of Life In Newly Diagnosed Cancer Patients. J Adv Nurs. 1999;29(2):490-498
22. Reis N. Jinekolojik Kanserlerde Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Doktora Tezi. 2003;İstanbul.
23. Kulu A. Mesane Tümörlü Hastalara Uygulanan Cerrahi Girişimler Sonrası Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. 2010;Edirne.
24. Özarslan BÖ. Diyabetik Koroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hatalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi. 2013;Ankara.
25. Suet-Ching WL. The Quality Of Life Hong Kong Dialysis Patients. JAdv Nurse. 2001;35(2):218-227.
26. Hacıoğlu N. Hipertansiyonlu Hastaların Risk Faktörleri, Algıladıkları Yaşam Kalitesi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. 2014;İstanbul.
27. Lutgendorf SK, Anderson B, Ullrich P, Erica L. Quality Of Life and Mood In Women With Gynecologic Cancer a One Year Prospective. Cancer. 2002;94(1):131-40.
28. Savcı AB. Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesini ve Sosyal Destek Düzeyini Etkileyen Faktörler. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. 2006;Erzurum.
29. Thanavaro JL, Moore SM, Anthony M, Narsavage G, Delicath T. Predictors of Health Promotion Behavior in Women Without Prior History of Coronary Heart Disease. Applied Nursing Research. 2006;19:149-155.
30. Uğur GH. Kanser Tarama Merkezine Başvuran Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Erken Tanı Bilgi ve Uygulamalarına Etkisi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. 2009;Samsun.
31. Altun İ. Kocaeli'de Yaşayan Halkın Sağlıkla İlgili Tutumlarına ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına İlişkin Bir Çalışma. Sağlık ve Toplum. 2002;12 (3):41-51.
32. Smith AB, Bahore L. The Effect Of Clinic- Based Health Promotion Education On Perceived Health Status and Death Promotion Behaviors Of Adolescent and Young Adult Cancer Survivors. Journal Of Pediatric Oncology Nursing. 2006;23(6):326-334.
33. Altay B, Çavuşoğlu F, Güneşan İ. Tıp Fakültesinde Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2015;8(1):12-18.

34. Bostan N. Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi. 2013;İzmir.
35. Kuşdemir DC. Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. 2015;İstanbul.
36. Kılıç E. Ameliyathane Hemşirelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. 2012;İstanbul.
37. Savaşan A, Ayten M, Ergene O. Koroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Umtsuzuk. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2013;4(1):1-6.
38. Cihangiroğlu Z, Deveci ES. Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. Fırat Tıp Dergisi. 2011;16(2):78-83.



TEKİRDAĞ'DA BİR İLÇENİN AİLE HEKİMLİĞİ PERFORMANSLARININ VERİ ZARFLAMA ANALİZİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

TO DETERMINE THE PERFORMANCE OF FAMILY PHYSICIANS WORKING IN A DISTRICT OF TEKIRDAG USING DATA ENVELOPMENT ANALYSIS

Sevgi TAŞLIDERE¹, Gamze Varol SARAÇOĞLU², Birol TOPÇU³

¹Sarköy Toplum Sağlığı Merkezi, Tekirdağ.
²Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
³Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik AD.

Öz

Amaç: Ülkemizde sağlıkta dönüşüm uygulamaları kapsamında 2010 yılı itibari ile ülke genelinde birinci basamakta ilk olarak aile hekimliği (AH) uygulaması yaygınlaştırılmış. Temel sağlık hizmetleri bölünerek kişiye yönelik koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmeti AH aracılığıyla sunulmaya başlanmıştır. AH'lerinin sağlık hizmeti sunumunda performans değerlendirmeleri son dönemde oldukça üzerinde konuşulan ve Sağlık Bakanlığınca da önemsenen bir değerlendirme yöntemidir. Sunulan çalışmada AH'lerinin performanslarının VZA tekniği ile ölçülerek, sağlık hizmetlerinde aksayan yönlerin belirlenmesi ve öneriler geliştirilmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: Performansın değerlendirmesinde çok sayıda yöntem olmakla birlikte son yıllarda çok sayıda girdi ve çıktının ağırlıklı bir girdi veya çıktı setine dönüştürülmesinin güç olduğu durumlarda veri zarflama Analizi (VZA) yöntemi kullanılmaya başlanmıştır. Bu analizin oldukça geçerli ve anlamlı sonuç üreten matematiksel bir programlama olduğu yönünde yayınlar vardır.

Bulgular: Çalışmada Tekirdağ iline bağlı bir ilçede çalışan 9 AH'nin 2012 yılına ait performans ölçütü olarak önceden belirlenmiş kimi verileri VZA ile değerlendirilmiştir. Analiz 8 AH üzerinde gerçekleştirilebilmiş ve hepsinin performansı %100 olarak hesaplanmıştır. AH performanslarının coğrafya, kırsal ve kentsel yerleşim bölgesi oluşu, bağlı nüfusun yaş, cins ve eğitim gibi sosyodemografik özellikleri ile değişebildiği görülmektedir.

Sonuç: Çalışmanın gerçekleştirildiği bölgedeki AH'leri nüfusu görece homojen, demografik dinamiklerden benzer derecede etkilenen kapalı, sınırlı bir coğrafyada hizmet sunmaktadırlar. AH'leri bu bölgede benzer özellikteki nüfusa sahiptirler. Performansın %100 bulunması sayılan nedenlerle ilişkili olabilir. Daha kesin sonuçlara ulaşabilmek için il genelini değerlendirildiği ya da birkaç ilçenin birbiri ile değerlendirildiği daha büyük çaplı analizler yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Veri zarflama analizi (VZA), aile hekimi, performans, sağlık hizmeti.

Abstract

Aim: In our country, the 2000s was a period in which implementations of reform in the health field were brought to the agenda. The Health Transformation Program (HTP) developed in this process has firstly necessitated changes in the presentation of primary health care services. As a first for primary health care, family physicians (FP) were adopted, and there was an attempt to offer a personalized preventive and curative health service in this way. Performance evaluations of family physicians in the presentation of health care services are an assessment which has been spoken about quite frequently in the recent period and also overrated by the Ministry of Health.

Material and Methods: Due to the importance and necessity of the subject this study proposed to determine the performance of family physicians working in a district of Tekirdağ using Data Envelopment Analysis (DEA) for the determination of areas of disruption and the development of recommendations for a development system in the health services provided by family physicians.

Results: Nine FPs are working in the district but there is a lack of a physician in the roaming service area. Data were presented it did not contribute to the calculation of DEA. In the region, 8 of the FPs' performance were 100%. In terms of accessible resources, it is observed that FP performance can change depending on geography, the population of urban and rural settlements, age, ethnic group and sociodemographic characteristics such as education. The population of the region where the study was carried out has a homogenous, limited and closed geography affected by similar demographic dynamics to a similar degree.

Conclusion: In this area, family physicians have a population of similar characteristics. Hundred percent of the available performance may be associated with the reasons stated above. More large-scale analysis should be performed so that the whole province is evaluated or a few districts are evaluated with each other in order to achieve more accurate results.

Key Words: Data Envelopment Analysis (DEA), family physician, performance, health serv

Corresponding Author / Sorumlu Yazar:

Doç. Dr. Gamze Varol SARAÇOĞLU
Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD,
E-posta: gsaracoglu@nku.edu.tr,
Tel: 0282 2505681

Article History / Makale Geçmişi:

Date Received / Geliş Tarihi: 10.08.2017
Date Accepted / Kabul Tarihi: 25.08.2017

GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 1948 yılında yapılan sağlık tanımı, günümüzde de yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu tanım; “yalnızca hastalık ve sakatlığın olmaması durumu değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik hali” olarak belirtilmiş ve ülkemizde de benimsenerek yasal sağlık tanımımız olarak kabul edilmektedir¹. Ülkemizde 1982 Anayasasıyla birlikte sağlıklı yaşama hakkı herkese tanınmış bir hak olup Anayasamızın 2. Maddesiyle de güvence altına alınmıştır. Devlet vatandaşlarının sağlığından sorumludur. Sağlık politikaları, sağlığa erişimi doğrudan ve dolaylı olarak etkilemektedir. 2000’li yıllara gelindiğinde sağlık bir kamusal alan olarak görülmekten çıkmış, yarı kamusal alan olarak nitelendirilmeye başlanmıştır. Süreç tüm dünyada benzer olarak sağlık hizmetleri pahalı hizmetlerdir, nüfus giderek yaşlanmaktadır, sağlık hizmet gereksinimleri giderek artmakta ve maliyetler devletin karşılayamayacağı boyutlara ulaşmaktadır temel argümanlarıyla “reform” gereksinimlerinin dile getirilmesiyle devam etmiştir²⁻⁶. Bu dönemde sağlık alanında yapılacak reformların temel prensipleri 2000’li yılların başında sağlık alanında yapılacak reformların temel prensipleri belirlenmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) kapsamında birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda değişiklikler yapılmıştır^{3,7-9}. Bu kapsamda ilk olarak Düzce ilinde 2005 yılında Aile Hekimliği pilot uygulamasına geçilmiştir¹⁰. Bu uygulama yıllar içinde ülke geneline genişletilmeye çalışılırken, 2010 Aralık ayı itibarıyla tüm ülkede geçilmiştir.

Sağlık sistemlerinin yapısı dinamiktir. Genel olarak kapsam, içerik ve çıktıları farklı alanlardan oluşmaktadır. Sağlık sistemlerinin

değerlendirilmesinde her alana özgü farklı performans hesaplama yöntemleri bulunduğu gibi her birinin değerlendirilmesi de farklı yöntemlerle olmaktadır¹¹⁻¹⁵.

Performans ve ölçümünde veri zarflama tekniği

Performansın pek çok tanımını yapmak mümkündür. Türk Dil Kurumu’na göre performans “başarım” anlamı taşımaktadır. Performans kelimesi belirli bir zaman birimi içerisinde üretilen mal veya hizmet miktarı olarak tanımlanmakta; işlevine göre “etkinlik”, “verim”, “çıktı” kavramlarıyla birlikte kullanılmaktadır. Bireyin yeteneği ve motivasyonu arasındaki etkileşimin bir sonucu şeklinde de ifade edilmektedir^{14,15}.

Sağlık alanında performans DSÖ’nün “Dünya Sağlık Raporu-2000” ile ayrıntılı olarak incelenmiştir. Rapora göre, ülkelerin toplumlarının sağlığını geliştirebildikleri, bireylerin beklentilerine cevap verebildikleri ve hastalıkların maliyetine karşı finansal koruma sağlayabildikleri ölçüde gelişmiş bir performans düzeyine sahip oldukları kabul edilir. Özetle toplumun sağlığını geliştiren, bireylerin gereksinim ve beklentilerini karşılayan, bireylerin ödeme gücünü gözetken adil bir finansman sistemine sahip sağlık sistemleri performansı yüksek olarak nitelendirilmektedir¹³.

Türkiye genelinde AH uygulamasına aynı anda geçilmemiş, her ilde farklı zamanlarda geçilmiştir, süreç uzun olduğundan yukarıda bahsedildiği üzere mevzuat birçok defa değişmiştir. Her mevzuat değişimi uygulamada ve maddi süreç ve performanslarda farklılıklarla kendini göstermiştir. Özellikle AH performansına ilişkin çalışma sayısı kısıtlıdır. Bu çalışma ile bireye yönelik hizmet veren aile

hekimlerinin performansının standart veriler üzerinden Veri Zarflama Analizi (VZA) tekniğiyle değerlendirilmesi hedeflenmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Veri zarflama analizi (VZA), karar verme birimleri (KVB) olarak adlandırılan ürettikleri ürün ya da hizmet açısından birbirine benzeyen karar birimlerinin göreceli etkinliğinin ölçülmesi için geliştirilen parametresiz bir ölçüm tekniğidir. Bu teknik KVB'nin çıktıları oluşturmak için mevcut kaynakları nasıl etkin bir biçim ve şekilde kullanılacağına belirlenmesini sağlar. Çok sayıda girdi ve çok sayıda çıktının ağırlıklı bir girdi veya çıktı setine dönüştürülmesinin güç olduğu durumlarda VZA oldukça geçerli ve anlamlı sonuçlar üreten matematiksel programlamaya dayalı bir tekniktir. Temel olarak üç yöntem kullanılmaktadır. Bu yöntemler, CCR (Charles-Cooper-Rhode'si) Yöntemi, BCC (Banker-Çalışmada kullanılan veri seti ve analizler:

Araştırmanın evrenini, çalışmanın yapıldığı ilçede görev yapan tüm aile hekimleri oluşturmuştur. Araştırma verileri AH'nin 2012 yılı çalışma verilerinin rutin veri kayıt sisteminden toplanmasıyla elde edilmiştir. Çalışma verilerinin standardizasyonu ve karşılaştırılabilir olmasını sağlamak için kullanılan tüm veriler ulusal veri tabanlarından (KDS, TSİM) elde edilmiştir. Çalışma için İl Halk Sağlığı Müdürlüğü ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'ndan gerekli izinler alınmıştır.

