Çukurova Üniversitesi

SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

Çukurova University Journal of Health Sciences

Cilt: 28 Sayı: 1,3 Yıl: 2013

ISSN 1300 - 4719

Scanned with CamScanner

Çukurova Üniversitesi

SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

Çukurova University Journal of Health Sciences

CİLT:28 SAYI:1,3 YIL:2013

ISSN 1300-4719

Scanned with CamScanner

EDİTÖR
Prof. Dr. İsmail GÜNAY

YAYIN KURULU
Prof. Dr. Ufuk METE
Prof. Dr. Fügen YARKIN
Prof. Dr. Yurdanur KILINÇ
Prof. Dr. Erkan KOZANOĞLU
Prof. Dr. Serdar TOROĞLU
Yrd. Doç. Dr. Sultan ALAN

SAHİBİ
Ç. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Adına
Prof. Dr. Şeref ERDOĞAN
Müdür

DÖRT AYDA BİR YAYINLANIR

YAZIŞMA ADRESİ: Ç.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yayın ve Dökümantasyon
Kurulu Başkanlığı
"Sağlık Bilimleri Dergisi"
01330 Balcalı-ADANA
e.mail: sagbile@mail.cu.edu.tr

Scanned with CamScanner

EDİTÖR
İsmail GÜNAY

YAYIN KURULU
Ufuk METE
Fügen YARKIN
Yurdanur KILINÇ
Erkan KOZANOĞLU
Serdar TOROĞLU
Sultan ALAN

DANIŞMA KURULU

Aynur ACAR
Caner AÇIKADA
Işık AKGÜN
Ayşe AKIN
Atilla AKKOÇLU
Tekin AKPOLAT
Doğan AKŞİT
Ekrem AKTAŞ
Firdevs AKTAŞ
Fadıl AKYOL
Gülseren ARAZ
Cengiz BAÇA
Ali BAKİ
Nurettin BAŞARAN
İrfan BATAT
Can BAYDİNÇ
Kemal BAYSAL
Kadir BİBEROĞLU
Tufan BİLGİN
Erhan BİLİR
Cengiz BAYÇU
Peyami CİNAZ
Şengül ÇELEBİ
Peruze ÇELENK
Hasan ÇOLAK
Atınç ÇOLTU
Hakkı DALÇIK
Nilgün DALDAL
Alp DEMİRELLER
Necdet DOĞAN
Hatice DURAK
Fitnat DİNÇER
Nuran ELMACI
Hüseyin ENDOĞRU
Yıldız ERHAN
Raif ERİŞEN
Ahmet GÖĞÜŞ
Süleyman GÖRPELİOĞLU
Sevgi GÖZDAŞOĞLU
Mustafa GÜLEÇ
Gülay GÜLLÜLÜ
Saadet GÜMÜŞLÜ
Nimet GÜNDOĞAN
Hikmet Günay GÜNDOĞAN
Orhan GÜVEN
Bilge GÖNÜL
Süleyman GÖRPELİOĞLU
Vedat HAMURYUDAN
Savaş HATİPOĞLU
Pekcan UNGAN
Süleyha HİLMİOĞLU
Sami HİZMETLİ
Atıf İNANICI
Ramazan KAHVECİ
Beki KAN
Giray KARALEŞLİ
Mustafa KARACAGİL
Aydanur KARGI
Hilmi KANSU
Kamer KILIÇ
Burhan KIRAN
Mehmet KIYAN
Füsun Öztürk KUTER
İrfan KUTLAR
Sermet KOÇ
Turgut KÖKSEL
Hülya KÖPRÜLÜ
Güven LÜLECİ
Aydın Eren MEMİŞOĞLU
Oktay MUTAF
Rüstem NURTEN
Rahime NOHUTÇU
Taner ONAT
Fahrettin OKSEL
Nezihi OYGUR
Kemal ÖDEV
Yaman ÖRS
Ahmet ÖZBİLGİN
Gönen ÖZCAN
Kazım ÖZDAMAR
Servet ÖZGÜR
Baria ÖZTAŞ
Süleyman ÖZYALÇIN
Serpil SALAÇİN
Yıldız SARAÇLAR
Işık SAYIN
Gülandame SAYGI
Cahide SOYDAŞ
Kadir SÜMBÜLOĞLU
Bülent SÜMERKAN
Vesile SEPİCİ
Erdal ŞAHİN
İzzet ŞAHİN
Mehmet ŞEN
Hakan ŞENTÜRK
Halit ŞİMŞEK
Ferda TAŞAR
Ferhan TEZCAN
Bilgin TİMURALP
Belma TURAN
Uğur Tarık TURAÇLAR
Murat TURGAY
Emel TÜMBAY
Kamil TOKER
Şemsettin USTAÇELEBİ
Halis ÜNLÜ
İlhami ÜNLÜOĞLU
Rana VAROL
Feridun VURAL
Faruk YAĞCI
Mehmet YILDIRIM

Scanned with CamScanner

Nilgün YILDIRIM
Örtgün YILDIRIM

Nurşen YORDAM
Ayşen YÜCEL

Ali Aydın ALTUNKAN

Çukurova Üniversitesi Öğretim Üyeleri Yazı İnceleme Kurulumuzun doğal üyeleridir.

Scanned with CamScanner

YAZARLARA AÇIKLAMA

1. "Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi" Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünün yayın organıdır. Dergide; özgün araştırma, olgu sunumları, ön çalışma, teknik not, editöre mektup, Yüksek Lisans ve Doktora tez özetleri, kitap özetleri ve Enstitü haberleri Türkçe veya İngilizce yayımlanır.

2. Dergi dört ayda bir çıkar ve üç sayıda tamamlanır.

3. Dergide yayınlanmak üzere gönderilen yazılar, bir başka dergide yayınlanmamış veya yayınlanmak üzere gönderilmemiş olmalıdır. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi'nde yayınlanan yazıların telif hakkı dergiye ait olup başka bir yerde yayınlanamaz.

4. Orijinal yazılar 15, kısa deneysel raporlar 5 daktilo sayfasını geçmeyecek şekilde derlenmelidir. Metin A4 (fotokopi) kâğıdının bir yüzüne, iki aralıkla IBM uyumlu bir bilgisayarda (tercihen **Microsoft Word** programı ile) Arial 11 boyut büyüklüğünde yazılmalı, sol ve sağda 2,5, üst ve altta 3'er cm boşluk bırakılmalıdır. Yazılar dört nüsha olarak (ve ayrıca disket veya internet ile **.doc** ve **grafik file**'ları olarak) gönderilmelidir.

5. Yabancı dilde yazılan makaleler için Türkçe başlık, Türkçe özet ve Türkçe anahtar sözcükler yer almalıdır.

6.Yayınlanan yazıların sorumluluğu yazarlara aittir.

1. Başlık:

* Başlık: Kısa ve öz olmalı
* Kısaltılmış başlık (ayrıca yazılmalı).
*Yazarlar ve çalışmanın yapıldığı merkez, dergiye gönderildiği tarih. ,

2. Özetler:

* Türkçe özet.
* Türkçe anahtar sözcükler.
* Çalışmanın İngilizce başlığı ve İngilizce özeti (abstract).
* İngilizce anahtar sözcükler (Key words).

Anahtar sözcük sayısı altıyı geçmemelidir. Türkçe ve İngilizce özetler, en az 100, en fazla 150 sözcükten oluşmalı ve aşağıdaki bilgileri içermelidir:

* Çalışmanın amacı.
* Kullanılan gereçler ve uygulanan yöntemler.
* Bulgular.
* Sonuç.

3. Ana Metin:

Giriş, Gereç ve Yöntem, Bulgular, Tartışma ve Sonuç.

* Kaynaklar: Metin içinde geçiş sırasına göre numaralandırılmalı, üst indis şekilde gösterilmeli ve kaynaklar bölümünde bu numaraya göre sıralanmalıdır. Kaynak vermede *"Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü TEZ YAZIM KLAVUZU"* nda belirtilen kurallar geçerlidir (Bkz.http:/sbe.cu.edu.tr/).

* Kaynaklarda tüm yazarlar belirtilir, fakat yazar sayısı ikiden çok ise metin içinde ilk yazardan sonra "ve ark veya et al" şeklinde kısaltma yapılır.

* Kaynak kısaltmalarında Index Medicus kuralları uygulanır, bu kuralların söz konusu olmadığı durumlarda derginin tam adı yazılır.

ÖRNEKLER:

Makale:

Butterworth JF, Lief PA, Strichartz GR, Pot C. The pH-dependent local anesthetics activity of diethyl Mino ethanol. *Anesthesiology*, **1988**; 68:501-506.

Kitap:

Klug WS, Cumming MR. *Concepts of Genetics.* 4th Ed., New York: Macmillian Publishing Company, **1994.**

Scanned with CamScanner

Kitabın bir bölümü veya sayfa aralığı:

Ater MD. Bone marrow failure. In: Nortan D, Oski F, eds. *Hematology of Infancy of Childhood.* Tokyo: Saunders Co,**1987**:159-241.

Ackerman E, Ellis LBM, Williams LE. Biophysical Science. 2th Ed., New Jersey: Prentice Hall Inc, **1979**: 26-47.

* Şekil ve resimler: Fazla şekil ve resimden kaçınılmalı, bütün resim ve şekiller şekil; tablolar ise çizelge olarak adlandırılmalıdır.

* Şekiller, siyah mürekkep ile parlak ve beyaz kâğıda çizilmeli veya fotokopi kâğıdına lazer yazıcıda basılmalı ve kıvrılmadan postalanmalıdır. Resimler ve şekiller, kâğıtlara yapıştırılmayıp arkalarına, ait olduğu makale, yazarın adı, şekil numarası yumuşak kurşun kalemle yazılmalı ve metin içinde yerleri işaretlenmelidir. Şekil altı yazılar ayrı bir kâğıda sıra ile yazılarak gönderilmelidir

* Resim ve şekiller, bilgisayarda yazılmış metnin içine yerleştirilerek veya ayrı-ayrı metin ve grafik File'ları halinde de gönderilebilir. Faks metin ile birlikte resim ve şekillerin kâğıda basılı orijinalleri de mutlaka gönderilecektir.

4. Son sayfa:

Yazarın yazışma adresi yer alacaktır.