Çalışmamızda AH'nin performansını belirlemek için AHPDVZ modelinde kullanılan girdi ve çıktı değişkenleri ilgili literatür değerlendirilerek "Girdiler" kapsamında, 1. Ortalama bebek izlem sayısı, 2. Kişi başına ortalama muayene sayısı, 3. Bağlı olan kırsal nüfusu, 4. 0-11 ay nüfusu olarak; "Çıktılar" kapsamında, 5. Gebe

Chaenes-Cooper) Yöntemi, Toplamsal Yöntemdir. Modelin çözümünde, doğrusal programlama modelinin çözümünde kullanılan her hangi biri kullanılabilir (WinQSB, LINDO, EMS, DEA, BYU-DEA, SAS-DEA, Pioneer, Frontier Analyst, Warwick Windows)^{16,17}.

Analiz başlangıçta kar amacı gütmeyen işletmelerin etkinliklerini incelemede kullanılırken, daha sonra kar amaçlı ürün ve hizmet sektöründe de etkin bir şekilde kullanılmaya başlanmıştır^{18,19}. Yurtdışında geniş uygulama örneklerine rastlanan VZA ülkemizde sınırlı sayıda olmakla birlikte sağlık kuruluşlarının incelendiği çalışmalarda kullanılmaktadır^{20,21}. Yöntem ikinci, üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında etkinlik ve performansın ölçümünde kullanılabilir gibi^{16, 22-24}; Birinci basamak sağlık hizmeti sunan kurumların değerlendirilmesinde de kullanılmıştır^{20,21, 26-29}.

tetanos 2 (td2) aşı oranı, 6. Hastanede doğum oranı, 7. Kızamık Kızamıkçık Kabakulak (KKK) aşı oranı, 8. 1000 canlı doğuma karşı düşük doğum oranı, 9. Düşük hızı, 10. Neonatal ölüm hızı, 11. Postneonatal ölüm hızı, 12. Kaba doğum hızı, 13. Ölü doğum hızı ölçütlerinin kullanılmasına ve toplamda 13 değişkenin analize dahil edilmesine karar verilmiştir. (Tablo 1).

Tablo 1. Aile hekimliği performans değerlendirme veri zarflama modeli için kullanılan (AHPDVZ) girdi ve çıktı değişkenleri

MODEL DEĞİŞKENLERİ/KARAR VERME BİRİMLERİ	
GİRDİLER (G)	1 Ortalama Bebek İzlem Sayısı
	2 Kişi Başına Ortalama Muayene Sayısı
	3 Kırsal Nüfus
	4 0-11 Ay Nüfus
ÇIKTILAR (Ç)	5 Gebe Tetanoz 2(Td2) Aşı
	6 Hastanede Doğum
	7 Kızamık Kızamıkçık Kabakulak (KKK) Aşı
	8 Düşük Doğum Oranı (1000 Canlı Doğuma Karşı)
	9 Düşük Hızı
	10 Neonatal Ölüm Hızı
	11 Postneonatal Ölüm Hızı
	12 Kaba Doğum Hızı
	13 Ölü Doğum Oranı (%)

Sunulan çalışmada VZA için CCR modeli kullanılmış ve son yıllarda piyasaya sürülen ve Windows çatısı altında çalışabilen EMS programından yararlanılmıştır. Belirlenen KVB'ne göre Aile Hekimliği Performans Değerlendirme Veri Zarflama (AHPDVZ) modeli geliştirilmiştir. Etkinlik araştırmasının çözümünde EMS paket programı kullanılarak belirli bir çıktı bileşimini en etkin bir şekilde üretebilmek amacıyla kullanılacak en uygun girdi bileşiminin nasıl olması gerektiğini araştırmak amacıyla girdi ve çıktıya yönelik olarak çözüm gerçekleştirilmiştir. CCR modeli ile elde edilen toplam etkinlik skorları, BCC modeli ile elde edilen saf teknik etkinlik skoruna bölünerek ölçek etkinlik skorları hesaplanmıştır. Analizin etkinlik ölçümlerinin hesaplanması, Holger Scheel tarafından geliştirilmiş olan Efficiency Measurement System (EMS) 1.3.0 paket programı ile Türkan ve Gülsevim tarafından yapılmıştır¹⁶.

BULGULAR

Çalışmada toplamda 9 AH'nin performansı değerlendirilmiştir. İlçede TSM'ye bağlı 2 ASM, bu ASM'lerde toplam 6 AH ve 6 ASE görev yapmaktadır. Merkez ilçede görev yapan hekimlerden birine 4 köy, ikisine 3'er, ikisine

bağlı 2'şer köy vardır. Bir hekimde gezici hizmet bölgesi yoktur. Bu hekimlere kayıtlı kişi sayısı 3000 ve üzerindedir. Beldelerde ise 2 ASM ve 3 AHB bulunmaktadır. Bunlardan bir hekim tek başına çalışmaktadır. Beldelerde bir hekime bağlı 3 köy, birine bağlı 5 köy ve diğerine bağlı 4 köy bulunmaktadır. Burada çalışan hekimlerden birine bağlı nüfus 3000'in altındadır (Tablo 2).

Tablo 2. Çalışmanın yapıldığı bölgedeki aile hekimliği birimlerine ait gezici/yerinde hizmet faaliyetleri, 2012

Özellikler	Aile hekimi sayısı	
	Merkez ilçe	Merkez ilçe dışı
Kayıtlı Kişi Sayısı		
<3000	0	1
>3000	6	2
Toplam	6	3
Bağlı Mobil Köy Sayısı		
0	1	0
2	2	0
3	2	1
4	1	1
5	0	1
Toplam	6	3
Mobil Hizmet Alan Kişi Sayısı		
0	1	0
1-853	3	2
>853	2	1
Toplam	6	3

Hekimlerin, KVB kapsamında yer alan ölçütlere ait değerleri AHPDVZ modeline girdiler ve çıktılar olarak tanımlanmış (Tablo 1) ve ayrıntılı sonuçlar Tablo 3'de sunulmuştur.

Tablo 3. Çalışmanın yapıldığı bölgedeki aile hekimlerinin veri zarflama modeli için performans değerlendirme ölçüt değerleri

AH	GİRDİLER				ÇIKTILAR								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	0.57	0.83	4.74	0.08	0.84	1.00	0.71	0.87	0.28	4.30	0.00	0.11	0.00
3	0.37	0.92	0.41	0.73	0.86	1.00	0.48	0.22	0.09	0.00	0.00	0.08	0.00
4	0.33	0.50	8.50	0.68	0.85	1.00	0.95	0.00	0.00	0.00	0.00	0.06	0.00
5	0.75	0.07	8.13	0.58	0.07	1.00	0.90	1.47	0.73	0.00	0.00	0.15	0.00
6	0.72	0.18	1.63	0.22	0.74	1.00	0.25	0.66	0.80	2.20	0.00	0.12	0.02
7	0.33	0.58	8.35	0.97	0.31	1.00	0.74	0.33	0.74	0.00	0.00	0.11	0.00
8	0.31	0.90	2.90	0.57	0.70	1.00	0.78	0.00	0.00	0.00	0.00	0.05	0.00
9	0.90	0.44	7.97	0.05	0.88	1.00	0.62	0.30	0.30	2.20	0.00	0.01	0.03

AH: Aile Hekimi.

GİRDİLER: Sırasıyla, 1. Ortalama bebek izlem sayısı, 2. Kişi başına ortalama muayene sayısı, 3. Bağlı olan kırsal nüfusu, 4. 0-11 ay nüfusu.

ÇIKTILAR: Sırasıyla, 5. Gebe tetanos 2 (td2) aşı oranı, 6. Hastanede doğum oranı, 7. Kızamık Kızamıkçık Kabakulak (KKK) aşı oranı, 8. 1000 canlı doğuma karşı düşük doğum oranı, 9. Düşük hızı, 10. Neonatal ölüm hızı, 11. Postneonatal ölüm hızı, 12. Kaba doğum hızı, 13. Ölü doğum hızı

Sunulan çalışmada AHPDVZ model her bir AH'nin birbirine göre referans katsayıları üzerinden kıyaslayarak değerlendirme

yapmaktadır. Değerlendirme kapsamında, AHPDVZ modeli etkinlik skorları incelenmiş ve sekiz hekimin etkinlik oranı hesaplanabilmiştir.

Bir hekim, gezici hizmet bölgesi olmadığı için değerlendirmeye katılamamıştır. Analiz kapsamına alınabilen 8 hekimin AHPDVZ modeli, EMS program çıktılarına göre, hekimlerin etkinlik skorları %100 bulunmuş ve tam verimlilikle çalıştığı belirlenmiştir. Hekimlerin tam verimlilikle çalışıyor olması bir birleriyle kıyaslama referans katsayısının "0" olmasına yol açmaktadır.

TARTIŞMA VE SONUÇLAR

Performans ölçümünde sık kullanılan VZA tekniğinin sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde de kullanılabilir uygun yöntemler arasında olduğu bildirilmektedir. Yurtdışında geniş uygulama örneklerine rastlanan VZA'nın ülkemizde uygulamaları sınırlı sayıda olmakla birlikte son yıllarda temel sağlık hizmetlerinde performans değerlendirilmesi amacıyla kullanıldığı çalışmalar giderek artmaktadır.

Kayalı ve arkadaşları 2004 yılında İzmir'in Bornova ilçesinde 2000-2002 yılları arasında 21 sağlık ocağının etkinliklerinin belirlenmesi için 3 girdi ve 3 çıktı kullanarak VZA tekniği uygulamışlar ve 6 sağlık ocağının tüm dönemlerde etkin olduğunu saptamışlardır²⁵. Üner 2006 yılında yaptığı doktora tez çalışmasında, Denizli'de faal olarak çalışan 117 sağlık ocağının 1999-2003 yılları arasındaki verimliliğini faktör analizi ve VZA ile incelemiş, %56.4'ünü verimli olarak değerlendirmiştir²⁶. Özata ve arkadaşlarının 2010 yılında Konya şehir merkezindeki sağlık ocaklarının etkinlik düzeylerinin tespit etmek amacıyla VZA tekniği kullanarak yaptıkları çalışmada modelin girdi değişkenleri için, sağlık ocaklarında görev yapan hekim, hemşire ve ebe sayıları; çıktı değişkeni için ise muayene, aşı-enjeksiyon ve ebe ev ziyaretleri verileri kullanılmıştır. Araştırma sonucunda

sağlık ocaklarının etkinlik ortalaması %83.77 olarak hesaplanmıştır. Araştırma sonuçları, kaynakların etkin kullanılamama nedenlerinin saptanarak bu kaynakların daha etkin kullanılabilmesi için politikalar geliştirilmesine gereksinim duyulduğunu ortaya koymuştur²⁷. Bircan ve arkadaşlarının 2011 yılında Sivas ili merkez sağlık ocaklarının etkinlik skorlarını VZA yöntemini kullanarak karşılaştırdıkları çalışmalarında, sağlık ocaklarının etkinlikleri birbirinden farklı çıkmış; çalışma sonucunda sağlık ocaklarında yapılması gereken iyileştirmeler ve öneriler sunulmuştur²⁸. Erinç'in yaptığı Sinop il genelini kapsayan AH'nin performansını VZA ile değerlendiren çalışmada da performanslar arası farklılıklar saptanmıştır²⁰. Erinç ve Üner'in 2008-2009 yıllarını kapsayan ve 56 AH'nin VZA ile değerlendirildiği çalışmada ise AH'nin %83.33'ünün teknik verimliliği tam olarak bulunmuştur²¹. Çalışmamızda ise AH'nin hepsinin %100 teknik verimlilik ile çalıştıkları belirlenmiştir. Çalışmamızda kullanılan ortalama bebek izlem sayısı, ortalama muayene sayısı, 0-11 ay nüfus yüzdesi, kırsal nüfus yüzdesi, hastanede doğum, KKK ve gebe tetanos 2 aşılama yüzde değişkenleri çok sayıdaki çalışmada kullanılmakta birlikte, çıktı olarak kullanılan değişkenlerden düşük doğum oranı (1000 canlı doğumda), neonatal ve post neonatal ölüm oranı, kaba doğum hızı ve ölü doğum oranı kısıtlı sayıdaki çalışmada kullanılmıştır^{20,21,27}. Ek olarak bulgulardaki farklılıklar, sunulan araştırmanın gerçekleştirildiği coğrafyanın özellikleri, nüfusunun görece homojen yapıda oluşu ve demografik dinamiklerden benzer derecede etkilenmeleri nedeniyle ortaya çıkmış olabileceği gibi; Araştırmanın yapıldığı ilçede çalışan AH'lerinin Türkiye genelinde çalışan AH'lerinden ortalama daha az sayıda kişiye hizmet vermeleriyle ilgili de olabilir. Sinop ilinde

AH başına düşen nüfus sayısı, ortalama bebek izlem sayısı, kişi başına ortalama muayene sayısı, neonatal bebek ölüm hızı, postneonatal bebek ölüm hızı çalışmamızın yapıldığı bölgeden daha yüksektir. Hastanede doğum, gebe Td2, KKK ve kaba doğum hızı da çalışmamızın yapıldığı bölgede yüksektir. Çalışma bölgesinde AH'nin performansları birbirine eşit ve tam verimli çıkmıştır. Ancak çalışma bulguları genel olarak Türkiye verileri ile karşılaştırıldığında, hastanede doğum, Gebe Tetanozu (2 doz), KKK aşılması, post neonatal ölüm hızı, kaba doğum hızı, hekim başına düşen nüfus açısından daha iyi; Ortalama bebek izlemi, neonatal ölüm hızı ölçütleri açısından da geride olduğu söylenebilir²⁹⁻³¹.

Tablo 4. Model değişkenlere göre Türkiye (30,31), Tekirdağ (32) ve çalışma bulgularının karşılaştırması

MODEL DEĞİŞKENLER	Türkiye (2012)	Tekirdağ (2012)	Çalışmanın Yapıldığı İlçe (2012)
Aile hekimi başına düşen ortalama nüfus	3634	3661	3515
Ortalama bebek izlem sayısı	8.6	8.3	7.4
Kişi başına düşen ortalama muayene sayısı	3.1	1.9	3.1
Hastanede doğum (%)	97	100	100
Gebe TD2 (%)	-	84.4	91
KKK aşı (%)	96	92.7	101
Neonatal ölüm hızı (‰)	4.3	6.3	8.5
Postneonatal ölüm hızı (‰)	3.1	3.1	0
Kaba doğum hızı (‰)	17	14.5	9.7

*2012 yılına ait gebe Td2 aşı oranına ulaşamamıştır.

Çalışma bölgesinde AH'nin performansları birbirine eşit ve tam verimli çıkmıştır. Ancak çalışma bulguları genel olarak Türkiye verileri ile karşılaştırıldığında, hastanede doğum, Gebe Tetanozu (2 doz), KKK aşılması, post neonatal ölüm hızı, kaba doğum hızı, hekim başına düşen nüfus açısından daha iyi; Ortalama bebek izlemi, neonatal ölüm hızı

ölçütleri açısından da geride olduğu söylenebilir²⁹ (Tablo 4).

Ulaşılabilen kaynaklarda da AH performanslarının coğrafya, kırsal ve kentsel yerleşim bölgesi oluşu, bağlı nüfusun yaş, cins ve eğitim gibi sosyodemografik özellikleri ile değişebildiği görülmektedir. Sistemden kaynaklı bu sonuç uygulamanın özünde eşitlikçi olmadığı ve AH'nin birbirlerine karşı çalışma performansı açısından avantajlı/dezavantajlı konuma getirdiğini düşündürmektedir. Bu sorunun, AH sistemine geçiş sürecinde nüfusun demografik özelliklerine göre dağılımı olanaklı kılmayı, toplum tabanlı örgütlenme yapısının yerine yalnızca nüfusun sayı yönünden eşitlenmesi kaygısının olması nedeniyle ortaya çıktığı düşünülmektedir.

Araştırma bulguları, bahsedilen gerekçelerle çalışmanın yapıldığı bölge dışına genellenmemelidir. Daha net ve doğru sonuçlara ulaşabilmek için il genelinin değerlendirildiği ya da birkaç ilçenin birbiri ile değerlendirildiği daha büyük çaplı çalışmalara gereksinim vardır. Çalışmamızın konuyla ilgili bir farkındalık yarattığı ve bu alanda başka çalışmaları tetikleyebileceği düşünülmektedir.

Ek olarak bu çalışmanın kazandırdığı ikincil sonuç özellikle araştırmanın yapıldığı bölge için öncelikli sağlık sorunlarının belirlenmesidir. Buna göre öncelikli olarak anne ve bebek sağlığını önceleyen programların daha etkin olarak uygulamaya konması yönünde çalışmalar başlatılabilir. Böylelikle gebe tetanosu aşılama oranlarında yükselme, bebek izlem sayısını artırma ile de bebek ölümlerini azaltmak olanaklı olabilir.

TEŞEKKÜRLER

Çalışmanın uygulama kısmında kullanmış olduğumuz uygulama verilerini temin etmemizde yardımcı olan Tekirdağ Halk Sağlık Müdürlüğü'ne çalışmamızdaki katkılarından dolayı teşekkür ederiz.

Kaynaklar

1. WHO (1948). Official Records of The World Health Organization Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85573/1/Official_record2_eng.pdf. Accessed: 09.08.2017
2. Saltman RB, Joseph F. Avrupa Sağlık Reformu-Mevcut Stratejilerin Analizi, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi, Ankara.1998;5-15.
3. Soyer A. Türkiye'de Sağlık Hizmetleri, Sağlık, Hekimler ve Eşitsizlikler: Bugünden Yarına 2000-2020 Sürecinde Nasıl Bir Dünya, Türkiye, Sağlık, Tıp Ortamı Öngörülebilir, Oluşturulabilir? Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları. 2002;137-56.
4. Dünya Bankası Türkiye: Yaygınlığı ve Verimliliği İyileştirmek Amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar, Rapor No. 24358-TU, Dünya Bankası, Haziran 2002.
5. Kutzin J, Cashin C, Jakab M. Implementing Health Financing Reform, United Kindom: WHO Europa, 2010.
6. WHO (2010). The World Health Report 2010- Health Systems Financing. Available at: <http://www.who.int/whr/2010/en/> Accessed: 09.08.2017.
7. Saraçoğlu GV. Küreselleşme ve Türk Sağlık Sistemi Üzerine Etkileri, Trakya Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, 2004;Edirne.
8. Belek İ. Sağlıkta Dönüşüm, Halkın Sağlığına Emperyalist Saldırı, İstanbul: Yazılama Yayınevi. 2012.
9. OECD. Türkiye'de Yakın Tarihte Yapılan Sağlık Reformları, OECD Sağlık Sistemleri İncelemesi Bölüm 2, 2008;36.
10. Sağlık Bakanlığı. Sağlıkta Dönüşüm Sürüyor, Sağlık 2004. Ankara. 2005.
11. Miller C, Moore KS, Richards TB, Monk, J. D. A proposed method for assessing the performance of local public health functions and practise, American Journal of Public Health. 1994;84(11):1743-9.
12. Belek İ. Sınıf, sağlık, eşitsizlik. İstanbul: Sorun Yayınları. 1998.
13. WHO. Health Ssystems: Improving Performance, The World Health Report, 2000, Available at: http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1 Accessed: 09.08.2017.
14. Handler A. A conceptual framework to measure performance of the public health system, American Journal of Public Health. 2001;91(8):1-9.
15. Helvacı MA. Performans yönetim sürecinde performans değerlendirmenin önemi, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2002; 35(1-2):156.
16. Gülsevim G, Türkan AH. Afyonkarahisar hastanelerinin etkinliklerinin veri zarflama analizi ile değerlendirilmesi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi. 2012;021301:1-8.
17. Aydemir ZC. Bölgesel rekabet edilebilirlik kapsamında illerin kaynak kullanımı görece verimlilikleri: veri zarflama analizi uygulaması, DPT Uzmanlık Tezleri, Devlet Planlama Teşkilatı, Yayın No: DPT:2664, Ankara.
18. Bayraktutan Y, Pehlivanoğlu F. Sağlık işletmelerinde etkinlik analizi: Kocaeli örneği, Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2012;23:127-62.
19. Cooper WW, Seiford LM, Tone KK. Data envelopment analysis a comprehensive text with models, applications, reference and dea-solver software. Newyork: Springer Science Business Media, LLC, 2007. Available at: http://download.springer.com/static/pdf/302/bfm%253A978-0-387-45283-8%252F1.pdf?auth66=1389133196_70182c933f5b2df387c422b0cd5de48f&ext=.pdf. Accessed: 09.08.2017
20. Erinç MS. Bir ilin aile hekimlerinin veri zarflama analizi ile performanslarının değerlendirilmesi çalışması, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. 2013; Ankara.
21. Erinç MS, Üner S. Seçilen Bir ilde veri zarflama analizi ile aile hekimlerinin performanslarını değerlendirme çalışması, Sağlık ve Toplum. 2014;24(1):24-31.
22. Yoluk M. Hastane performansının veri zarflama analizi yöntemi ile değerlendirilmesi, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2010.
23. Ayanoğlu Y, Atan M, Beylik U. Hastanelerde veri zarflama yöntemiyle finansal performans ölçümü ve değerlendirilmesi, Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 2010;2:40-62.
24. Beylik U, Ayanoğlu PY. Eğitim ve araştırma hastanelerinde etkinlik analizleri ve değerlendirilmesi, Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi. 2012;3:119-56.
25. Bal V, Bilge H. Eğitim ve araştırma hastanelerinde veri zarflama analizi ile etkinlik ölçümü, Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2013;2(2):1-14.

26. Kayalı CA, Kayalı N, Kartal B. Veri zarflama analizinin türk sağlık sektöründe bir uygulaması, C.B.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi. 2004;2(2):67-77.
27. Üner S. Sağlık ocakları performans değerlendirme model çalışması, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Doktora Tez Programı, 2006;Ankara.
28. Özata M, Sevinç I. Konyadaki sağlık ocaklarının etkinlik düzeylerinin veri zarflama analizi yöntemiyle değerlendirilmesi, Atatürk Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2010;24(1):77-87.
29. Bircan H. Veri zarflama analizi ile sivas ili merkez sağlık ocaklarının etkinliğinin ölçülmesi, Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Dergisi. 2011;12(1):331-47.
30. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Bakanlığı İstatistikleri Yıllığı, 2012; Ankara.
31. Sağlık Bakanlığı. Birinci basamak sağlık hizmetleri veri rehberi, 2012; Ankara.
32. Tekirdağ Halk Sağlığı Müdürlüğü. Tekirdağ Halk Sağlığı Müdürlüğü 2012 Yılı Brifingi, 2013.



REKÜRREN AFTÖZ STOMATİT TANILI HASTALARDA NÖTROFİL/LENFOSİT ORANI BİR AKUT FAZ REAKTANI OLARAK KULLANILABİLİR Mİ?

CAN THE NEUTROPHIL/LEUKOCYTE RATIO BE USED AS AN ACUTE PHASE REACTANT IN PATIENTS DIAGNOSED WITH RECURRENT APHTHOUS STOMATITIS?

Sonat Pınar KARA¹, Okan AVCI¹, Hülya ALBAYRAK², Birol TOPÇU³, Mehmet Emin YANIK², Dilek SOLMAZ⁴, Gamze ERFAN⁵

¹ Namık Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları ABD, Tekirdağ, Türkiye

² Namık Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları ABD, Tekirdağ, Türkiye

³ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik ABD, Tekirdağ, Türkiye

⁴ Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir, Türkiye

⁵ Acıbadem Üniversite, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları ABD, İstanbul, Türkiye

Öz

Amaç: Sistemik inflamatuvar yanıt C-reaktif protein (CRP) gibi birçok laboratuvar yöntemleri çalışılarak tespit edilebilir. Bu sebeple yaygın kullanılan ve ulaşılabilirliği daha kolay olan hemogram parametreleri kullanılarak inflamasyonu değerlendirmeyi amaçladık.