Scanned with CamScanner

Çukurova Üniversitesi
SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

İÇİNDEKİLER

Hemofili Hastalarında Dental Yaklaşım
İffet YAZICIOĞLU, M. Cem DOĞAN 1-12

Örgüt Kültürü Eğiliminin Metaforlarla Analizi
Canan SAYIN TEMUR, Pervin BİLİR 13-33

Bisfosfana Bağlı Çene Osteonekrozu
Ufuk TATLI, Yakup ÜSTÜN, Mehmet KÜRKÇÜ 35-45

Doktora Tez Özetleri
Ali Tanju ALTUNSU, Nevin TUZCU Fatma AYDINOĞLU, 47-69
Gökhan ATAKAN Gülay BOLBOL DURAN, Halil Mahir KAPLAN,
İffet YAZICIOĞLU, Leman SANCAR, Mert SANRI, Soner METE,
Tamer AKÇA, Uygar BAKŞİ

Scanned with CamScanner

Ç. Ü Sağlık Bil. Derg.
2013,28(1-3):1-12

Hemofili Hastalarında Dental Yaklaşım
Dental Management Of Patients with Hemophilia

Dr. İffet Yazıcıoğlu, Doç. Dr. M. Cem Doğan
Çukurova Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Pedodonti Anabilim Dalı

Özet

Normal hemostaz kılcal damarlar, plateletler, fibrin koagulasyonu, depozisyonu ve proteinlerden oluşan karmaşık bir yapıdır. Pıhtılaşma proteini olan faktörlerin eksikliğinde olduğu gibi bu elementlerden birinin yokluğu kanama bozukluklarına yol açarak diş tedavilerini aksamasına neden olabilmektedir. Faktör eksikliği olan hastaların tedavileri hastalığın tümüyle anlaşılmasıyla yakından ilişkilidir. Diş hekimi hastanın doktoru ve hematoloğu ile iletişim içinde olmalı ve hemofili hastalarında koruyucu diş hekimliği, periodontolojik tedavi planlaması, endodontik tedavi, cerrahi prosedürler, travma ve ortodonik tedavi prensiplerini bilmelidir. Uygun tedavi stratejilerinin yardımıyla faktör eksikliği olan bütün hastalar iyi ağız sağlığına sahip olmak için gerekli tedavi prosedürlerinden faydalanabilirler.

Anahtar sözcükler: Ağız-diş sağlığı, kanama problemi, hemofili.

Abstract

Normal hemostasis is a complex mechanism consisting of capillary, platelets, fibrin coagulation, deposition and proteins. Lack of one of these elements, like deficiency of clotting proteins called factors, can lead bleeding disorders which may interrupt dental interventions. Management of the patient with factor deficiency must be based on a complete understanding of the disease. The dentist should consult with the patient's primary physician and hematologist and be aware of dental procedures for hemophiliac patients like preventive dentistry, periodontologic treatment plans, endodontic management, oral surgery, trauma and orthodontic treatment. With appropriate management strategies all patients with factor deficiencies can benefit from the full range of dental procedures available to establish and maintain good oral health.

Key words: Oral health, bleeding diathesis, hemophilia

Giriş

Normal hemostaz kompleks bir yapıdır, kan damarları, plateletler, fibrin

Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner

koagulasyonu ve depozisyonu ve fibrinolitik protein hemostazın parçalarını oluştururken bu parçalardan biri veya birkaçı bozulduğunda kanama bozuklukları ortaya çıkar. Diş hekimleri bu hastalarla karşılaştıklarında en önemli kaygıları kanamayı durduramamaktır. Bu derlemenin amacı hemofili hastalarında dental tedavi işlemlerinin güvenli bir şekilde sürdürülmesini açıklamaktır. Rutin diş tedavileri bile bilinçsiz yapıldığında hayati tehlike taşıyabilir[1]. Diş tedavilerinin güvenle uygulanabilmesi kanama problemleri hakkında bilgi birikimine sahip bir kadronun ortak çalışmasını gerektirir.

Kanama bozuklukları faktör eksikliğine bağlı koagulasyon bozuklukları, platelet bozuklukları ve diğer kanama bozuklukları olmak üzere incelenebilir. Faktör eksikliğine bağlı bozuklukların en çok bilinenleri hemofili A, hemofili B ve Von Willebrand hastalığıdır. Von Willebrand hastalığında platelet aktivitesi de bozulmuştur.

Faktör eksikliklerini saptamanın yanı sıra, regülatör proteinleri, platelet agregasyonu ve pıhtılaşma kaskadı ölçümü için ayrı testler vardır. Bunlar:

Platelet sayısı (PC, PLT): Örnek kandaki plateletlerin sayısıdır.Normal değerleri 156ul-373ul arasındadır.

Protrombin zamanı (PT): Ekstrinsik yolu ölçer ve TF (doku faktörü) ilave edilmesinin ardından plazmanın pıhtıya dönüşmesi için geçen süre hesaplanır. TF'nin farklı tiplerinde farklı sonuçlar ortaya çıktığı için bu testi standardize etmek üzere INR (international normalized ratio) geliştirilmiştir. INR protrombin zamanının normal (kontrol) örneğine bölünmesiyle elde edilir. Normal referans aralığı 10-14 sn.

Aktive parsiyel trombin zamanı(aPTT): İntrinsik yolu ölçer. Aktive parsiyel trombin zamanı sitratlanlmış kan örneği kullanılarak ölçülür. Trombus oluşmasına kadar geçen zaman ölçülür (25-39 s).

Kanama zamanı: Kanamanın durması için gereken zamandır. Hastanın kolunun iç yüzeyinde kılsız ve vensiz bir bölgede kesi meydana getirilir. Kesinin derinliği ve genişliği standardize edilmiştir ve otomatik aletlerle yapılır. Venöz basıncı 40 mmHg'de tutan yaranın hemen üstünde bulunan bir kan basıncı kafı kullanılır ve kanama kesilene veya bölge camsı görünene kadar (2 ila 8 dakika)geçen zaman ölçülür, faktör defekti olan hastalarda normal kanama zamanı gözlenebilir.

Fibrinojen: Üç yolla ölçülür. Çoğu laboratuar dilue trombin zamanını ölçen metot kullanırlar. İkinci yol ise Ellis metodudur, dilue olmayan plazmaya daha az miktarda trombin eklenir ve bulanıklık ölçülür. 3. metot ise protrombin zamanını kullanan bir metottur. Işık tarama yöntemiyle veya bulanıklığın derecesine göre ölçülür. Ölçümdeki değişiklik fibrinojenin örnekteki miktarını gösterir[2].

Gereç ve Yöntem

Literatürün taranması "medline" üzerinden gerçekleştirilmiştir. Pubmed

üzerinden "hemofili" ve "diş hekimliği"ni içeren aramalar yapılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün Türkiye ile ilişkili veri bankasından yararlanılmıştır ve Çukurova Üniversitesi Kütüphane' sinde "diş hekimliği ve hematoloji" ile ilişkili aramalar yapılmıştır. Elde edilen kaynaklar içinde en güncel olanları bu derleme için referansları oluşturmuştur.

Hemofili A, Hemofili B ve Von Willebrand Hastalığının Tanı ve Tedavisi

Hemofili A veya klasik hemofili, antihemolitik faktör olarak bilinen faktör VIII yokluğuna bağlı olarak gelişir, resesif bir genetik bozukluktur ve en çok bilinen hemofili türüdür[3]. Genellikle erkekler hasta, kadınlar taşıyıcıdır ve erkekten erkeğe transferi yoktur[4]. Hemofili A'lılar hemofililerin %85'ini oluşturur; şiddetli (plazmada VIII bulunmaması), orta (plazmada %1, %4 oranında normal VIII bulunması) ve hafif (5%-%25 oranında faktör bulunması) olarak sınıflandırılır[5]. Hemofili B veya Christmas hastalığı, plazma tromboplastin komponenti olan faktör IX eksikliğidir ve X' e bağlı resesif bir genetik bozukluktur[4,6]. Klinik olarak hemofili B ve hemofili A ayırt edilemez. Hemofili B de şiddetli, orta ve hafif olmak üzere üçe ayrılır. Hafif vakalarda cerrahi ve travma sonrası kanama hikâyesi yoktur[7]. Şiddetli hemofili hastalarında çok sık ve spontan eklem, kas ve hayati organ hemorajileri gözlenir. Bu nedenli şiddetli hemofili hastalarının tanıları erken yaşlarda konulur. Orta düzeyli hastalarda kanda koagulasyonu sağlayacak kadar faktör bulunmasına rağmen travma ve cerrahi sonrasında bu hastalar risk altındadırlar[8]. Erkek hasta normal platelet sayısı ve protrombin zamanı gösterip uzamış aktive parsiyel tromboplastin zamanı gösterdiğinde durumdan şüphe edilir[9].

Hemofili A tedavisinde faktör VIII konsantreleri kullanılır[4]. Ulaşılabilir faktör VIII ürünleri yüksek saflıkta rekombinant preperasyonları, yüksek saflıkta plazma derive konsantrasyonları ve orta saflıkta plazma derive preperasyonlarıdır[2,10]. Faktör konsantresinin ampulleri içerdikleri aktif ünitlere göre etiketlenir, 1U 1ml normal plazmadaki prokoagulan aktivitesini gösterir. Rutin hemorajik episodlar sırasında prokoagulanın %40 seviyesini bir kerede sağlaması hemostazın ve kanama epizodunun iyileşmesini sağlayacaktır. Hafif faktör VIII hemofili bozukluklarında DDAVP (1-deamino 8-D-arjinin vasopressin) küçük hemorajik epizodlarda kullanılabilir[4].

DDAVP vasopressinin sentetik anoloğudur. Bu ilaç, intravenöz, subkutenöz veya intranasal verildiğinde VWF ve faktör VIII aktivitesini arttırır[4].

Von Willebrand hastalığı (VWD); plazmada, megakaryositlerde ve endotelyal hücrelerde bulunan Von Willebrand faktörünün eksikliğinden kaynaklanır. Otozomal dominant geçişlidir ancak bazı aile bireylerinde asemptomatik olabilir. Kromozom 12'deki bir delesyon sonucu ortaya çıkar. Kadınlarda ve erkeklerde eşit dağılım gösterir. Hemofili A ve B' den farklı

Scanned with CamScanner

olarak kanama zamanı uzamıştır. PTT normal ve uzamış olabilir. Faktör VIII seviyeleri sınırda veya azalmış olabilir[10]. VWD 'in tanısı, zor olabilir çünkü laboratuvar tanısı için birçok test gerekir. VWD' de kişisel veya ailevi kanama hikâyesi önemlidir. Laboratuvar testleri VWF' ün (Von Willebrand Faktör) niceliksel ölçülerini, fonksiyonel testlerini ve multimer analizleri içerir. Bu testler hastalığın subtiplerini de belirlemektedir. Subtipler arasındaki ayrım klinik ve teropatik yaklaşımlar açısından önemlidir. Testlerin tekrarı tanıyı kesinleştirmek için özellikle hafif rahatsızlığı olan tip1 bozukluklarda istenir[11].