Bu çalışmamızda; Rekürren aftöz stomatit (RAS)'te hematolojik ve biyokimyasal laboratuvar özelliklerin değişimini göstermek ve de birçok farklı klinik durumda yapılmış çalışmalar da olduğu gibi RAS tanısı alan hastalarda nötrofil/lenfosit oranının (NLO), CRP gibi akut faz reaktanı olarak kullanılabilirliğini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: Retrospektif olarak hasta dosyaları gözden geçirilerek 2010-2015 tarihleri arasında Namık Kemal Üniversitesi, Araştırma ve Uygulama Merkezi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Polikliniği'ne başvurmuş klinik olarak RAS tanısı konmuş 265 hasta çalışmaya dahil edildi. 299 sağlıklı kontrol grubu oluşturuldu. Hasta dosyaları taranarak hemoglobin, lökosit, nötrofil, lenfosit değerleri kaydedildi ve NLO'ları hesaplandı.

Bulgular: RAS ve kontrol grubu arasında lökosit, nötrofil, lenfosit ve NLO oranı arasında anlamlı bir fark saptanmazken ($p>0,05$), hemoglobin, CRP ve sedimentasyon değerleri arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,01$).

Sonuç: RAS hastalarında NLO'nun CRP gibi akut inflamatuvar bir belirteç olarak kullanılabilirliği olmadığı sonucuna varılmıştır. Bu hastalarda klinik tanı ve takipte destek olabilecek biyolojik belirteçler için yeni çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Rekürren aftöz stomatit, nötrofil/lenfosit oranı, c-reaktif protein

Abstract

Aim: Systemic inflammatory response can be detected using several laboratory methods, such as C-reactive protein (CRP). The purpose of this study was to assess inflammation using widely used and more easily available blood count parameters.

The purpose of this study was to show changes in hematological and biochemical laboratory characteristics in recurrent aphthous stomatitis (RAS), and to assess the practicability of the neutrophil/lymphocyte ratio (NLR) as an acute phase reactant like CRP, in patients diagnosed with RAS.

Materials and Methods: 265 patients with a clinical diagnosis of RAS at the Namık Kemal University Research and Practice Center Dermatological and Venereal Diseases Clinic in 2010-2015 were included in the study following a retrospective review of the patient files. A control group of 299 healthy individuals was also established. Hemoglobin, leukocyte, neutrophil and lymphocyte values were recorded from the patient files, and the neutrophil/leukocyte ratio (NLR) was calculated.

Results: No significant difference was determined in leukocyte, neutrophil, lymphocyte or NLR values between the RAS and control groups ($p>0,05$), while significant differences were observed in terms of CRP and sedimentation values ($p<0,01$).

Conclusion: NLR cannot be used like CRP as an inflammation marker in RAS patients. New studies investigating biological markers capable of supporting clinical diagnosis and follow-up in these patients are required.

Key Words: Recurrent aphthous stomatitis, neutrophil/leukocyte ratio, c-reactive protein

Corresponding Author / Sorumlu Yazar:

Yrd. Doç. Dr. Sonat Pınar KARA
Adres: Namık Kemal Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Polikliniği Namık Kemal Mah.
Kampüs Cad. No:1 Tekirdağ/Türkiye
E-posta: sonatmert2004@yahoo.com
Tel: +90 282 250 71 26

Article History / Makale Geçmişi:

Date Received / Geliş Tarihi: 15.08.2017
Date Accepted / Kabul Tarihi: 21.08.2017

GİRİŞ

Rekürrent Aftöz Stomatit (RAS), en sık görülen oral mukoza ülserasyonudur. Toplumun yaklaşık olarak %10-20'sini etkiler fakat insidansı etnik ve sosyoekonomik gruplara bağlı olarak % 5-50 arasında değişebilir^{1,2}. Etiyolojisi günümüzde tam olarak bilinmemektedir, birçok immünolojik ve predispozan faktörler etyolojide suçlanmaktadır. İdiyopatik olarak görülebildiği gibi, lokal veya sistemik nedenler, mikrobiyal etkenler, otoimmünite, genetik ve immünolojik nedenler tetikleyici olabilir.

Sistemik inflamatuvar yanıt C-reaktif protein (CRP) gibi birçok laboratuvar yöntemleri çalışılarak tespit edilebilir. Hekimler başta bakteriyel enfeksiyonlar olmak üzere, birçok inflamatuvar hastalıkların tanısı ve takibinde CRP'yi kullanılır. CRP ölçümünde kullanılan yöntemler arasındaki uyumsuzluklar, sonuçlar arasında farklılıklara yol açabilir. Tek başına CRP kullanımı klinisyenin sonuçları hatalı yorumlamasına sebep olabilir. Hemogram, CRP'ye göre ölçüm yöntemi daha iyi standardize edilmiş, geniş kullanımı olan, kolay ulaşılabilen ve düşük ekonomik maliyeti olan bir laboratuvar yöntemidir³. Bu nedenlerden ötürü hemogram parametreleri kullanılarak inflamasyonu değerlendirmeye yönelik yeni inflamatuvar belirteçler geliştirilmeye çalışılmıştır. Bunlardan biri de nötrofil lenfosit oranıdır (NLO). Bu oran akut böbrek yetmezliği, kolorektal kanserler ve otoimmün romatizmal hastalıklar gibi birçok farklı klinik durumda değerlendirilmiştir⁴⁻⁶.

Bu çalışmamızda; RAS'te hematolojik ve biyokimyasal laboratuvar özelliklerin değişimini göstermek ve de birçok farklı klinik durumda

yapılmış çalışmalar da olduğu gibi RAS tanısı alan hastalarda nötrofil/lenfosit oranının, CRP gibi akut faz reaktanı olarak kullanılabilirliğini değerlendirmek amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Retrospektif olarak hasta dosyaları gözden geçirilerek 2010-2015 tarihleri arasında Namık Kemal Üniversitesi, Araştırma ve Uygulama Merkezi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Polikliniği'ne başvurmuş klinik olarak RAS tanısı konmuş 169'u kadın(%63,8), 96'sı erkek(%36,2) 265 hasta çalışmaya dahil edildi. Kronik sistemik inflamatuvar ve otoimmün hastalığı olanlar, malignitesi ve akut enfeksiyonu olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. 184'ü kadın(%61), 115'i erkek(%38) 299 sağlıklı kontrol grubu oluşturuldu. Hasta dosyaları taranarak hemoglobin, lökosit, nötrofil, lenfosit değerleri kaydedildi ve NLO'ları hesaplandı.

İSTATİSTİKSEL YÖNTEM

Çalışmamızda verilerin değerlendirilmesinde PASW Statistics 18 istatistik paket programı kullanılmıştır. Bağımsız iki grup karşılaştırılmasında normallik şartı sağlandığından karşılaştırmalar bağımsız örneklem t-testi ile yapılmıştır. Sonuçlar ortalama ve standart sapma ve tablo ile sunulmuştur. İstatistiksel olarak p<0,05 anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

RAS tanısı almış hastaların yaş ortalaması 38,28(±12,72), kontrol grubunun yaş ortalaması 45,63(±14,58) olarak hesaplandı. RAS ve kontrol grubu arasında lökosit, nötrofil, lenfosit ve NLO oranı arasında anlamlı bir fark

saptanmazken($p>0,05$), hemoglobin, CRP ve sedimentasyon değerleri arasında anlamlı bir fark saptanmıştır($p<0,01$) (Tablo 1).

Tablo1: Rekürren aftöz stomatit ve kontrol grubuna ait hematolojik ile inflammatuar veriler

Değişkenler	Hasta(N:306)	Kontrol(N:300)	P değeri
Lökosit($10^3 \mu/L$)	6,79±1,71	6,55±1,53	$p>0,05$
Nötrofil($10^3 \mu/L$)	3,82±1,43	3,76±1,21	$p>0,05$
Lenfosit($10^3 \mu/L$)	2,21±0,65	2,1±0,58	$p>0,05$
NLO	1,88±1,0	1,83±0,73	$p>0,05$
Hemoglobin(gr/dl)	13,5±1,61	13,9±1,28	$p<0,01$
ESR(mm/saat)	16,1±14,5	12,2±8,2	$p<0,01$
CRP(mg/L)	5,3±9,8	2,4±1,89	$p<0,01$

ESR:Eritrosit sedimentasyon hızı

TARTIŞMA

RAS etyolojide travma, ilaçlar, mikrobiyal faktörler, immünolojik nedenler ve ailesel yatkınlık gibi birçok etmenin suçlandığı bir oral mukoza lezyonudur^{7,8}. Lezyon kendi kendine sınırlanmış, yuvarlak veya oval ağrılı ülser ile karakterizedir. Fibröz bir membranla örtülü ülser zemini lenfosit, nötrofil ve plazma hücreleriyle infiltridir. Klinik olarak, minör, major ve herpetiform olarak üç tipi vardır⁸. RAS anamnez ve fizik muayene bulguları esas alınarak teşhis edilir. RAS'ın teşhisinde kullanılabilecek hematolojik veya biyokimyasal herhangi bir inflammatuar belirteç yoktur. Sadece etyoloji araştırılırken ön tanılarımızı elimine etmek için laboratuara ihtiyaç duyulur.

NLR ösefagus kanseri ve kalp transplantasyonu sonrası sağkalımın değerlendirilmesi gibi birçok hastalığın seyrinde kullanılması amaçlanan bir inflammatuar belirteçtir^{9,10}. İmtiaz F. ve ark.'ın yaptığı ve 1070 bireyin alındığı bir çalışmada, diabetes mellitus hipertansiyon, astım ve artritli hastalarda NLR ile relative risk skorlaması yapılmıştır. Diabetes mellitus ve hipertansiyon hastaları ile NLR arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yine aynı çalışmada astım ve artritli hastalar ile NLR arasında anlamlı bir

ilişki saptanamamıştır¹¹. Acartürk G. ve arkadaşlarının inflammatuar bağırsak hastalığında yaptığı bir diğer çalışmada, hastalık şiddetini değerlendirmek için inflammatuar belirteç olarak NLO oranı kullanılmıştır. Hastalığın şiddeti ile NLO anlamlı olarak korele bulunmuştur¹².

RAS'lı hastalarda inflammatuar belirteç olarak IL-6 ve IL-8 çalışılmıştır. RAS'ta IL-8'in IL-6'ya göre daha sensitif olduğu bulunmuştur¹³. Seçkin HY. ve ark. RAS tanılı 60 hastada kolsişin tedavisi öncesi ve kolsişin tedavisi sonrası 3. ayda yaptıkları değerlendirmede; kolsişin tedavisi sonrası NLR oranı anlamlı olarak düşmüştür ($p<0,05$)¹⁴. Biz NLR'yi RAS tanısında inflammatuar bir belirteç olarak kullanmayı amaçladık, fakat RAS'lı hastaların kontrol grubuna göre lökosit, nötrofil, lenfosit ve NLR istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo1).

Bilindiği gibi CRP sistemik infeksiyon ve inflammatuar hastalıklarda yükselen bir inflammatuar bir belirteçtir. RAS tanısı klinik olarak koyulur ve RAS tanısını destekleyen bir laboratuvar bulgusu yoktur. Fakat bizim çalışmamızda CRP ve sedimentasyon değerleri kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek tespit edildi ($p<0,05$) (Tablo 1).

RAS grubunda hemoglobin ortalama değeri, kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük tespit edildi ($p<0,05$), bu da bilinen RAS etyolojisinde aneminin yerini açıklamaktadır¹⁵ (Tablo 1).

RAS'da tipik olarak inflammatuar hücre infiltrasyonu ve epitelyal ülserasyon görülür. RAS'ın karakteristik histolojik özellikleri vasküler dilatasyon, enflamatuar hücre infiltrasyonu ve epitelyal ülserasyondur. T

lenfositleri hakimiyeti baskın bir inflamasyondur. T lenfositleri, epitelyal antijenlere karşı organizmanın gösterdiği immunolojik cevapta rol alırlar¹⁶. T lenfositlerine fagositik mononükleer hücreler ve nötrofiller eşlik eder. Mast hücreleri, nötrofiller, fagositler ülser tabanında %20'lik bir oranda bulunur¹⁷. Bu bilgiler ışığında çalışmamızda NLR değerlerindeki istatistiksel olarak anlamlı değişiklikler bulmayı amaçladık. Fakat RAS tanılı hastaların kontrol grubuna göre NLR değeri istatistiksel olarak anlamlı saptanmadı ($p>0.05$). Terzi S. ve ark'ının 80 RAS tanılı hastada yaptığı retrospektif çalışmada, NLR kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$)¹⁸. Sonuç olarak RAS hastalarında NLR inflamatuvar bir belirteç olarak kullanılabilirliği tartışmalıdır, RAS tanısında akut faz reaktanı gibi NLR'yi tanı belirteçlerine dahil edebilmemiz için daha geniş ölçekli çalışmalara ihtiyacımız vardır.