Platelet tıkaç oluşumundaki bozukluk nedeniyle deri ve mukozada kanama, yaralanmalar, epistaksis, cerrahi girişim sonrası uzamış kanama ve menoraji gelişebilir[4]. Desmopressin VWF' ün endotelyal hücrelerdeki depo havuzlarından salınmasını sağlar, VWF ve faktör VIII'in plazma düzeylerini 8-12 saat kadar 3-5 katına çıkarır, primer hemostazisi arttırır[11]. Tip I Von Willebrand Hastalığı'nda DDAVP hemostazı sağlamak için kullanılır. Tip I Von Willebrand hastalığı faktörün bütün bileşenlerinin olduğu niceliksel bir hastalıktır ve en sık rastlanan tiptir[4,10]. Çoğu tip1 ve bazı tip2A ve 2M hastaları desmopressin asetat tedavisine cevap verirler[11]. Desmopressine cevap vermeyen hastalarda ve tip 2B, tip3 VWD hastalarında VWF replasmanı tercih edilir. VWF' ün yarılanma ömrü uzun olduğu için günde bir doz kanama episodları veya cerrahi müdahaleler için uygundur[11].

Diş Tedavilerinin Planlanması

1990 yılından sonra ortaya çıkan kan ürünleri kanama bozukluğu olan hastalarda diş bakımı ve diş tedavisini kolaylaştırmıştır ancak hala çok kısıtlı sayıda merkez diş tedavisi hizmetleri vermektedir[12].

Birçok hemofili hastası ayakta rutin dental tedavi görebilir. Randevular her randevu sırasında maksimum sayıda tedavi sağlanacak biçimde[4,13]. Hastanın dikkatli bir şekilde medikal hikâyesi alınır, kan testleri istenir ve invazif prosedürler öncesinde hematoloğu ile konsültasyon yapılır. Burada önemli olan hemostatik sistemi düzenlemek, parametreleri gerekli seviyelere getirmek ve gerekli ilaç ve lokal etkenlerle koagulasyonu desteklemektir[7]. İnhibitörlü hastalar bu tarz problemler konusunda deneyimli merkezlerde tedavi edilmelidir.

Öncelikle hastanın içeriği diş fırçalama, diş ipi, sistemik flor uygulaması, diyet ve diş hekimini rutin ziyaretten oluşan bir koruyucu dental tedaviye başlaması gerekmektedir[4]. Yedi yaşın altındaki çocukların 1.000 ppm flor içeren diş macunlarından kullanması ve 7 yaş üstünde 1.400 ppm flor içeren diş macunlarının kullanılması önerilmektedir. Orta ve yumuşak kıllı diş fırçalarının kullanılması gerekmektedir. Sistemik fluorun ise diş hekimine danışılarak alınması daha doğrudur[14].

Scanned with CamScanner

Hemofili hastalarıyla ilgilenecek diş hekimi ulaşımı kolaylaştırmak için bir hemofili merkezinde ya da merkeze çok yakın bir noktada konumlanmalıdır[1]. Son dönemdeki gelişmelerde birçok hemofili hastası dental tedaviyi rutin olarak yaptırabilmektedir. Doğru tedavi yönteminin seçilmesi için hastanın koagulopatisinin eksiksiz bir şekilde anlaşılması ve hastanın hematoloğu ile iletişim içinde olmak gerekmektedir. Tedavi bu şekilde bilinçli planlandığında hemofili hastalarının tedavileri sorunsuzca gerçekleştirilebilir.

Aminokaproik asit (amicer) ve traneksamik asit (cyclokapron) gibi antifibrinolitikler kanama problemi olan hastalarda ağız içi kanama kontrolüne yardımcı olan ajanlardır. Hemofilik hastalarda normal koşullar altında gevşek, gevrek, kolayca çözünebilen pıhtı oluşur[4]. Oral kavite plazminojen aktivatörleri ve tükürüğün fibrinolitik etkisi açısından zengindir[11]. Antifibrinolitikler pıhtının oral kavitedeki erimesine engel olurlar. Bu yüzden faktör replasmanına ek olarak kullanılır veya kanamanın az olabileceği dental prosedürlerde faktör replasmanı olmaksızın kullanılabilirler.

Antifibrinolitik ajanların kullanım şekli; dental tedavi öncesi çocuklarda kg başına 100-200 mg ε- aminokaproik asit önerilmektedir. Total doz 10g'a kadar ağız yoluyla verilebilir. Kilogram başına 50-100 mg verildiğinde total doz 5g'a kadar 5-7 gün boyunca her 6 saatte bir verilir. Alternatif olarak yetişkin hastalar için yükleme dozu olmadan her defasında 3g olmak üzere ağız yoluyla günde 4 kere önerilebilir. ε-aminokaproik asidin çocuklar için avantajı tablet veya sıvı formda bulunabilir olmalarıdır. Yetişkinlerde 10g'lık yükleme dozu gerekebilir ve 6-7 gün boyunca her 6 saatte 5g'lık doz verilir. Yetişkin ve pediatrik hastalar için traneksamik asit dozu ise 25 mg/kg ise hemen dental tedavi öncesidir ve 5-7 gün boyunca 8 saatte bir devam eder[4]. Ayrıca antifibrinolitikler ağız gargarası olarak da hastaya kullandırılabilirler[11].

Ağrı Kontrolü

Eğer hasta endişeli ise sedasyon veya nitröz oksit anestezi düşünülebilir. Bazıları için hipnoz da faydalı olabilir[15]. Aspirin veya platelet fonksiyonunu değiştiren antiinflamatuar ajanlar içeren analjezikler kullanılmamalıdır. Şiddetli ağrı için narkotik analjezikler gerekli durumlarda kullanılabilir[16]

Faktör replasmanı yoksa periodontal ligament enjeksiyonları kullanılabilir. İnfiltrasyon anestezisi ε-aminocaproik asit veya replasman tedavisi olmadan önerilir. Ancak infiltrasyon anestezisi gevşek konnektif dokuya veya yoğun vaskülerize bir alana yapılıyorsa faktör konsantrasyonunun %40, %30 oranında aktif olması önerilir[17,18].

Blok anestezide farklı bir durum söz konusudur. İnferior alveolar sinir enjeksiyonu ve posterior superior alveolar sinir enjeksiyonlarının yapıldığı gevşek, konnektif, nonfibröz ve yüksek damarlanmalı bölgede enjeksiyonlar havayolu obstrüksiyonuna neden olabilecek

Scanned with CamScanner

hematomlar oluşturabilirler. En azından %40'lık faktör düzeltilmesi zorunludur. Diş hekimi enjektörle aspirasyon yapmalıdır. Kan aspire edildiği durumda ilave faktör replasmanına gerek olabilir. Bu durumda hastanın hematoloğuna danışılmalıdır. Bütün hastalar hematom riskine karşın izlenmeli ve olası bir hematom durumunda ne yapmaları gerektiği hakkında bilgilendirilmelidir[4].

Periodontal Tedavi

Türkiye'de hemofili hastalarının oral hijyenlerinin sağlıklı bireylerden daha kötü durumda olduğu düşünülürse bu hastaların periodontal tedavi ihtiyaçları da sağlıklı bireylerden daha fazladır[19,20]. Cep derinliği ve ataçman kaybının 4mm' ye kadar olduğu durumlarda periodontal tedavi güvenlidir. İlaveten hastanın uygulayabileceği gerçekçi bir evde bakım programıyla tedavi süreci tamamlanabilir[1,20]. Çok fazla diş taşı olan ve küretaj gerektiren hastalara öncelikle supragingival diş taşı temizliği yapılmalıdır. Doku 7-14 gün iyileşmeye bırakılmalı ve bu süre içerisinde gingivadaki ödemin veya hipereminin azaldığı gözlenmelidir. Diş taşı ve irritanların kaldırılması dokunun kanama riskinin aza inmesini sağlar. Eğer subgingival küretaj planlanıyorsa, replasman gerekebilir, ortaya çıkacak kanama miktarına ve faktör defektinin şiddetine göre bir planlama yapılır[4,21,22]. Periodontal cerrahi sırasında %50-75 seviyelerine kadar faktör replasmanı yapılması gerekir[19].

Anormal bir frenilum ataçmanı dişeti çekilmesine ve periodontal cep oluşumuna neden olabilir. Frenektomi tekniği hemofili hastasında cerrahi olarak uygulanabilir. Faktör konsantresi replasmanına ek olarak antifibrinolitik tedavi frenilum veya diğer periodontal cerrahi tekniklerinde gereklidir. Eğer çok büyük bir miktarda kanama bekleniyorsa tedavi hastane ortamında yapılmalıdır. Hematolog tedavi için gerekli faktör miktarını ayarlamada ve hastane ihtiyaçları konusunda yardımcı olmalıdır[10]. Periodontal problemleri kontrol altına almak için hastaya klorheksidin glukonat gargarası önerilebilir. Başlangıçtaki enflamasyonu engellemek için antibiyotik yazılabilir ancak periodontal tedavi sonrasında hastanın iyileşmesinde en önemli etken hastanın ağız hijyenine dikkat etmesidir[23].

Restoratif Tedavi

Hemofilili bir hastaya tüm restoratif tedavi seçenekleri anlatılmalıdır. Süt dişlerine uygulanabilecek bir çok restoratif prosedürler faktör plasmanına gerek kalmadan PDL (periodontal ligament) enjeksiyonu veya lokal infiltrasyonlarla uygulanabilir. Küçük kaviteler anesteziye gerek kalmadan NO inhalasyon aneljezisi ile tedavi edilebilir. Asitaminofen ile kodein kullanımı da hastanın rahatlamasını sağlayabilir. Yetişkinlere uygulanacak tedaviler faktör konsantresine gerek kalmadan lokal anestetik enjeksiyonlarla gerçekleştirilebilir. Eğer inferior alveolar sinir bloğu veya superior alveolar bölgesel anestezi gerekliyse hastanın %40 faktör

Scanned with CamScanner

seviyesinde olması gerekir ve enjeksiyon öncesi antifibrinolitik terapi gerekmektedir. Eğer faktör konsantre replasmanı gerekliyse bütün restoratif tedaviler tek bir randevuda bitirilmelidir. Burada amaç infüzyon sayısını azaltmaktır. Rubber dam (lastik örtü) kullanılması zorunludur. Lastik örtünün diş etini irrite etmemesi için, dişin mine yüzeyinde küçük çentikler açılabilir böylece lastik örtü diş yüzeyine tutunur[19]. Lastik örtü opere edilen alanı, yanakları, dudakları ve dili elimine etmek ve korumak için kullanılır. Bu yumuşak dokular yüksek oranda damarlıdırlar. Bu yüzden ince bir rubber dam seçilmeli, böylece dilde oluşacak abrazyon miktarı azaltılmalıdır. 8A ve 14A gibi subgingival ekstansiyonlu klampler kullanılmamalıdır. Şeffaf bant ve matriksler konvansiyonel olarak kullanılabilir[4]. Matris bandı ve kama nazikçe yerleştirilmeli ve dokuya travmatik olmayacak şekilde kullanılmalıdır[7]. Proksimal preperasyon sırasında şeffaf bantlar papillayı uzaklaştırır. Düzgün bir şekilde yerleştirilmiş matriks kanamaya neden olmaz. Aspiratör ve tükürük emiciler sublingual hematom geliştirme riski nedeniyle dikkatli kullanılmalıdır. İntraoral radyografik filmler yerleştirilirken bile dikkatli olunmalıdır. Kron preperasyonu gingival kısımda dikkat gerektirir, retraksiyon materyali yerleştirilirken ve ölçü alınırken de dikkat edilmesi gerekmektedir. Ölçü kaşığı yerleştirilirken olası kesikleri önlemek için ölçü kaşıklarına çevresel mumlama yapılır. Kron simante edilirken ya da bitimde ekstra bir travma gelmemesine özen gösterilir[4]. Dil tabanında aspiratörden kaynaklanabilecek yaralanmayı elimine etmek için dil tabanına gazlı bez konulması önerilebilir[19].

Pulpal tedavi

Kanama problemi olan hastalarda endodontik tedavi güvenli bir şekilde uygulanabilir. Lokal anestezi ihtiyacı düşünülerek antifibrinolitik tedavisi altında bu hastalara kolaylıkla endodontik tedavi uygulanabilir[19,23].

Bazen çürük tamamen kaldırılmadan indirekt pulpa kaplama yöntemleriyle tedavi denenebilir. Böylece süt ve daimi dişlere kanal tedavisine gerek kalmadan bir defada tedavi edilmiş olur. Pulpatomi veya pulpektomi her zaman çekime tercih edilir[4]. Pulpatomiler ve pulpektomiler genellikle az kanamayla yapılır. Pulpatomi sırasında rutin kullanılan formaldehit ve ferik sulfat önerilir[4]. Apeks dışına taşmış kanal dolgusu ve enstrümantasyon engellenmelidir. Dental apseli hastalarda özellikle yüksek titreli veya yüksek cevaplı inhibitör hastalarında endodontik tedavi yöntemi tek tedavi yöntemidir[7]. Hemofilili bir hastanın dişinin çekilmesi hem daha zahmetli hem de daha pahalı bir tedavi yöntemidir. Birçok canlı pulpatomi ve pulpektomi prosedürleri lokal infiltrasyon anestezileri kullanılarak yapılabilir. Nitröz oksit inhalasyon anestezisi rahatsızlığın azaltılmasında yardımcı olabilir. Eğer vital bir dişin pulpası ekspoze olduysa, ağrı kontrolü için intrapulpal enjeksiyon kullanılabilir. Pulpadan gelen kanama bir problem oluşturmaz çünkü pamuk peletlerle kontrol

Scanned with CamScanner

edilebilir. Eğer pulpa dokusu nekrotik ise lokal anesteziye genellikle gerek kalmaz[4]. Endodontik tedavi sırasında sodyum hipoklorit bütün vakalarda kullanılmalıdır. Sonrasında kanama kontrolüne yardımcı olmak için kanala kalsiyum hidroksit yerleştirilir. Kanamanın durdurulamadığı veya pulpektomi tedavisi gerektiren durumlarda formaldehit ve türevlerinin kullanımı düşünülür[23].

Oral Cerrahi

Hemofili hastasının operasyon öncesi değerlendirmesi ve operasyon sırasındaki işlemler bir hematolog ile koordinasyon içerisinde yapılmalıdır. Anestezi tekniğinden, cerrahi işlemde travma olasılığına ve iyileşme süresinin uzunluğuna kadar her konuda fikir birliğine varılmalıdır. Böylece hematolog cerrahi ve cerrahi sonrasında faktör replasmanının miktarını ve süresini belirler. Bugün bir hemofili hastasına oral cerrahi ayakta tedavi yoluyla gönül rahatlığıyla uygulanabilir[4]. Cerrahi teknik atravmatik olmalı, kemik fragmanları ve granülasyon dokusundan arındırılmalıdır ve kan pıhtısını sağlamak için primer kapatılmalıdır. Orta ve şiddetli hemofilide oral cerrahi öncesi faktör VIII konsantresi infüzyonu önerilir. Konsantre intravenöz verilmeli, birkaç dakika içinde teropatik seviyeye ulaşmalı ve uygulama sonrası %100 seviyesinde olmalıdır. Alternatif bir yöntemse uygulama öncesi faktör düzeyinin %50 seviyelerde olması; 12 saat sonrasında ilave %50'lik faktör uygulaması yapılmasıdır. Ayrıca hasta hemostatik ajanlarla ve oral antifibrinolitiklerle desteklenmelidir. Faktör VIII'in yarılanma ömrü 12 saattir. Vasopressin ε-aminokaproik asit ve traneksamik asit çekim sonrası sistemik olarak kullanılır[7]. Hafif hemofili hastalarında desmopressin ve traneksamik asit yeterli olabilir. Cerrahiden 30-60 dakika kadar önce desmopressin intravenöz olarak 20 dakika 0,3-0,5 µg/kg olmak üzere hastaya verilir. Sonuçta faktör seviyeleri iki katına çıkar ve cerrahi prosedürler hafif hemofili hastalarında güvenle uygulanabilir[24]. Geniş oral cerrahi prosedürlerine girecek olan inhibitörlü hastalar operasyon sonrası izlenebilecekleri ve faktör infüzyonu yapılabilecek hastanelerde tedavi edilmelidir.

Sürmüş daimi dişlerin ve çok köklü süt dişlerinin basit çekiminde işlemden bir saat kadar önce %30 -%40 faktör replasmanı gerekmektedir. Antifibrinolitik terapi prosedürden hemen önce veya prosedürün akabinde başlanmalıdır ve 5-10 gün boyunca devam etmelidir. Hasta ilk 72 saatte sıvı diyetle beslenmelidir. Daha sonraki hafta için yumuşak püre halinde diyet önerilebilir. Bu süre içerisinde hasta emzik, metal veya şişe kullanmamalıdır. 10 günden sonra hasta normal bir diyete başlayabilir. Hastaya ve hasta velisine operasyon sonrası öneriler yapılmalıdır. Faktör konsantresinin pahalı olması nedeniyle bütün işlemler tek seansta bitirilmeye çalışılır[23,25].

Çekim sonrasında bovin trombin, mikrofibriller kollojen hemostat veya

Scanned with CamScanner

ankaferd gibi hemostatik ajanların direk uygulanması lokal hemostazın sağlanmasına yardımcı olabilir[26]. Soket absorbe edilebilen jelatin süngerle kaplanabilir[4]. Absorbe olabilen hemostatik ajanlar kullanıldığında veya aktif enfeksiyon varlığında antibiyotik kullanılmalıdır[7]. Hemostazı sağlamada en sık kullanılan lokal ajan oksidize selüloz yani surgiceldir[22]. Mikrofibriler kollojen veya topikal trombin veya fibrin yapıştırıcısı yaranın üzerine serpilebilir. Daha sonra spançla direk bası uygulanır[7]. Brewer fibrin yapıştırıcısının oldukça başarılı sonuçlar verdiğini bildirmektedir [22]. Stomasive yaranın üzerine konulur böylece ağız ortamıyla yara birbirlerinden ayrılır. Genellikle suturdan kaçınılır ancak sutur belirgin bir biçimde yara iyileşmesine katkıda bulunacaksa sutur atılır. Sutur kullanılacaksa resorbe olabilen suturlar önerilmektedir. Hastaya özel ve eksiksiz çekim sonrası öneriler verilmelidir. Kırık, parsiyel olarak sürmüş ve sürmemiş dişler için ilave faktör gerekebilir. Ayrıca operasyon sonrasında faktör replasmanı gerekebilir. Antifibrinolitik terapiye tedaviden hemen önce başlanmalı ve antifibrinolitik terapi tedavi sonrasında 7-10 gün kadar sürmelidir. Ne kadar faktör replasmanın yeterli olduğunu anlamak için kök sayısı ve kökün ne kadar resorbe olduğunu anlamak gerekir. Eğer kök tamamıyla sağlamsa faktör replasmanı gerekli olabilir. Eğer kök tamamıyla resorbe olmuşsa antifibrinolitik terapi ve lokal hemostatik ajanlar yeterli olabilir. Normal eksfoliasyon her zaman faktör replasmanı gerektirmeyebilir ve kanama direk spanç basısı ve parmak basısı ile durdurulabilir. Hemostatik ajanların direk topikal uygulamaları lokal hemostazı sağlamakta yardımcı olabilir. Eğer devam eden yavaş bir kanama söz konusu ise antifibrinolitik tedavi başlanabilir[4].

Cerrahi komplikasyonlar: Bütün önlemlere rağmen kanama operasyon sonrasında 3-4 gün kadar sürebilir. Hemorajinin durdurulması için hem sistemik hem de lokal tedaviye başlanmalıdır. İlave faktör yüklemeleri gerekebilir. Özellikle pıhtı gevşek ise bu pıhtıya "ciğer pıhtı" adı verilir. Bu oluşum koyu kırmızı ve cerrahi alanın dışına taşmış bir görüntü verir; bazen bu oluşum diş yüzeylerini örtebilir. Ciğer pıhtıyı yerinde tutmak akılcı değildir. Faktör düzeyi sağlanarak (%30-%40) pıhtı uzaklaştırılır ve bölge temizlenir. Soket yeniden tamponlanır[18,24].