Kaynaklar

1. Shashy RG, Ridley MB. Aphthous ulcers: A difficult clinical entity. *Am. J. Otolaryngol.* 2000;21:389-393.
2. Rodu B, Mattingly G. Oral mucosal ulcers: diagnosis and management. *J Am Dent Assoc.* 1992;123:83-6.
3. Yombi JC, Schwab PE, Thienpont E. Neutrophil-to-lymphocyte ratio (NLR) distribution shows a better kinetic pattern than C-reactive protein distribution for the follow-up of early inflammation after total knee arthroplasty. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2016 Oct;24(10):3287-92.
4. Abu Alfeilat M, Slotki I, Shavit L. Single emergency room measurement of neutrophil/lymphocyte ratio for early detection of acute kidney injury (AKI). *Intern Emerg Med.* 2017;PMID: 28756545.
5. Walsh SR, Cook EJ, Goulder F, Justin TA, Keeling NJ. Neutrophil-lymphocyte ratio as a prognostic factor in colorectal cancer. *J Surg Oncol.* 2005;91:181-84.
6. Yang Z, Zhang Z, Lin F, Ren Y, Liu D, Zhong R, et al. Comparisons of neutrophil-monocyte-, eosinophil-, and basophil- lymphocyte ratios among various systemic autoimmune rheumatic diseases. *APMIS.* 2017;125(10):863-71.
7. Hoover CI, Greenspan JS. Immunochemical comparison of cell wall antigens of various viridans streptococci, including strain 2A2+3 from recurrent aphthous ulceration in man. *Arch Oral Biol.* 1983; 28(10):917-922.
8. Field EA, Allan RB. Review article: oral ulceration-aetiopathogenesis, clinical diagnosis and management in the gastrointestinal clinic. *Aliment Pharmacol Ther.* 2003;18:949-62.
9. Gao GD, Sun B, Wang XB, Wang SM. Neutrophil to lymphocyte ratio as prognostic indicator for patients with esophageal squamous cell cancer. *Int J Biol Markers.* 2017;32(4):409-14.
10. Seropian IM, Romeo FJ, Pizarro R, Vulcano NO, Posatini RA, Marenchino RG, et al. Neutrophil-to-lymphocyte ratio and platelet-to-lymphocyte ratio as predictors of survival after heart transplantation. *ESC Heart Fail.* 2017;PMID: 28758719.
11. Imtiaz F, Shafique K, Mirza SS, Ayoob Z, Vart P, Rao S. Neutrophil lymphocyte ratio as a measure of systemic inflammation in prevalent chronic diseases in Asian population. *Int Arch Med.* 2012;PMID: 26704797
12. Acartürk G, Acay A, Demir K, Ulu MS, Ahsen A, Yüksel S. Neutrophil-to-lymphocyte ratio in inflammatory bowel disease - as a new predictor of disease severity. *Bratisl Lek Listy.* 2015;116 (4):213-7.
13. Sun A, Chang YF, Chia JS, Chiang CP. Serum interleukin-8 level is a more sensitive marker than serum interleukin-6 level in monitoring the disease activity of recurrent aphthous ulcerations. *J Oral Pathol Med.* 2004;33(3):133-9.
14. Seçkin HY, Bütün I, Baş Y, Takcı Z, Kalkan G. Effects of colchicine treatment on mean platelet volume and the inflammatory markers in recurrent aphthous stomatitis. *J Dermatolog Treat.* 2016;27(4):389-91.
15. Wu YC, Wu YH, Wang YP, Chang JY, Chen HM, Sun A. Hematinic deficiencies and anemia statuses in recurrent aphthous stomatitis patients with or without atrophic glossitis. *J Formos Med Assoc.* 2016;115(12):1061-68.
16. Jurge S, Kuffer R, Scully C, Porter SR. Recurrent aphthous stomatitis. *Oral Dis* 2006;12:1-21.
17. Pederson A, Hougen HP, Kenrad B. T lymphocytes subsets in oral mucosa of patients with recurrent aphthous ulceration. *J Oral Pathol Med.* 1992;21:176-80.

18. Terzi S, Dursun E, Özgür A, Yiğit E, Özergin CZ, Çelebi EÖ, Demirci M. Status of Neutrophils, Lymphocytes and Platelets in Patients with Recurrent Aphthous Stomatitis: A Retrospective Study. Iran J Otorhinolaryngol.2016;28(89):421-24.



AKUT KARIN NEDENİYLE OPERE EDİLEN OLGUDA AKUT MEZENTERİK İSKEMİ İLE EŞ ZAMANLI SİGMOİD VOLVULUSU: OLGU SUNUMU*

SIGMOİD VOLVULUS ACCOMPANYING ACUTE MESENTERIC ISCHEMIA IN OPERATED PATIENT WITH ACUTE ABDOMINAL PAIN: A CASE REPORT

Fatin Rüştü POLAT, Yasin DURAN, Onur SAKALLI, Ümit GEÇGEL, Ufuk COŞKUNKAN, İlhan BALI, Makbule Begüm BALKAN

Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD. Tekirdağ

*Bu çalışma; XXI. Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Kongresi'nde (5-9 Nisan 2017, Antalya) sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

Öz

Akut mezenterik iskemi ile eş zamanlı sigmoid volvulusun görülmesi nadir bir durumdur. Volvulusta cerrahi öncesi sigmoidoskop ile detorsiyone edilerek tedavi sağlanabilir ancak iskemide acil cerrahi müdahale gerekir. Volvulus tanısı alan mezenter iskemi olgularında ameliyatın geciktirilmesi mortalite ve morbiditeyi artırır. Sigmoid volvulusu ön tanısıyla ameliyata alınmış, ancak laparatomide; sigmoid volvulus ve aynı zamanda akut mezenter iskemi gözlenen 68 yaşındaki akut batın olgusunun; operasyon bulguları, radyolojik bulguları ve tedavi yöntemleri açısından tartışmayı amaçladık.

Anahtar kelimeler: Akut batın, Volvulus, Mezenterik iskemi.

Abstract

Concomitant sigmoid volvulus with acute mesenteric ischemia is rare condition. Volvulus can be treated by detorsion with sigmoidoscopy before surgery but urgent surgical intervention is needed in mesenteric ischemia. In this case, delaying the operation in case of mesenteric ischemia with volvulus diagnosis increases mortality and morbidity. In case the diagnosis of sigmoid volvulus was made preoperatively, but intraoperatively acute mesenteric ischemia was seen with concomitant sigmoid volvulus. Operative findings, radiological findings and treatment methods is discussed in this presentation.

Key words: Acute Abdomen, mesenteric ischemia & sigmoid volvulus.

GİRİŞ

Akut mezenterik iskemi ile eş zamanlı sigmoid volvulusun görülmesi nadir bir durumdur. Her iki hastalıkta akut batın bulgularını verir¹⁻³. Sigmoid volvulusta strangülasyon bulguları yoksa operasyon öncesi kolon detorsiyonu için terapotik sigmoidoskopi yapılır iken akut mezenter iskemide acil cerrahi müdahale gerekir. Pubmed taramasında bu iki durumun beraber sunulduğu bir makaleye rastlanmadı. Sigmoid volvulusu ön tanısıyla ameliyata alınmış, ancak laparatomide; sigmoid volvulus ve eş zamanlı akut mezenter iskemi tanısı alan akut batın olgusunun; operasyon bulguları, radyolojik bulguları ve tedavi yöntemleri

açısından literatür eşliğinde tartışmayı amaçladık.

OLGU

68 yaşında erkek hasta karın ağrısı ve karında şişlik nedeniyle acil serviste başvurdu. Yapılan tetkiklerde lokositoz mevcut olup diğer biyokimya ve hematolojik tetkikler normal tespit edildi, Ayakta direk karın grafisi)'de sigmoid volvulusa bağlı olduğu düşünülen kahve çekirdeği görünümü mevcuttu (resim 1). Fizik muayene bulgularında; karında asimetrik distansiyon ve rebound mevcuttu. Sigmoid volvulusu öntanısı ile ameliyata alındı. Göbek altı median insizyonu ile batına girildi. Laparatomide; sigmoid volvulus (resim 2) ve

Corresponding Author / Sorumlu Yazar:

Sorumlu Yazar: Doç. Dr. Fatin Rüştü POLAT
Adres: Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi
BD. 59100 Tekirdağ, Türkiye
Tel : +90 532 396 12 24
E-posta : polat22@hotmail.com

Article History / Makale Geçmişi:

Date Received / Geliş Tarihi: 19.04.2017
Date Accepted / Kabul Tarihi: 23.05.2017

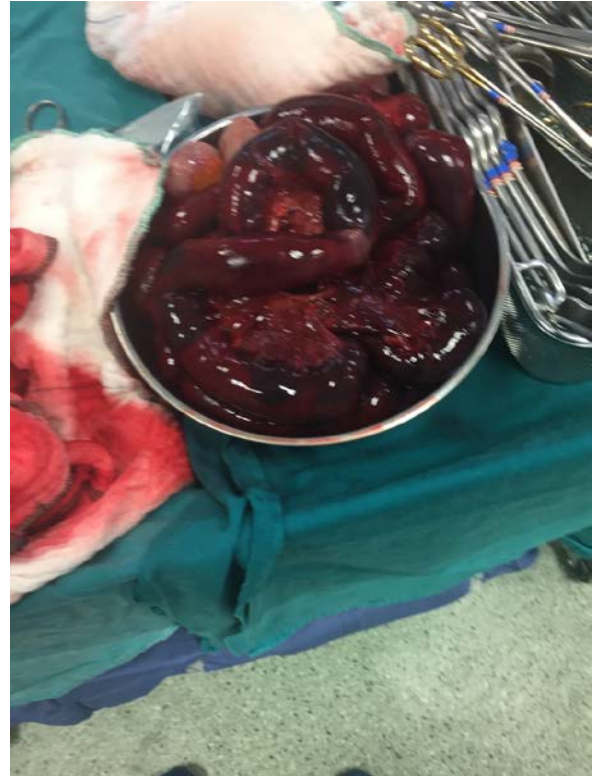
akut mezenter iskemi (resim 3) gözlendi. Sigmoid kolon rezeksiyonu yapıldı ve Hartmann prosedürü uygulandı (resim 4). İleumdaki yaklaşık 100 cm'lik strangüle olmuş barsak segmenti rezeke edildi. İnce barsaklara uçuca anastomoz yapıldı. Ameliyat sonrası düşük doz heparin ile antitrombotik tedavi uygulandı. Post operatif takipleri olağan seyreden olgu 12'inci gün şifa ile taburcu edildi. 12 hafta sonra kolostomi kapatıldı (resim 5).



Resim 1: Sigmoid volvulus X RAY görünümü.



Resim 2: Sigmoid kolon.



Resim 3: İskemik ileum.



Resim 4: Hartmann prosedürü.



Resim 5: Kolostominin kapatılması

TARTIŞMA

Kolonik volvulusların % 45-80'i sigmoid kolonda gözlenir¹. Genellikle yaşlı, hareket kısıtlılığı olan, daha önce karın cerrahisi geçirmiş ya da kronik laksatif kullanım alışkanlığı bulunanlarda görülmektedir¹. Olgumuzda yaşlı olup hareket kısıtlılığı mevcuttu. Hastalarda yaş ortalaması 60-70 dir¹.

Volvulus; sigmoid kolon saat yönünde 200 dereceden daha fazla rotasyona uğrayan segmentte kapalı loop obstruksiyonuna neden olur¹. Hastalar genellikle akut gelişen karın ağrısı, gaz çıkaramama, bulantı ve kusma şikayetleri ile başvurur¹. Ayrıca flatus negatif olarak tespit edilir.

Mezenterik vasküler hastalıklarda iskemi; etiyojisi hangi mekanizmayla olursa olsun süperior veya inferiör mezenterik arter ya da vende oluşan akım yetersizliği sonucu geçici mukozal iskemiden tam kat barsak duvarı nekrozuna kadar giden bir spektrum içerisinde yer alır². Mezenterik vasküler hastalıklar; akut mezenterik iskemi(AMİ), kronik mezenterik iskemi ve iskemik kolit olarak sınıflandırılır². Mezenterik iskemide; preoperatif semptomlar ve bulgular nonspesifik olup ilk gözlenen semptom karın ağrısıdır².

Akut mezenterik iskemide intravenöz kontrastlı abdomen bilgisayarlı tomografi ve abdomen bilgisayarlı anjiografinin tanıda önemli olduğu ve erken olgularda girişimsel radyolojinin tedavide önemli olduğu fakat gecikmiş olgularda cerrahi uygulamanın hatta bazı hastalarda açık karın, ikinci gözlem gibi işlemler yapılabilmektedir.

Volvulusta; fizik muayene ve düz karın grafisi genellikle tanı koydurucudur¹. Ancak AMİ

hastalarının %75-98'de nonspesifik karın ağrısı bulunur ve preoperatif tanı zor konur. Laboratuvar incelemesinde genellikle özellikli olmayan (lökositöz ve C-Reaktif Protein yükselmesi) bulgular mevcut olup tanı genellikle intra-operatif olarak konur.

Sigmoid volvulusta; genel durumu iyi ve strangülasyon riski düşük olan hastalarda rijit rektosigmoidoskopi ile %80 oranında detorsiyon sağlanabilir¹. Fleksibl sigmoidoskopi ile de başarılı sonuçlar bildirilmektedir¹⁻⁴. Endoskopik detorsiyon sonrası %50-90 hastada rekürrens görülmektedir. Nükslerde morbidite ve mortalite artmaktadır, bu nedenle bir veya ikinci ataktan hemen sonra barsak hazırlığı yapıp cerrahi uygulanmalıdır¹. Kolopeksinin rekürrens oranını azaltmadığı gösterilmiştir. rekürrensi ortadan kaldırmak için redundant sigmoid kolonun rezeksiyonu ve anastomoz uygulanmasıdır¹. Endoskopik detorsiyonda başarılı olunmadığı durumda acil cerrahi tedavi gereklidir¹. Rezeksiyon uygulanan durumlarda anastomoz ya da diversiyon (Hartmann prosedürü) seçeneklerinde biri hastanın durumuna göre uygulanır¹. AMİ'de ise cerrahi; canlılığını yitirmiş barsak segmentlerin rezeksiyonu ve anastomoz olup acil cerrahi müdahale gerekir.

Sonuç olarak; Sigmoid volvulusta strangülasyon bulguları yoksa, operasyon öncesi kolon detorsiyonu için terapotik sigmoidoskopi yapılabilir iken akut mezenter iskemide acil cerrahi müdahale gerekir.

Kaynaklar

1. Karakoç D. İntestinal obstruksiyonlar. Sayek İ, Editör. Temel Cerrahi, İkinci Baskı. Ankara. Güneş Kitapevi Ltd. Şti. 2010; 1221-36.

2. Karamercan A. Mezenterik vasküler hastalıklar. Sayek İ, Editör. Temel Cerrahi, İkinci Baskı. Ankara. Güneş Kitapevi Ltd. Şti. 2010;1796-1802.
3. Ersan Y. Bağırsak tıkanıklığı. Andican AA. Abdominal Operasyonlar. İstanbul: Nobel Kitapevleri Ltd. Şti. 2008;479-507.
4. Pickleman J. Small Bowel Obstruction. In: Michael J. Zinner, ed. 4. Abdominal Operations. 10th ed. London: Prentice Hall International, Inc. 2012;1159-1172.
5. Evers BM, Toundsend M. Small Intestina. In: Schwartz SI, ed. Principles of Surgery. Seventh ed. New York: McGraw-Hill International Inc. 2010;1:1217-64.
6. Charles Robertson. Small Intestina. In: Klingensmith, Mary E. ed. Washington Manual of Surgery, The, 5th Edition. Lippincott Williams & Wilkins. 2008;182-199.



NUTRİSYON

NUTRITION

Rafet METE, Gaye Kübra EMEKSİZ

Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tekirdağ

Öz

Son yıllarda nutrisyonel destek, ilaç tedavisinin yanında olmazsa olmazdır. Hastalar için uygun olan diyet seçilmelidir. Bu seçimler yapılırken endikasyonlar ve komplikasyonlar göz ardı edilmemelidir. Farklı hasta grupları için farklı beslenme modülleri uygulanmalıdır. Onkoloji hastalarında kemoterapiye bağlı katabolizma ve kaşeksi sık olup, lipid ve karbonhidrat dengelenmiş nutrisyon sağlanmalıdır. Diyabetik hastalarda öğünlerdeki protein, yağ ve karbonhidrat dağılımı önemlidir. Yoğun bakım hastaları pek çok stres faktörüne maruz kaldığından enfeksiyonlara daha açıktır. Özellikle solunum yetmezliği olan mekanik ventilasyon hastalarında lipid ağırlıklı beslenme önemlidir. Ayrıca bu hastalarda immunitiyi sağlamlaştıran glutamin aminoasit desteğinin mortalite ve morbiditeyi azalttığı kanıtlanmıştır. Kronik böbrek yetmezlikli diyaliz hastalarında azot dengesinin sağlanması için gerekli halde protein kısıtlaması yapılmalı, mineral ve vitamin replasmanları unutulmamalıdır. Karaciğerin kronik hastalıklarında tuz kısıtlanması, diyetteki protein, karbonhidrat ve yağ oranının dengelenmesi gerekmektedir. Tüm bu tedavilerle kronik hastalıklara sekonder gelişebilecek pek çok komplikasyonun azaldığı bilinmektedir.

Anahtar Kelimeler: kronik böbrek yetmezliği, kronik karaciğer hastalığı, nutrisyon, onkoloji, yoğun bakım

GİRİŞ

Normal bir erişkinin günlük enerji ihtiyacı 25-30 kcal/kg dir¹. Kullanılan enerji kaynakları; karbonhidratlar, lipidler ve proteinlerdir. Karbonhidratlar, glikoza metabolize olur. Beyin korteks nöronlar ve kan hücreleri tüm koşullarda yakıt olarak glikozu kullanır. Glikojen depoları, kas ve karaciğerde acil durumlar için korunur.

Abstract

In recent years, nutritional support is an indispensable therapy with medication. The appropriate diet should be chosen for the patients. Indications and complications should not be overlooked when making these choices. Different nutrition modules should be applied for different patient groups. Chemotherapy associated cachexia and catabolism is common in oncology patients. In these patients lipid and carbohydrate balanced nutrition should be provided. Protein, carbohydrate and fat distribution at meals is important in diabetic patients. Intensive care patients are exposed to many stress factors and these patients are susceptible to infection. Lipid-weighted diet should be preferred in mechanical ventilation patients, especially those with respiratory insufficiency. In addition, glutamine amino acid supplementation, which strengthens immunity in these patients, has been shown to reduce mortality and morbidity. In patients with chronic renal failure, protein restriction should be made to provide nitrogen balance, minerals and vitamin replacements should not be forgotten. In chronic diseases of liver, salt restriction, diet protein, carbohydrate and fat ratio should be balanced. It is known that with all these treatments, there are many complications decreased that can develop secondary to chronic diseases.

Key Words: chronic liver disease, chronic renal failure, intensive care, nutrition oncology

Geçici glukoz yetmezliğinde, glukoneogenez ile lipid ve proteinlerin gliserolünden glukoz oluşur. Serbest yağ asitleri ve aminoasitler gerekli durumlarda direkt enerji için yakılır. Lipidler ise esas enerji kaynağıdır. Yetmiş kg bir erişkinde yaklaşık 12-18 kg yağ deposu mevcuttur. Glikoz ve proteinlerden elde edilen enerji gram başına dört kcal, lipidlerden elde edilen enerji ise gram

Corresponding Author / Sorumlu Yazar:

Gaye Kübra Emeksiz
Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi
İç Hastalıkları ABD. 59100 Tekirdağ
E-posta: gayekemeksiz@gmail.com

Article History / Makale Geçmişi:

Date Received / Geliş Tarihi: 28.04.2017
Date Accepted / Kabul Tarihi: 04.08.2017

başına dokuz kcal dir. Normal bir erişkinin günlük protein ihtiyacı ise 0.8-1 gr/kg dir¹. Protein ihtiyacının belirlenmesinde azot dengesi esastır. Azot dengesi; azot alımı ile atılımı arasındaki fark olup, protein sentezi protein yıkımına eşit olduğunda nötral azot dengesi, sentez yıkımdan büyük olduğunda pozitif azot dengesi, sentez yıkımdan az olduğunda negatif azot dengesi söz konusudur.

Nutrisyon Durumunun Değerlendirilmesi

Nutrisyon değerlendirmesi detaylı anamnez ve fizik muayene ile başlamalıdır. Hastanın iştah durumu, kilo değişikliği, kendi beslenme alışkanlıkları, kullandığı ilaçlar ve ek hastalıkları detaylıca sorgulanmalıdır. Fizik muayenede antropometrik ölçümlerden faydalanılır. Bunlar; boy, kilo, triceps deri kıvrım kalınlığı, vücut ağırlığı, kreatinin - boy indexi ve kreatinin - total kol uzunluk oranıdır. Biyokimyasal veriler nutrisyon durumunu göstermede kullanılan objektif ölçütlerdir ve serum albümin, transferrin, total lenfosit miktarı, ortak antijenlere karşı gecikmiş hiperensitivite deri yanıtı ve azot dengesi ölçümüne bakılır. Serum albümin düzeyi, özellikle yoğun bakımdaki kritik hastalarda basit ve güvenilir bir ölçümdür².

Bazal kalori gereksinimi çoğunlukla Harris - Benedict denklemi ile hesaplanır. (Tablo 1) İlerleyici solunum yetmezliği, mekanik ventilasyondan aktif ayrılma gibi durumlarda ise indirekt kalorimetri daha doğru ve güvenilir sonuç verir. İndirekt kalorimetri yönteminde; inspirasyon ve ekspirasyon havasında karbondioksit ve oksijen düzeyleri ölçülür ve karşılaştırılır³.

Tablo 1: Harris-Benedict Denklemi

Erkek	$BMH=66,5 + (13.75 \times kg) + (5 \times boy) - (6.77 \times yaş)$
Kadın	$BMH=655,1 + (9.56 \times kg) + (1.85 \times boy) - (4.67 \times yaş)$

Enteral Nutrisyon

Nutrisyon tedavisi gereken her hasta ilk olarak enteral nutrisyon açısından değerlendirilmelidir. Enteral nutrisyon intestinal fonksiyonlar normale tercih edilmelidir. Bağırsağın tam obstrüksiyonu, emilim bozukluğu, distansiyon, tedaviye dirençli kusma ve ağır diyare durumlarında tercih edilmemelidir⁴.

Enteral nutrisyon endikasyonları; anoreksiya, malabsorbsiyon, inflamatuvar barsak hastalıkları, karsinomlar, kısa barsak sendromu, majör yanıklar, multiple travmalar, baş ve boyun cerrahisi, karaciğer ve böbrek yetmezliği, SVO, sepsis ve multiorgan yetmezliği sendromları, uzamış ventilatör desteği ve komadır⁴. Enteral nutrisyon ürünleri; intakt besin maddeli ürünler ve önceden sindirilmiş besinli ürünler olarak iki temel grupta toplanır. İntakt besin maddeli ürünler; karıştırılmış besinler, laktozsuz besinler ve besin maddesi yoğun besinlerdir. Önceden sindirilmiş besinli ürünler; nutrisyonel olarak tam besinler, hastalığa spesifik besinler (renal formüller, hepatik formüller, diyabetik formüller, solunum hastalığı olanlarda yağdan zengin formüller) ve beslenme modülleridir⁵. Enteral nutrisyon yöntemleri; nazogastrik, nazoduodenal, beslenme tüplerinin cerrahi olarak yerleştirilmesi, peruktan endoskopik gastrostomi ve sürekli drip infüzyon, damla infüzyon siklik yöntemidir. Bu yöntemlerden biri seçilirken

komplikasyonlar göz önünde bulundurulmalıdır. Tüp tıkanması, faregeal irritasyon ve özefageal erozyon, trakeoözefageal fistül, aspirasyon, bulantı, kusma, gaz, distansiyon, diyare, sıvı – elektrolit dengesizlikleri, ödem, hiperglisemi, hiperamonyemi, azotemi, esansiyel yağ asidi eksikliği sık görülen başlıca komplikasyonlardır⁶.

Parenteral Nutrisyon

Parenteral nutrisyon; tam veya kısmi olarak santral venöz kateter veya periferik damar yolu ile beslenmenin sağlanmasıdır.