Antibiyotik proflaksisi: Hemofili hastalarında eklem tutulumlarında (çoklu hemartroz) hastaya protez takılabilir. Böyle durumlarda invaziv dental işlemler planlanıyorsa hastaya antibiyotik proflaksisi başlanabilir. Hastada HIV nedeniyle immun sistem baskılanıyorsa intravenöz antibiyotik kullanılmalıdır[27].

Ortodontik Tedavi

Ortodontik tedavi kontraendike değildir ancak keskin uçlu tellere dikkat edilmelidir ve tellerin yapıştırılmasına özen gösterilmelidir[28]. Ortodontik sorunun erken anlaşılması önemlidir çünkü selektif rehberlik azaltılabilir veya kompleks

Scanned with CamScanner

ortodontik tedavilerin önüne geçilebilir. Hareketli ve sabit ortodontik tedaviler uygulanabilir. Bantların yerleştirilmesi sırasında mukozaya zarar vermemek adına dikkatli olunması ve keskin, çıkıntılı kenarların uzaklaştırılması gerekmektedir. Kazara gingivada oluşan küçük çizik ve kesiklere 5 dakika tampon uygulandığında genellikle kanama sona erecektir. Önceden hazırlanmış band ve braketlerin dişe direk yapıştırılması gingivayla teması azaltacaktır. Uzun etkili tel ve zembereklerin kullanımı ortodontik apareylerin daha az sıklıkla değiştirilmesini sağlayacaktır. Oral hijyen inflame, ödemli ve hemorajik gingival dokuları önlemede özellikle çok önemlidir. Su irrigasyonu yapan bir alet evde kullanılmak üzere hastaya önerilebilir[4].

Dental acil durumlar

Ağza gelen travmalar çocukluk çağında çok sık rastlanır. Hemofili hastaların ağzında meydana gelen yaralanmalar ve hematomlar için hem faktör replasmanı hem de antifibrinolitik tedavi lokal hemostatik ajanlarla birlikte kullanılmalıdır[22]. Oral cerrahide kullanılan bütün lokal ajanlar dental travmalarda da kullanılabilir.

Sonuç

Hemofili hastalarında koruyucu tedavi prosedürlerinden cerrahi prosedürlere kadar bütün detal tedavi yöntemleri uygun şartlar sağlandığında güvenli bir şekilde uygulanabilmektedir. Ancak bu hastalar için önemle üzerinde durulması gereken konu koruyucu tedavidir. Faktör replasmanı devlet tarafından karşılanıyor olsa da yüksek maliyetli bir tedavi seçeneğidir. Koruyucu tedavi özellikle faktör replasmanına ulaşımın kısıtlı olduğu koşullarda hastaların ilaca bağımlı olmasını engeller. Ayrıca koruyucu tedaviler sayesinde ileride meydana gelebilecek yüksek maliyetli girişimsel tedavilerin önlenmesini sağlanır.

Kaynaklar

1. Harrington, T. Primary Dental Care of Patients with Haemophilia. *Haemophilia* july 6, 7–12 (2000).

2. Moran, T. A. & Carol, S. V. Normal clotting. *Seminars in Oncology Nursing* 21, 1–11 (2005).

3. Hillman, R. S., Adult, K. A. & Rinder, H. M. Part III Disorders of Hemostaisis; Hemophlia and other intrinsic pathway defects. *Hematology in clinical practice* 368–379 (2002).

4. Brian J. Sanders, Amy D. Shapiro, Randy A. Hock, James A. Weddel, Bencher, C. E. *et al.* Management of the Medically Compromised Patient: Hematologic Disorders, Cancer, Hepatitis, and AIDS. , In R. E. McDonald. *Hemophlia Dentistry for the child and adolescent* 559–564 (2004).

5. Yilmaz, D. *et al.* A single centre experience in circumcision of haemophilia patients:

Scanned with CamScanner

Izmir protocol. *Haemophilia : the official journal of the World Federation of Hemophilia* 16, 888–91 (2010).

6. Guyton, A. C. & Hall, J. E. Part 32. *Textbook of Medical Physiology* (1998).

7. Da Fonseca, M. A. Oral and Dental Care for Local and Systemic Diseases. *Pediatric Dentistry. Infancy through Adolescence* 74–88 (2005).

8. Scully C, Cawson R. A. , . Ed fifth, 2005, 135-155 *HaematologyII: Disorders of Haemostasis, Medical Problems in Dentistry*. 135–155 (2005).

9. Marcio A. Da Fonseca Oral and Dental Care for Local and Systemic Diseases. *Pediatric Dentistry. Infancy through Adolescence* 74–88 (2005).

10. Lanzkowsky, P. Part 11, Disorders of Coagulation. *Manual of Pediatric Hematology and Oncology* 295–362 (2010).

11. Israels, S., Schwetz, N., Boyar, R. & McNicol, A. Bleeding Disorders: Characterization, Dental Consideration and Management . 2006;72: 827. *Journal of Canadian Dental Association* 72, 827 (2006).

12. Laguna, P. & Klukowska, a Management of oral bleedings with recombinant factor VIIa in children with haemophilia A and inhibitor. *Haemophilia : the official journal of the World Federation of Hemophilia* 11, 2–4 (2005).

13. Alpkiliç Baskirt, E., Ak, G. & Zulfikar, B. Oral and general health-related quality of life among young patients with haemophilia. *Haemophilia : the official journal of the World Federation of Hemophilia* 15, 193–8 (2009).

14. Scully C, Dios PD, Giangrande P, L. C. Oral care for people with hemophlia or hereditary bleeding tendency; Treatment of Hemophlia. *Word Federation of Hemophlia* october, 2, (2002).

15. Lucas, O. N. The Use Of Hypnosıs In Hemophılıa Dental Care. *Annals New York Academy of Sciences* 263–266 (1959).

16. Witkop, M. *et al.* Assessment of acute and persistent pain management in patients with haemophilia. *Haemophilia : the official journal of the World Federation of Hemophilia* 17, 612–9 (2011).

17. Zanon, E., Martinelli, F., Bacci, C., Zerbinati, P. & Girolami, a Proposal of a standard approach to dental extraction in haemophilia patients. A case-control study with good results. *Haemophilia : the official journal of the World Federation of Hemophilia* 6, 533–6 (2000).

18. Frachon, X. *et al.* Management options for dental extraction in hemophiliacs: a study of 55 extractions (2000-2002). *Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral*

Scanned with CamScanner

radiology, and endodontics 99, 270–5 (2005).

19. Kumar, N. *et al.* Specialty dentistry for the hemophiliac : Is there a protocol in place ? *British Medical Journal* 18, 48–54 (2007).

20. Azhar, S., Yazdanie, N. & Muhammad, N. Periodontal status and IOTN interventions among young hemophiliacs. *Haemophilia : the official journal of the World Federation of Hemophilia* 12, 401–4 (2006).

21. Hitchings, E. J. The oral health of individuals with haemophilia: a review of the literature. *The New Zealand dental journal* 107, 4–11 (2011).

22. Brewer, a K. Advances in minor oral surgery in patients with congenital bleeding disorders. *Haemophilia : the official journal of the World Federation of Hemophilia* 14 Suppl 3, 119–21 (2008).

23. Paulo, S. Gudelınes For Dental Treatment Of Patıents Wıth InHherIted. *Surgery* (2006).

24. Borea, G., Montebugnoli, L., Capuzzi, P. & Magelli, C. Tranexamic acid as a mouthwash in anticoagulant-treated patients undergoing oral surgery. An alternative method to discontinuing anticoagulant therapy. *Oral surgery, oral medicine, and oral pathology* 75, 29–31 (1993).

25. Collins, P., Budde, U., Rand, J. H., Federici, a B. & Kessler, C. M. Epidemiology and general guidelines of the management of acquired haemophilia and von Willebrand syndrome. *Haemophilia : the official journal of the World Federation of Hemophilia* 14 Suppl 3, 49–55 (2008).

26. Öner, A. F. *et al.* New coagulant agent (ankaferd blood stopper) for open hemorrhages in hemophilia with inhibitor. *Clinical and applied thrombosis/hemostasis : official journal of the International Academy of Clinical and Applied Thrombosis/Hemostasis* 16, 705–7 (2010).

27. Franchini, M. *et al.* Dental procedures in adult patients with hereditary bleeding disorders: 10 years experience in three Italian Hemophilia Centers. *Haemophilia : the official journal of the World Federation of Hemophilia* 11, 504–9 (2005).

28. Gómez-Moreno, G., Cañete-Sánchez, M.-E., Guardia, J., Castillo-Naveros, T. & Calvo-Guirado, J.-L. Orthodontic management in patients with haemophilia. About two clinical cases. *Medicina oral, patología oral y cirugía bucal* 15, e463–6 (2010).

Yazışma Adresi:
Arş. Gör. İffet YAZICIOĞLU
Çukurova Üniversitesi
Sağlık Bil Enst. Pedodonti Anabilim Dalı
Balcalı – ADANA
e-mail: iffet_yazicioglu@yahoo.com

Scanned with CamScanner

Ç. Ü Sağlık Bil. Derg.
2013,28(1-3):13-33

Örgüt Kültürü Eğiliminin Metaforlarla Analizi: Spor Kuruluşları Örneği

Metaphoric Analysis of Organizational Culture Tendency : A Case Study About Sports Institutions

C. Sayın Temur* P. Bilir**

*Bitlis Eren Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu, *syncanan@hotmail.com*

** Çukurova Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu, *pbilir@cu.edu.tr*

Özet

Bu çalışmada, farklı spor kuruluşlarındaki örgüt kültürü eğiliminin metaforlarla analiz edilmesi amaçlanmıştır. Çalışmanın örneklemi, Gençlik Spor Bakanlığı Spor Genel Müdürlüğü, İstanbul Gençlik Hizmetleri ve Spor İl Müdürlüğü, Adana Gençlik Hizmetleri ve Spor İl Müdürlüğü, Çukurova Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu, Türkiye Futbol Federasyonu, Türkiye Milli Olimpiyat Komitesi ve Türkiye Amatör Spor Kulüpleri Konfederasyonu kuruluşlarında çalışan 360 kişi tesadüfü örneklem yöntemine göre seçilerek oluşturulmuştur. Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından hazırlanan örgüt kültürü anketi kullanılmıştır. Çalışmada kullanılan metaforlar, spor kuruluşlarında yapılan yapılandırılmamış görüşmelerle belirlenmiştir. Verilerin analizinde, betimsel istatistik olan; aritmetik ortalama kullanılmıştır. Gençlik Spor Bakanlığı Spor Genel Müdürlüğü, İstanbul Gençlik Hizmetleri ve Spor İl Müdürlüğü, Adana Gençlik Hizmetleri ve Spor İl Müdürlüğü, Çukurova Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu kuruluşlarının güçlü örgüt kültürü eğiliminde olmadıkları, Türkiye Futbol Federasyonu, Türkiye Milli Olimpiyat Komitesi ve Türkiye Amatör Spor Kulüpleri Konfederasyonu kuruluşlarının güçlü örgüt kültürü eğiliminde oldukları sonucu gözlenmiştir.