Başlıca parenteral nutrisyon yöntemleri; santral venöz (total parenteral) nutrisyon ve periferik parenteral nutrisyondur. Total parenteral nutrisyon; perkütan subclavian veya internal juguler kateter, Hickman ve / veya Groshong Broviac kateter ile sağlanır. Parenteral beslenme 15 günü aşacak ise, verilecek çözeltide aminoasit konsantrasyonu %5 den fazla ise, dextroz solüsyonunun konsantrasyonu %50 - 70 arasında ise ve verilen çözeltinin osmolaritesi 700 mosm den fazla ise total parenteral nutrisyon endikedir⁷. Bu yöntemlerden biri tercih edilirken enteral beslenmede olduğu gibi komplikasyonlar mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. Parenteral beslenmenin komplikasyonları enteral beslenmeye göre daha ciddi ve mortal olup ; pnömotorax, hidrotorax, şilotorax , tamponadlı perikardiyal efüzyon, arteriyel yaralanma, brakial plexus yaralanması, kateter embolisi, hava embolisi, venöz tromboz , tromboflebit bunlardan bazılarıdır^{8,9}.

Kalori gereksinimi enteral beslenmede olduğu gibi Herrer- Benedict denklemi ile

hesaplanır.Mekanikventilasyondaki septik, yaralı veya kritik hastalarda enerji ihtiyacında %25-40 lık artış meydana gelir.Sepsis veya travma yoksa %15 lik enerji artışın ihtiyaç vardır.Strese bağlı hipermetabolizma durumunda günlük protein ihtiyacı ise 1.2-1.5 g/kg dır⁷.

TPN komplikasyonları; hipoglisemi, hiperglisemi, hipokalemi ve hiperkalemi, kalsemi, magnezemi, fosfatemi, azotemi, akut tiamin eksikliği, lipid infüzyonuna istenmeyen reaksiyonlar,karaciğerin akut yağlı infiltrasyonu ,taurin ve karnitin eksikliği,protein - kalori uyumsuzluğu , biotin ve selenyum eksikliği,solunumsal komplikasyonlar ve kateter enfeksiyonlarıdır¹⁰.

Periferik parenteral nutrisyon; santral yolun olarak dışı kaldığı hastalar, kısa süreli nutrisyonel desteğin önemli olduğu hastalar, yiyebilen ancak yeterli kaloriyi alamayan hastalarda endikedir.Santral yola göre daha güvenli, enfeksiyon kontrolü daha kolay , hiperosmolar glukoz komplikasyonları nadir ve hemşirelik bakımının kolay olmasından dolayı daha sık tercih edilen bir yöntemdir.Ancak hiperosmolar solüsyonların kullanılması durumunda tromboflebit ve kalori yetersizliği gelişebilir. PPN Solüsyonları; dextroz ve aminoasit solüsyonlarının karışımı ve lipid emülsiyonlarıdır. Osmolarite için periferik toleransı ise 800 mOsm/L dir¹¹.

Kronik Karaciğer Hastalarında Nutrisyon

Kronik karaciğer hastalarında oral alım bozukluğu, malabsorbsiyon, metabolik anormallikler, artmış enerji gereksinimi, hızlı protein yıkımı , yetersiz protein sentezi ve hipermetabolizma görülür. Son dönem ve asiti olmayan hastalarda enerji ihtiyacı istirahat

enerjisinin %120-140 ı kadar artar. Enfekte asit ve malabsorbsiyonda ise %150-175 artış olur. Kompense sirozlu hastalarda enerji ihtiyacı 25-35 kcal/kg/gün, dekompanse sirozlu hastalarda 35-40 kcal/kg/gündür¹². Günlük enerjinin %55-60 ı karbonhidratlardan, %25-30 u yağlardan sağlanmalıdır. Sirozlu hastalarda diyetle bulunması gereken protein miktarı en az 0.8 g/kg/gün, malabsorbsiyon varsa 1-1.5 g/kg/gündür .Hepatik ensefalopati ve kan amonyak düzeyi yüksekliğinde protein kısıtlanması gereklidir. Kronik karaciğer hastalarında özellikle asiti olanlarda sodyum 2g/gün ile kısıtlanmalıdır¹³. Potasyum düşüklüğü için diyetle sebze ve meyve eklenmelidir. A, D, E, K, B1, B12 ve C vitamin düzeyleri bakılmalı ve eksikse replasmanı yapılmalıdır. Yetersiz oral alım durumunda enteral ve prenteral beslenme desteği gerekebilir. Bu hastalarda nazogastrik ve perkütan endoskopik gastrostomi kontrendike olmamakla birlikte zor ve tehlikelidir.

Onkoloji Hastalarında Nutrisyon

Onkoloji hastalarında major klinik tablo kaşeksidir. Bunun yanında anoreksi, bitkinlik, kilo kaybı, anemi, hipoalbuminemi, hipoglisemi, laktik asidoz, hiperlipidemi, karaciğer fonksiyonlarında bozulma, artmış glukoneogenez, glukozintoleransı, kas atrofisi, organlarda atrofi ya da hipertrofi görülür¹⁴. Kemoterapi ve radyoterapi yan etkisi olarak bulantı, kusma, iştahsızlık ve buna bağlı besin alımında azalma ve özellikle proteinli gıdalarla beslenmede tat bozukluğu görülmektedir. Tümör hücrelerinin nitrojen gereksinimini kaslardan karşılaması nedeniyle kaslarda erime ve aminoasit metabolizması bozukluğu başlar. Yine tümörün kendi metabolizması veya hasta metabolizmasındaki

etkisine bağlı olarak laktik asidoz, hipoglisemi, hiperlipidemi ve lipid depolarında azalma görülür. Patogenez temel; TNF alfa, IL-1, IFN- gamma, lösemi inhibitör faktör (LIF), kaşeksi gelişiminden sorumlu endojen mediyatörler, tümörün büyümesi ve özellikle karbonhidratları aşırı kullanımındadır¹⁵. Onkoloji hastalarında beslenme durumunun değerlendirilmesinde beslenme öyküsü detaylı sorgulanmalıdır. Antropometrik ölçümler yapılmalıdır. Transferrin, prealbümin, retinol bağlayıcı globulin ölçülmesi gerekli parametrelerdir. Ortalama % 5'den fazla kilo kaybı veya boya göre ağırlığın 5. persantilden az olması ve serum albumin düzeyinin 3.2 g/dL'den az olması durumunda protein enerji malnutrisyonundan söz edilir¹⁶. İdeal olan protein enerji malnutrisyonu oluşmadan önce tedaviye başlanmasıdır¹⁷. Kemoterapi ve radyoterapi protokolünün ağırlığı ve altta yatan hastalığın ağırlığına göre profilaktik TPN başlanmalıdır. Kısa süreli tedavi veya düşük evre hastalıkta kısa süreli TPN yeterlidir. Nutrisyon hedefi boya göre ağırlığın 1 kg ın üzerinde ve serum albümin 3.2 g/dl nin üzerinde olmasıdır¹⁸. Oral beslenme, oral ek gıda, orogastrik tüp, nazogastrik tüp, parenteral beslenme, ayaktan takip edilecek hastalarda nazogastrik ile beslenme tercih edilebilir. Terminal dönem hastalarda ise eğitilmiş personel yardımıyla gece boyunca 12 saatlik TPN önerilen yöntemlerden biridir¹⁹.

Yoğun Bakım Hastalarında Nutrisyon

Yoğun bakım hastalarının nutrisyon değerlendirmesi iyi yapılmalıdır. Hikaye, fizik muayene, antropometrik ölçümler, albümin, prealbümin, lenfosit sayısı, azot dengesi mutlaka bakılması gereken parametrelerdir. Biyoelektriksel impedans ve indirekt kalorimetri

hesabı yoğun bakım hastalarında güvenli parametrelerdir³. Hasta İdeal vücut ağırlığının %80 ine sahip ise, son 6 ayda vücut ağırlığının %10 unu kaybetmiş ise, serum albümin 3 g/dl den az ise ,serum transferrin 150 mg/dl den az ise ,derinin antijenik uyarılara cevabı azalmış ve lenfosit sayısı 1200 den az olan hastalarda nutrisyonel destek başlanmalıdır²⁰. Yoğun bakım hastalarındaki malnutrisyon riski; geriatri ,onkoloji,gastroenteroloji,diğer dahili branşlar,kardiyoloji,üroloji,cerrahi ve inekoloji ile multidisipliner yaklaşımla değerlendirilmelidir. Günlük minimum karbonhidrat gereksinimi 2 g/ kgdır. Maximumglukozinfüzyon hızı 4-5 mg/kg/dk olmalıdır. Volüm yüklenmesine sebep olmamak için %30-50 konsantrasyonlarda dextroz,tercihen santral venöz yoldan verilmelidir. Maximum lipid miktarı 2.5 g/kg/gün olup, IVlipid emülsiyonları 12-24 saatte 0.7-1.5 g/kg aralığında verilmelidir. Protein gereksinimi 1 g/kg /gündür. Ortametabolik streste protein ihtiyacı 1.2-1.4 g/kg/gün, ağırmetabolik streste protein ihtiyacı 1.5-2 g/kg/gündür. Yeterli enerji desteği ile birlikte dengeli aminoasit solüsyonu 1.3-1.5 g/kg/gün dozunda infüze edilmelidir²¹. Verilecek aminoasit solüsyonu 0.2-0.4 g/kg/gün L-glutaminiçermelidir,Çinko ihtiyacı 2.5-4 mg/gün, bakır ihtiyacı 0.15-1.5 mg/gün, krom ihtiyacı 10-15 mg /gün, selenyum ihtiyacı 100 mg/gün ve demir ihtiyacı 1.2-2 mg/gündür. Bir yoğun bakım hastasında; metabolikasidoz, respiratuvarasidoz, hipovolemik şok, serum laktat > 3-4 mmol/l, PaO₂ < 50 mmhg, pH < 7.2, PaCO₂ > 80 mmhg ise bunlar düzeltilmeden nutrisyona başlanmamalıdır. Yoğun bakımda nutrisyonmonitörizasyonu saatlik kan şekeri,biyokimya,haftalıkprealbümin ve azot dengesi değerlendirmesi ile yapılmalıdır²¹.

Diyabetik Hastalarda Nutrisyon

Diyabetik hasta grubu, diyetin en önemli olduğu hasta gruplarından biridir.Glisemik kontrol için düzenli bir beslenme ve uygun diyet olmazsa olmazdır. Diyabette anahtar nokta kişiye özgü beslenme programı oluşturulmasıdır.Diyabetik hastalarda ortalama enerji ihtiyacı 25-30 kcal/kg/gündür. Diyetin %15-20 si protein, %55-60 ı karbonhidrat, %30 dan azı yağlardan oluşmalıdır²². Tip 1 diyabetli hastalarda 3 ana öğün ve 3 ara öğün mutlaka yapılmalıdır. Tip 2 diyabetli hastalarda da benzer şekilde olmakla birlikte kişisel faktörlere göre öğün sayısı ve içeriği düzenlenmelidir.Haftada en az 2-3 kez omega 3 içeren balık gibi besinler ve kuru baklagil ve tahıllar tüketilmelidir. B12 vitamini, folat, C vitamini, D vitamini replasmanıyapılmalıdır. Potasyum, magnezyum, çinko ve krom eksikliği karbonhidrat intoleransısebebidir. Eksiklik halinde replasman yapılmalıdır. Magnezyum, çinko, E vitamini, C vitamini antioksidan etkilidir, düzenli olarak diyete eklenmelidir²³. Malnutrisyon, hastanede yatis, stres faktörü varlığı, normal diyet ile glisemik kontrol sağlanamaması durumunda, fiziksel ve mental bozukluk nedeniyle yeme sorunu varsa; diyabetik enteralformulalar denenebilir²⁴.

Kronik Böbrek Hastalarında Nutrisyon

Kronik böbrek hastalığı; en az 3 ay süren objektif böbrek hasarı (GFR azalması olsun veya olmasın) ve/veya GFR < 60 mL/dk/1.73 m² olmasıdır²⁵. Son dönem böbrek yetmezliği etyolojisinde çocuklarda en sık neden vezikoureteralreflü ve primerglomerüler hastalıklar iken, erişkinlerde diyabet ve hipertansiyondur.CREDIT çalışmasına göre kronik böbrek hastalığı prevalansı %15.7 ve

son dönem böbrek yetmezliği prevalansı 1/666dır²⁶. Kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda besin azalması ve böbrek yetmezliği doğru orantılıdır.Sonuçta üremik sendrom ve buna bağlı metabolikasidoz , akut hastalık veya kronik inflamatuvar durum gelişir .Ancak beslenme tedavisi bu durumlardan ayrı olarak ele alınmalıdır.