Anahtar sözcükler: Spor Kuruluşları, Örgüt Kültürü, Metafor

Abstract

In this study; it has been aimed to analyze the organizational culture tendency in various sports institutions through metaphors. Sample of the study has been constituted by selecting 360 people working in such institutions as Ministry of Youth and Sports General Directorate of Sports, İstanbul Provincial Directorate of Youth

Scanned with CamScanner

Welfare and Sports, Adana Provincial Directorate of Youth Welfare and Sports, Çukurova University's School of Physical Education and Sports, Turkish Football Federation, Turkish National Olympic Committee, and Turkish Amateur Sports Clubs Confederation by random-sampling method. Organizational culture survey prepared by the researchers has been utilized as a data collection instrument. The metaphors used in the study have been determined by the unstructured interviews conducted in the said sports institutions. In the data analysis; such descriptive statistical techniques as arithmetic mean have been used. In conclusion, it has been observed that the institutions of Ministry of Youth and Sports General Directorate of Sports, İstanbul Provincial Directorate of Youth Welfare and Sports, Adana Provincial Directorate of Youth Welfare and Sports, Çukurova University's School of Physical Education and Sports do not have a tendency to strong organizational culture; whereas such institutions as Turkish Football Federation, Turkish National Olympic Committee, and Turkish Amateur Sports Clubs Confederation have such a tendency to strong organizational culture

Key words: Sports Institutions, Organizational Culture, Metaphor

Giriş

Yönetim eylemlerinin gerçekleştirilmesi için oluşturulan örgütlerin, sosyal bir sistem olarak ele alınmaya başlamaları ile beraber başarılarının sadece yapı, stratejiler ve teknoloji, beton binalar, yıllık bütçeler, programlar gibi maddi unsurlarla sınırlı kalamayacağı da anlaşılmıştır. Bu ise, çözümü ilk planda fark edilmemiş "çalışan insan"a odaklanmayı getirmiştir ve örgütte ciddi bir şekilde göz önüne alınması gereken yeni bir faktörün fark edilmesine yol açmıştır. Bu faktör, yönetim düşüncesinin gelişiminde ilk kez neo-klasik dönemde fark edilip, etkileri görülmüş olan ve bugün için durumsallıktan öte "mükemmeliyetçi yaklaşım"ın bir uzantısı olarak aslında örgütlerin faaliyete başladıkları ilk günden beri var olan "örgüt kültürü"dür[1]. Sosyoloji, antropoloji ve etnoloji kökenli kültür kavramını, örgüt kuramı ile örtüştüren yazarlar, örgüt kültürünün yönetim literatürüne yerleştirilmesinde ve geliştirilmesinde önemli rol oynamışlardır[2,3,4]. Örgüt kültürü ile ilgili literatür incelendiğinde, firma kültürü, organizasyon kültürü, şirket kültürü ve kurumsal kültür gibi farklı kavramlar göze çarpmaktadır. Bu kavramlarla ifade edilmek istenen temelde aynı olup, anlam ve kapsam bakımından belirgin bir farklılık söz konusu değildir[5]. Örgüt kültürüne yönelik farklı teorik yaklaşımlar ve tanımlar, kültür kavramının tanımlanmasındaki çeşitlilikten etkilenmektedir[6]. Örgüt kültürü, örgütü diğerlerinden ayıran, örgütsel verimliliğe etki eden, çalışanların örgüt içindeki davranışlarını yönlendiren dinamik bir özellik gösterir. Bu açıdan son yıllarda örgüt ve yönetim ile ilgili araştırmalarda güncel konulardandır[7]. Kültürel unsurları değerler ve uygulamalar olarak ayıran

Scanned with CamScanner

Hofstede(1990), temel varsayımları değerlerle iç içe kabul etmiş ve örgüt üyelerinin örgütsel yaşamla ilgili temel algılamalarının kültürü açıklamaya dayanak oluşturduğunu ileri sürmüştür[8]. Hofstede (2001) örgüt kültürünü "bir örgütün üyelerini diğerlerinden ayıran kolektif zihin programlaması" olarak tanımlamıştır[4]. Bir başka örgüt kültürü tanımı da şu şekildedir: Bir örgüt içinde toplu olarak paylaşılan ve göreli olarak durağan olan inançlar, tutumlar ve değerlerdir[9,10]. Örgüt kültürü Schein'a(1984) göre; bir grubun kendi içinde bütünleşme ve dış çevreye uyum sorunlarını çözerken yarattığı ve geliştirdiği; yeni üyelerine algılama, düşünme ve hissetme yolu olarak aktardığı varsayımlar ve inançlar bütünüdür[11].Örgüt kültürü, örgüt üyeleri arasındaki dayanışmayı artırır. Örgütü bir arada tutmada birleştirici bir unsur olarak görev yapar ve örgüt üyeleri için bir kontrol mekanizması olarak fonksiyon görür. Yani, çalışanların tutum ve davranışlarını hem biçimlendirir hem de onlara rehberlik eder[7].Örgüt kültürü örgütü diğerlerinden ayıran, örgütsel verimliliğe etki eden, çalışanların örgüt içindeki davranışlarını yönlendiren dinamik bir özellik gösterir. Örgüt kültürü konusunda gerçekleştirilen birçok çalışmanın arkasında yatan neden dünyada gittikçe artan globalleşmedir. Bu doğrultuda yürütülen çalışmalar "sınırlar ötesinde iş yapmak" gibi başlıkların altında toplanmaktadır. Bu çalışmalar hem ülkesel, hem de kurumların özgün farklılıklarının anlaşılması ve bu farklılıklardan doğabilecek güçlüklerin önlenmesi ve hatta bunlardan sinerji oluşturulması gibi bir amaca hizmet etmektedir.

Örgütsel kültürler, konuyla ilgili kuramsal yayınlarda ve alanlarda çalışan araştırmacılar tarafından değişik biçimlerde sınıflandırılmaktadır. Bu sınıflandırmalardan güçlü (strong) ve zayıf (weak) kültürler olarak yapılan sınıflandırma biçimi yaygın olarak benimsenmektedir[2-4,12-14]. Bu araştırmada, örgütsel kültürlerin sınıflandırılmasıyla ilgili olarak güçlü (strong) ve zayıf (weak) kültürler biçiminde yapılan sınıflandırma biçimi benimsenmiştir. Güçlü kültür, bir örgüt üyelerinin temel sayıtlı, inanç ve değerleri ne ölçüde paylaştıklarıyla yakından ilgilidir. Eğer sosyal bir grubun üyeleri, birtakım sayıtlı, inanç ve değerler üzerinde bir uzlaşma sağlayamamışsa, bu grupta güçlü bir kültürün varlığından da söz etmek mümkün değildir[15].Bir örgütte, örgütsel kültürün rasyonel, sosyal ve duygusal yönlerden, ayrıca, birey, grup ve örgüt boyutlarında olumlu ya da olumsuz çeşitli sonuçlarından söz edilebilir[16,17]. Kültürü örgütle ilişkili olarak ele alan kuramsal yayın ve araştırmalarda söz edilen kültürün bazı temel işlevleri yanında güçlü kültürlerin örgütsel yaşamdaki bazı sonuçları da alanla ilgili literatür taraması sonuçlarına göre şöyle özetlenebilir[18]:

Güçlü kültüre sahip örgütlerde;

1. İş görenlerin yaratıcılık ve başarı güdüleri teşvik edilir. İş görenlerin, mesleki

Scanned with CamScanner

gelişimi ve işindeki başarısı için yönetim tarafından her türlü yardım ve destek sağlanır. Örgütte, yenilik ve değişmelerle gelenekler; otoriteyle özerklik (otonomi) arasında bir denge kurulur.

2. Görevin yerine getirilmesinde iş görenlere büyük ölçüde özerklik (otonomi) verilir; iş görenler yanlış yapmaktan korkmaz, görevleriyle ilgili konularda risk üstlenme konusunda teşvik edilir. Bu nedenle de örgütün kuralları dışına çıkanlar bu kuralları bozan kişiler olarak değil; kendilerini riske atan kişiler olarak kabul edilir.

3. Örgüt üyeleri arasında yarışmayla işbirliği arasında iyi bir denge sağlanır. İş görenler, işleriyle ilgili konularda kendi aralarında bir yandan yarışmaya, diğer taraftan da karşılıklı yardımlaşma ve işbirliğine teşvik edilir.

4. İş görenler yaptıkları işle ilgili konularda sorumluluk üstlenmeye teşvik edilir, isteklendirilir. İş görenlerde yaptıkları işle ilgili konularda sorumluluk almaktan kaçınmaz.

5. Örgütte esnek bir yapı bulunur ve iş görenlerin kontrol edilmesinde yakından denetim yerine, uzaktan denetim biçimi tercih edilir. Örgütte egemen olan kurallar, değişmez, katı kurallar değildir. Yazılı kurallardan çok yazılı olmayan kurallar (kültürel ölçütler) uygun görülür.

6. Örgütte hoşgörü ortamı egemen olup, örgütsel çatışmalardan büyük ölçüde kaçınılır; meydana gelebilecek çatışmalar karşılıklı anlayış içimde çözümlenir. Örgütte yapılan işlerle ilgili olarak iş görenlerin yapabileceği hatalar hoşgörü ile karşılanır ve ört-bas edilir; şikâyetler ise hoş karşılanmaz.

7. İş görenin görevine olduğu kadar sosyal yaşantısına da ilgi gösterilir. İş görenler arasında arkadaşlık ilişkileri teşvik edilir. Örgüt bir aile, köy, kulüp havası taşır. İş görenler arasında karşılıklı güven ve dostluk bulunur.

8. İş görenler arasında uyum ve ahenk bulunur. Örgüte yeni katılan üyeler, kısa bir süre içinde örgüte uyum sağlar ve örgütün diğer üyeleriyle kaynaşır.

9. Örgütte adil bir ödül-ceza sistemi bulunur; iş görene sağlanacak her türlü yardım, destek ve ödüllerde iş görenin performansı ve işindeki becerisi temel ölçütler olarak kabul edilir; imtiyazlı davranışlardan kaçınılır.

10. İş, örgüt üyeleri tarafından yaşamak için gerekli bir uğraş olarak görülür. Örgütte yapılan her iş, örgütün amaçlarının gerçekleşmesi ve örgütün başarısı içindir. Bu süreçte biçimsel kurallardan çok ulaşılan sonuçlar önemli görülür[18].

Metaforların araştırma yöntemi olarak kullanılması son yıllarda önemli ölçüde artmıştır. Yıldırım ve Şimşek'e (2005) göre, mecazlar, bir durumun, olayın ve olgunun var olduğu haliyle betimlenmesi ve resmedilmesidir[19]. Morgan'a (1986) göre, metaforlar iki amaçla kullanılır: bir durumu betimleme ve bir süreci hızlandırma veya iyileştirme[20]. Önemli sözel semboller olarak metaforlar, örgüt kültürü çalışmalarında kullanılmakla birlikte; örgüt kültürünün inşa

Scanned with CamScanner

edilmesi, çalışanlara benimsetilmesi ve güçlü örgütsel kültürlerin yaratılmasında da etkin olmaktadırlar. Metaforlar gerçeğin alternatif kavramlarla ifadesidir ve temel işlevleri, çok sayıda verinin, bilginin yakalanması, yorumlanması, nakledilmesi ve belirsizlikle başa çıkmadaki yararıdır. Örgütsel yaşamı algılamak için karmaşıklıkları, zıtlıkları, en iyi şekilde anlamanın yolunu ararken bazen tek bir metaforun kısmen de olsa bunu başardığına tanık olabiliriz[21]. Metaforlar "betimleme" amacıyla kullanıldığında bir durum olay ve olgu var olduğu haliyle betimlenir, resmedilir. "Bir süreci hızlandırma veya iyileştirme" amacıyla kullanıldığında ise metaforlar bir değişim aracı olarak görülür. Metaforlar yoluyla nitel veri toplama sosyoloji, psikoloji, antropoloji, işletme, felsefe, uluslararası İlişkiler gibi sosyal bilim disiplinlerinin yanı sıra mühendislik ve fen bilimlerinde de etkili bir şekilde kullanılmaktadır[19]. Metaforlar üzerine, aynı ölçüde de metaforları kullanarak sosyal bilimlerin değişik disiplinlerinde 1980'lerden beri çok sayıda araştırma yapılmış ve çok şey yazılmıştır. Bunlar arasında metaforların bilimde kuram oluşturmada, şirketlerin stratejik yönelimlerini değiştirmede, çalışanların çalıştıkları kurumları nasıl algıladıkları, çocukların öğrenmesini kolaylaştıran araçlar olarak nasıl kullanabileceği, öğretmenlerin öğrencilerini nasıl algıladıkları, örgütsel değişimi açıklamakta nasıl ayna görevi gördükleri konularında çok sayıda çalışma vardır[20,22-28]. Örgüt üyelerinin örgüte egemen olan varsayımlar, değerler ve uygulamalara yönelik algılamalarını metaforlar yardımıyla anlamak, örgüt kültürü analizinde farklı bir yöntemdir[29]. Sembolik kodlara yönelik ilk çalışmalardan biri, Barley'in (1983), bir cenaze evi örgütünde gözlem ve görüşmelere dayanan semiyotik veri toplama çalışmasıdır[25]. Bates'in (1984) eğitim örgütlerine yönelik çalışmasında öğretmenlerin, idarecilerin ve öğrencilerin kişilerarası ilişkilerini, güç yapılarını tanımlamada kullandıkları metaforlara dikkat çekilmektedir[26]. Smircich, (1983) metaforların bilimsel bilginin oluşturulması ve yorumlama yoluyla dünyanın kavranması süreçlerinde önemini vurgulamışdır[27]. Palmer ve Lunberg'in otel örgütlerinde yaptıkları metafor çalışmasında ise yönetsel beceriler, örgütsel yapı ve uygulamalar, örgütün yaşam seyri, çevresel ilişkiler, güç ilişkisi, aidiyet gibi kültürel değişkenler pozitif ve negatif metaforlar yardımıyla analiz edilmiştir[28].

Grekçe metaphora'dan gelen "metafor" kelimesi, meta: öte ve pherein: taşımak, yüklenmek kelimelerinden gelmektedir ve "bir yerden başka bir yere götürmek" anlamındadır. Burada söz konusu olan, geçici bir anlamdan çok, kalıcı, köklü, yeni bir anlamdır. Metafor bir gerçeği dile getirmek amacıyla kullanılır ve pek çok metaforik ifade (biz onların metaforik ifade olduğunu fark etmesek de) dilde kalıcıdır[30]. "Benzetme" kavramıyla yakın bir anlam taşıyan "metafor" kavramı, bilinmeyeni bilinene aktarmak suretiyle

Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner

açıklamak ya da nitelikleri bir gerçeklik düzleminden bir başkasına aktaran bir söz ya da görüntü aracı olarak tanımlanabilir[31]. Aristotales'e (2004) göre ise, "bir şeyi başka bir şeye ait olan bir adla çağırmaktır"[32]. Sözcüğün dilde kullanımı süreklilik kazanarak belli bir zaman dilimi içinde sabitlenmiş anlamlarına, başka bir deyişle, kavrayışlarında uyandırdığı sözcüklere girmiş anlamlarına gerçek anlam; kullanım içinde bir başka sözcüğün anlamını bir yönüyle üstlenmesiyle edindiği anlamlara metafor denilmektedir[33]. Metaforlar soyut kavramları/yaşantıları ifade etmede geniş imkânlar sunar ve yaratıcılığı özgür kılar. Ancak, metaforlar bir görme biçimi yaratırken, belirli yorumları öne çıkarıp diğerlerini arka plana iterek tek yönlü bir kavrayış üretir; diğer bir deyişle görmeme biçimi yaratır[34]. Türkçe 'de metafor kavramına en yakın anlamda "eğretileme" kelimesi kullanılmaktadır. Eğretileme; "bir gerçek anlamı, ona benzerliği olan başka bir anlamla anlatma, benzerlik ilişkisinden yararlanarak bir sözcüğün, bir adın anlamını eğreti olarak aktarma sanatı" olarak tanımlanmaktadır[35]. Dil, gerçek doğası ve özü gereği eğretilemelere dayanır. İnsan dilinde soyut kavramları eğretilemeler olmaksızın dile getirmek olanaksızdır. Bu nedenle dil, nesneleri doğrudan doğruya betimleyemediği için dolaylı betimleme biçimlerine, belirsiz ve iki anlamlı terimlere başvurur[36]. Metaforlar bazı yorumları öne çıkarırken, diğerlerini arka plana iter, diğer bir deyişle yarattığı görme biçimi, aynı zamanda bir görmeme biçimi haline gelir. Örneğin "insan aslandır" metaforu, insanın aslanca cesaret, güç ya da yırtıcılığına dikkat çekerken, aynı kişinin bir iblis, bir ermiş, bir münzevi de olabileceği olgusunu örter. Metafor bize benzerlikleri görmeye ama farklı yönleri göz ardı etmeye davet eder. Metafor, güçlü kavrayışlar sağlayacak şekilde hayal gücünü genişletir, ama çarpıtma tehlikesi de taşır[37]. Metaforlar bu yönüyle spekülatiftir ve örgüt kültürünü yönlendirmede etkili olduğu gibi, çalışanların düşüncelerini çarpıcı şekilde ifade etmelerine yarar[38]. Metaforların insanlar için anlamlı olmasının nedeni; metaforun taşıdığı içeriğin kısmen "kültürel" olarak belirlenmesi ve kısmen de geçmiş tecrübelere bağlı olmasıdır[30]. Diğer taraftan bu durum, farklı kültürel birikimlere sahip insanlar tarafından metaforların tamamen farklı algılanmasına neden olmaktadır. Kültürün var olma nedeni insandır. İnsanı diğer canlılardan ayıran da bu kültür yaratma özelliğidir. Kültürün konuşulan dil ile çok yakın bir ilişkisi vardır. Dil, kültürü hem kurar hem geliştirir. Ortak bir dil, ortak bir kültür demektir. Ağızdan çıkan her sözcüğün dile bağımlı kültür ortamını canlı tutmada büyük katkısı vardır[39].Gündelik kavram sistemimiz – kendileriyle düşündüğümüz ve eylemde bulunduğumuz terimler – temelde doğası gereği metaforiktir. Algıladığımız şeyi, dünyada yolumuzu bulma tarzımızı ve diğer insanlarla ilişki kurma biçimimizi, kavramlarımız yapıya kavuşturur. Bu yüzden kavram sistemimiz gündelik

gerçekliklerimizi tanımlamakta merkezi bir rol oynar[30].

Bu çalışmada, Spor Genel Müdürlüğü(SGM), İstanbul Gençlik Hizmetleri ve Spor İl Müdürlüğü (İGHSİM), Adana Gençlik Hizmetleri ve Spor İl Müdürlüğü(AGHSİM), Çukurova Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu (Ç.Ü.BESYO), Türkiye Futbol Federasyonu(TFF), Türkiye Milli Olimpiyat Komitesi (TMOK) ve Türkiye Amatör Spor Kulüpleri Konfederasyonu (TASKK) çalışanlarının kurumları hakkında kullandıkları olumlu ve olumsuz metaforlara göre örgüt kültürü eğilimi analizi yapılmıştır.