Kronik böbrek yetmezlikli hastalarda malnutrisyonsıklığı ,hemodiyaliz hastalarında %18-75 ,periton diyalizi hastalarında %10-50 dir²⁷. Bu da artmış mortalite ve morbiditeyi beraberinde getirir .Halsizlik ,yorgunluk, yara iyileşmesinde gecikme,enfeksiyonlara aşırı duyarlılık, hastaneye yatış sıklığında artış bu durumun sebeplerindedir .Bu hastalarda proinflamatuvarsitokin artışı ve oral alımın baskılanması anoreksiyaya yol açar. Kronik inflamatuvarsitokinlere bağlı metabolizma artışı ,growth hormon ve IGF-1 aksının bozulmasına bağlı protein sentezinde azalma ve artmış leptin düzeyinin santral etkisiyle anoreksi ađırlaşır²⁸. Fizik muayene ve antropometri, vücut kompozisyon analizi (biyoimpedans, DEXA, nükleer MR), albümin, transferrin, prealbümin, aminoasitler, plazma kolesterol düzeyi, BUN, kreatinin ölçümü yapılmalıdır.Hikaye, semptomlar ve fizik parametreler,son altı ay içinde vücut ağırlığı kaybının yüzdesi,iştahsızlık, bulantı, kusma, ishal veya karın ağrısı varlığı,gastrointestinalsemptomlar,fonksiyonel kapasite nutrisyon durumu değerlendirmesinde deđerlidir²⁹. Beslenme tedavisine renalreplasman tedavisine başlanmadan en az 12 ay önce başlanmalıdır³⁰, Kalori ihtiyacı ortalama 35 kcal/kg/gündür³⁰. Protein ihtiyacı vücut ağırlığı ve proteinüriye göre hesaplanmakla birlikte ortalama 0.6 g/kg/gün

ile 3 hafta sonra nötral azot dengesi sağlanabilmektedir. Verilecek diyetteki karbonhidratlar; protein dışı kalenin %35 ini oluşturmalıdır,Diyaliz hastalarında ise diyetin %50-60 ı karbonhidrat olmalıdır. Lipidler toplam kalenin %30 u olmalı, LDL < 100 mg/dl ve trigliserit<500 mg/dl hedefi sağlanmalıdır³¹. Diyaliz hastaları lipid oranını azaltmak için günde 20-30 g kadar lif tüketmelidir³¹. Günlük sodyum alımı <100 meq, klor alımı <3.5 g olmalı ve potasyum alımı 1 meq/kg/gün ile kısıtlanmalıdır. Kalsiyum alımı (diyet+fosfat bağlayıcılar) maximum 2.5 g/gün olmalıdır³⁰. Magnezyum içeren laksatif ve antiasitlerden kaçınılmalıdır. Demir ihtiyacı erkeklerde 8 mg/gün, kadınlarda 15 mg/gündür. Çinko ihtiyacı erkeklerde 10-15 mg/gün, kadınlarda 8-12 mg/gündür ve rutin takviye önerilmez. Çinko eksikliği düşünülüyorsa 3-6 ay boyunca 50 mg /gün destek verilmelidir³¹. Kronik böbrek yetmezliğinde oral preparatlarla enteral beslenme; üremik metabolik bozuklukların düzeltilmesi,elektrolitbozukluklarının önlenmesi (örneğin,hiperkalemi),protein ya da fosfat kısıtlamasıyla kronik böbrek hastalığı ilerlemesinin azaltılması, intestinal mukozal bütünlüğün ve fonksiyonun korunması amacıyla uygulanır³².

Diyaliz hastalarında beden kitle indeksinin 20 kg/m²'den küçük olması, altı ayda %10'dan fazla kilo kaybı, serum albuminin 3,5 g/dL'den az olması ve serum prealbuminin 300 mg/L'den küçük olması gibi düşük nütrisyon parametreleriyle belirlenen beslenme yetersizliği durumlarında beslenme desteği gereklidir³¹. Oral preparatlarla yeterli alım sağlanamaz ise, nazogastrik tüp ile beslenme düşünülebilir.Diyabetik nefropatiligastroparezik hastalarda nazojejunal beslenme tercih

edilebilir. Uzun süreli durumlarda peruktan endoskopik gastrostomi veya peruktan endoskopik jejunostomi yerleştirilmesi bir seçenektir. Ancak periton diyalizi alan hastalarda kullanımda dikkatli olunmalıdır. Malnutrisyonu olan diyaliz hastalarında spontan besin alımı 20 kcal/kg/gün üzerinde ve protein alımı 0.8 g/kg/gün üzerinde ise intradiyalitikparenteral beslenme önerilmekte ,daha düşük değerlerde ise tüm gün parenteral beslenme gerekmektedir³³⁻³⁵.

Hastanın altta yatan hastalığı ne olursa olsun, gerekli medikal tedaviye ek olarak uygun beslenme desteğinin sağlanması hastalığa bağlı komplikasyonları azaltarak sağkalımı arttırmaktadır. Yapılan çalışmalar uygun nutrisyonel destek ile medikal tedavinin etkinliğinin arttığını da destekler niteliktedir^{17,19}. Gerek yatarak, gerekse ayaktan tedavi alan hastalarda ilgili uzmanlardan destek alınarak nutrisyonel terapi uygulanması mümkündür. Bu uygulamaların yaygınlaşmasının , önmümüzdeki yıllarda özellikle kronik hastalıklara bağlı mortalitede azalma yaratacağı öngörülmektedir.

Kaynaklar

1. Martínez Olmos MA, Martínez Vázquez MJ, Martínez-Puga López E, del Campo Pérez V; Collaborative Group for the Study of Hospital Malnutrition in Galicia (Spain). Nutritional status study of inpatients in hospitals of Galicia. *Eur J Clin Nutr.* 2005;59(8):938-46.
2. Kennedy JF, Nightingale JM. Costsavings of an adult hospital nutrition support team. *Nutrition.* 2005;21(11): 1127-33.
3. Duerksen DR, Yeo TA, Siemens JL, O'Connor MP. The validity and reproducibility of clinical assessment of nutritional status in the elderly. *Nutrition.* 2000; 16(9):740-4.

4. Stroud M, Duncan H, Nightingale J. Guidelines for enteral feeding in adult hospital patients. *Gut.* 2003;52(Suppl VII):vii1-12.
5. Stacey JB, Christince SA, Peter AB. Enteral Formulas: An Update, In; Torosian MH (ed). Marcel Dekker. Inc. 1995;293-306.
6. Bodoky G, Kent-Smith L. Complications of enteral nutrition. *European Journal of Clinical Nutrition and Metabolism.*2009;4:209-11.
7. Canada, T, Crill, C, Guenter, P. A.S.P.E.N. Parenteral Nutrition Handbook. American Society for Parenteral and Enteral Nutrition; 2009.
8. Pittiruti M, Hamilton H, Biffi R, MacFie J, Pertkiewicz M; ESPEN. Guidelines on parenteral nutrition: central venous catheters (acces, care, diagnosis and therapy of complications). *Clin Nutr.* 2009; 28:365-77.
9. Padberg FT Jr, Ruggiero J, Blackburn GL, Bistran BR. Central venous catheterisation for parenteral nutrition. *Ann Surg.* 1981;193(3):264-70.
10. Meadows N. Monitoring and complications of parenteral nutrition. *Nutrition.* 1998;14(10):806-8.
11. Isaacs JW, Millikan WJ, Stackhouse J, Hersh T, Rudman D. Parenteral nutrition of adults with a 900 milli osmolar solution via peripheral veins. *Am J Clin N.*1977;30(4):552-9.
12. Chadalavada, R., Biyyani, R.S., Maxwell, J., Mullen, K. Nutrition in hepatic encephalopathy. *Nutr Clin Pract.* 2010;25(3): 257-64.
13. Mesejo, A., Juan, M., Serrano, A. Liver cirrhosis and encephalopathy: clinical and metabolic consequence and nutritional support. *Nutr Hosp.*2008; 23(2):8-18
14. Arends J, Bodoky G, Bozzetti F, Fearon K, Muscaritoli M, Selga G, et al. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: non-surgical oncology. *Clin Nutr.* 2006;25: 245-59.
15. Heckmayr M, Gatzemeier U. Treatment of cancer weight loss in patients with advanced lung cancer. *Oncol.* 1992; 49(Suppl 2): S32-4.
16. ASPEN Board of Directors and the Clinical Guidelines Task Force. Guidelines for the use of parenteral and enteral nutrition in adult and pediatric patients. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2002;26(1 Suppl):1SA-138SA.
17. Identifying patients at risk: ADA's definitions for nutrition screening and nutrition assessment. Council on Practice (COP) Quality Management Committee. *J Am Diet Assoc.* 1994;94(8):838-9.

18. Dominioni L, Rovera F, Pericelli A, Imperatori A. The rationale of early enteral nutrition. *Acta Biomed.* 2003; 74 (Suppl 2): S41-S4.
19. Bozzetti F, Cozzaglio L, Biganzoli E, Chiavenna G, De Cicco M, Donati D, et al. Quality of life and length of survival in advanced cancer patients on home parenteral nutrition. *Clin Nutr.* 2002; 21: 281-8.
20. Sobotka L. Nutritional support in different clinical situations. *Basic in clinical nutrition.* 4rd ed. Prague: Galen Pr. 2011;433-36.
21. Walker RN, Heuberger RA. Predictive equations for energy needs for the critically ill. *Respir Care.* 2009;54(4):509-21.
22. Özer E. Diabet Diyetisyenliği ve Diabette Beslenme Tedavisi, HÜ Beslenme ve Diyetetik Bölümü ve TDD yayını, İstanbul. 1999.
23. Diabetes Prevention Program Research Group, 2002. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *Eng. J. Med.* 346; 393-403.
24. Powers, A.M. *Handbook of Diabetes Medical Nutrition Therapy*, An Apsen Publication, Maryland.1996.
25. National Kidney Foundation: K/DOQI kidney disease outcome quality initiative. *Am J Kidney Dis.* 2002; 39 (Suppl 1): S1-266.
26. Süleymanlar G, Utaş C, Arısoy T, Ateş K, Altun B, Altıparmak MR, Eçder T, Yılmaz ME, Çamsarı T, Başçı A, Odabas AR, Serdengeçti K. A population-based survey of Chronic REnal Disease In Turkey--the CREDIT study. *Nephrol Dial Transplant.* 2011;26(6):1862-71.
27. Caimi G, Carollo C, Lo Presti R. Pathophysiological and clinical aspects of malnutrition in chronic renal failure. *Nutr Res Rev.* 2005;18(1): 89-97.
28. Don BR, Rosales LM, Levine NW, Mitch W, Kaysen GA. Leptin is a negative acute phase protein in chronic hemodialysis patients. *Kidney Int.* 2001; 59(3): 1114-20
29. Chumlea WC, Dwyer J, Bergen C, Burkart J, Paranandi L, Frydrych A, et al. Nutritional status assessed from anthropometric measures in the HEMO study. *J Ren Nutr.* 2003; 13(1): 31-8.
30. American Dietetic Association. Chronic kidney disease evidence-based nutrition practice guideline. Chicago (IL).2010.
31. Cano NJ, Aparicio M, Brunori G, Carrero JJ, Cianciaruso B, Fiaccadori E, Lindholm B, Teplan V, Fouque D, Guarnieri G; ESPEN. ESPEN guidelines on parenteral nutrition: adult renal failure. *Clin Nutr.* 2009; 28(4): 401-14.
32. Ünal HÜ, Korkmaz M, Selçuk H. Kronik böbrek hastalarında malnütrisyon patogenezi ve değerlendirilmesi. *Güncel Gastroenteroloji.* 2010;14(2): 103-11.
33. Van Vlem B, Schoonjans R, Vanholder R, De Vos M, Vandamme W, Van Laecke S, et al. Delayed gastric emptying in dyspeptic chronic hemodialysis patients. *Am J Kidney Dis.* 2000;36(5):962-8.
34. Chertow GM, Ling J, Lew NL, Lazarus JM, Lowrie EG. The association of intra dialytic parenteral nutrition administration with survival in hemodialysis patients. *Am J Kidney Dis.*1994;24(6):912-20.
35. McCann L, Feldman C, Hornberger J, Belanger S, Maru L, Torres M, et al. Effect of intra dialytic parenteral nutrition on delivered Kt/V. *Am J Kidney Dis.* 1999;33(6): 1131-5.