Materyal ve Yöntem

Betimsel bir çalışma olan bu çalışmanın örneklemini; SGM, İGHSİM, AGHSİM, TFF, ÇÜBESYO, TMOK ve TASKK'da çalışan 360 kişi tesadüfü örneklem yöntemine göre seçilerek oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından hazırlanan örgüt kültürü anketi kullanılmıştır. Bu ankette kullanılan metaforlar spor kuruluşlarında yapılan yapılandırılmamış görüşmelerle belirlenmiştir. Verilerin analizinde aritmetik ortalama kullanılmıştır. Bu çalışmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır;

1. Çalışanlar kurumlarını hangi metaforlarla tanımlamaktadırlar?
2. Çalışanlar kurumlarının personel alım kriterlerini hangi metaforlarla tanımlamaktadırlar?
3. Çalışanlar kurumlarında yapılan tören veya toplantılarda yönetici-personel ilişkisini hangi metaforlarla tanımlamaktadırlar?
4. Çalışanlar kurumlarının yönetim anlayışını hangi metaforlarla tanımlamaktadırlar?
5. Çalışanlar kurumlarının diğer kuruluşlarla olan ilişkilerini hangi metaforlarla tanımlamaktadırlar?
6. Çalışanlar kurumlarının adalet anlayışını hangi metaforlarla tanımlamaktadırlar?
7. Çalışanlar kurumlarının iş görene verdiği değeri hangi metaforlarla tanımlamaktadırlar?
8. Çalışanlar kurumlarındaki yöneticilerin odalarını hangi metaforlarla tanımlamaktadırlar?
9. Çalışanlar kurumlarının esnek ve sürekli olarak değişikliklere adapte olabilecek yapıya sahip olup olmadığını hangi metaforlarla tanımlamaktadırlar?

Bulgular

Araştırma sonucunda katılımcıların, %31.10'unu kadın, %68.90'ını ise erkek, yaş verilerinin dağılımında en yüksek %26.40 ile 45 yaş ve üstü aralığında, en düşük %3.90 ile 17-

24 yaş aralığında, %19.20'sinin 21-24 yıllık kıdem yılına sahip olduğu, eğitim durumlarının ise, %52.5 ile lisans, %6.10 ile

Scanned with CamScanner

yüksek lisans ve %1.7 ile doktora mezunu olduğu görülmüştür.

Tablo 1. Spor Kuruluşlarını İfade Eden Metaforların Ortalamaları.

Metaforlar	Kurumlar						
	SGM	İGHSİM	AGHSİM	TFF	ÇÜBESYO	TMOK	TASKK
ARİ KOVANI	1.71	2.78	3.13	**4.00**	2.56	3.96	3.86
KURTLAR SOFRASI	**3.73**	2.22	2.27	2.38	2.24	1.27	1.00
DEDİKODU YUVASI	**3.96**	2.33	2.22	2.31	3.24	1.35	1.00
ORKESTRA	1.79	3.38	3.10	3.28	2.12	4.04	**4.64**
N	87	60	60	65	25	49	14

Tablo 1'e göre, ***"Arı Kovanı"*** metaforu 4.0'lık değerle TFF en yüksek, ***"Kurtlar Sofrası"*** metaforu 3.73 ve ***"Dedikodu Yuvası"*** metaforu 3.96 değerle SGM'de en yüksek, ***"Orkestra"*** metaforu ise TASKK'da 4.64'lük değer ile en yüksek olarak belirlenmiştir.

Tablo 2. Spor Kuruluşlarına Yeni Personel Alınırken Hangi Kriterlerin Öne Çıktığını İfade Eden Metaforların Ortalamaları

Metaforlar	Kurumlar						
	SGM	İGHSİM	AGHSİM	TFF	ÇÜBESYO	TMOK	TASKK
ARKASI SAĞLAM	**4.49**	3.32	3.98	3.26	3.92	1.86	2.79
VELİAHT SİSTEMİ	**4.11**	1.60	2.00	2.28	3.60	1.22	1.07
AHBAP-ÇAVUŞ	**4.33**	2.57	2.58	2.72	3.84	1.39	2.71
İŞİN EHL-İ	1.66	3.32	3.22	4.17	2.40	**5.00**	4.75
N	87	60	60	65	25	49	14

Tablo 2'ye bakıldığında, ***"Arkası Sağlam"*** metaforu 4.49'luk, ***"Veliaht Sistemi"*** metaforu 4.11'lik ve, ***"Ahbap-Çavuş"*** metaforu 4.33'lük değerle SGM'de, ***"İşin Ehl-i"*** metaforu ise 5.00'lik değerle TMOK'da en yüksek değer olarak belirlenmiştir.

Scanned with CamScanner

Tablo 3. Spor Kuruluşlarında Yapılan Tören Ve Toplantılarda Yönetici-Personel İlişkisini İfade Eden Metaforların Ortalamaları

Metaforlar	Kurumlar						
	SGM	İGHSİM	AGHSİM	TFF	ÇÜBESYO	TMOK	TASKK
SABUN KÖPÜĞÜ	**3.29**	1.77	2.08	1.82	2.92	1.06	1.00
BUZ GİBİ	**3.13**	1.73	2.07	1.77	2.44	1.06	1.00
EMİR-KOMUTA	3.41	2.93	**4.37**	2.89	2.80	3.20	3.93
ABİ- KARDEŞ	2.35	**3.90**	3.33	3.82	2.52	3.82	4.21
N	87	60	60	65	25	49	14

Tablo 3 incelendiğinde, ***"Sabun Köpüğü"*** metaforunun 3.29'luk ve ***"Buz Gibi"*** metaforunun 3.13'lük değerle SGM'de, ***"Emir-Komuta"*** metaforunun 4.37'lik değerle AGHSİM'de, ***"Abi-Kardeş"*** metaforunun 3.90'lık değerle TASKK'da en yüksek değer aldığı gözlenmiştir.

Tablo 4. Kurumdaki Yönetim Anlayışını İfade Eden Metaforların Ortalamaları

Metaforlar	Kurumlar						
	SGM	İGHSİM	AGHSİM	TFF	ÇÜBESYO	TMOK	TASKK
AST-ÜST	3.39	3.60	4.12	4.62	3.24	3.92	**5.00**
KRALLIK	**3.10**	1.25	1.83	2.05	2.44	1.20	1.00
ORKESTRA	1.57	3.42	3.45	3.34	2.28	4.18	**4.93**
SALLA BAŞI AL MAAŞI	**4.24**	2.83	2.25	1.74	2.44	1.27	1.00
N	87	60	60	65	25	49	14

Tablo 4 incelendiğinde ***"Ast-Üst"*** metaforunda 5.00 değerle TASKK, ***"Krallık"*** metaforunda 3.10'luk değerle SGM, ***"Orkestra"*** metaforunda 4.93'lük değerle TASKK ve ***"Salla Başı Al Maaşı"*** metaforunda 4.24'lük değerle SGM en yüksek çıkmıştır.

Scanned with CamScanner

Tablo 5. Diğer Kuruluşlarla Olan İlişkileri İfade Eden Metaforların Ortalamaları

Metaforlar	Kurumlar						
	SGM	İGHSİM	AGHSİM	TFF	ÇÜBESYO	TMOK	TASKK
İMECE	2.39	3.70	4.4	4.15	2.56	**4.47**	4.14
KAPALI KUTU	2.38	1.42	1.22	1.97	**2.80**	2.22	1.00
ARAPSAÇI	**3.03**	2.17	1.80	2.25	2.56	1.76	1.00
GÜLLÜK GÜLİSTANLIK	1.60	3.00	2.72	2.74	1.72	3.10	**3.36**
N	87	60	60	65	25	49	14

Tablo 5'e bakıldığında, ***"İmece"*** metaforunun 4.47'lik değerle TMOK'da, ***"Kapalı Kutu"*** metaforunun 2.80'lik değerle ÇÜBESYO'da, ***"Arapsaçı"*** metaforunun 3.03'lük değer ile SGM'de, ***"Güllük Gülistanlık"*** metaforunun ise 3.36'lık değer ile TASKK'da en yüksek değer aldığı gözlenmiştir.

Tablo 6. Kurumdaki Adalet Anlayışını İfade Eden Metaforların Ortalamaları

Metaforlar	Kurumlar						
	SGM	İGHSİM	AGHSİM	TFF	ÇÜBESYO	TMOK	TASKK
TERAZİ	1.52	2.83	3.07	3.34	2.28	3.82	**4.86**
AHBAP-ÇAVUŞ	**3.91**	2.42	2.10	2.49	3.76	1.33	1.10
KEVGİR	2.79	1.15	1.20	1.58	**3.04**	1.10	1.00
AL GÜLÜM VER GÜLÜM	**3.29**	1.40	1.20	1.65	3.20	1.04	1.00
N	87	60	60	65	25	49	14

Tablo 6'ya göre, ***"Terazi"*** metaforu 4.86'lıkdeğer ile TASKK'da, ***"Ahbap-Çavuş"*** metaforu 3.91'likdeğer ile SGM'de, ***"Kevgir"*** metaforu 3.04'lükdeğerile ÇÜBESYO'da ve ***"Al Gülüm Ver Gülüm"*** metaforu ise 3.29'lukdeğerile SGM'de en yüksek çıkmıştır.

Scanned with CamScanner

Tablo 7. Kurumların İş görene Verdiği Değeri İfade Eden Metaforların Ortalamaları

Metaforlar	Kurumlar						
	SGM	IGHSİM	AGHSİM	TFF	ÇÜBESYO	TMOK	TASKK
BÖCEK	**2.88**	1.47	1.75	1.35	2.60	1.10	1.40
KAHRAMAN	1.22	1.23	2.30	2.31	1.84	**2.84**	2.36
ETKİSİZ ELEMAN	**3.95**	2.83	3.50	1.88	2.72	1.18	1.21
GÖZBEBEĞİ	1.32	1.82	1.97	2.54	1.96	3.10	**3.14**
N	87	60	60	65	25	49	14

Tablo 7 incelendiğinde, ***"Böcek"*** metaforunun 2.88'likdeğer ile SGM'de, ***"Kahraman"*** metaforunun 2.84'lükdeğer ile TMOK'da, ***"Etkisiz Eleman"*** metaforunun 3.95'likdeğerile SGM'de ve ***"Gözbebeği"*** metaforunun ise 3.14'lükdeğer ile TASKK'da en yüksek çıktığı gözlenmiştir.

Tablo 8. Kurumdaki Yöneticilerin Odalarını İfade Eden Metaforların Ortalamaları

Metaforlar	Kurumlar						
	SGM	IGHSİM	AGHSİM	TFF	ÇÜBESYO	TMOK	TASKK
FİLDİŞİ KULE	**4.10**	1.10	1.28	1.28	1.84	1.02	1.00
YOLGEÇEN HANI	1.43	1.03	1.00	1.05	**1.60**	1.00	1.00
DOSTLAR SOFRASI	2.15	3.40	**4.07**	3.37	2.48	3.73	4.05
MEVLANA TEKKESİ	2.07	4.00	4.32	4.25	2.16	4.24	**4.93**
N	87	60	60	65	25	49	14

Tablo 8 incelendiğinde, ***"Fil Dişi Kule"*** metaforu 4.10'luk değerle en yüksek SGM'de, ***"Yolgeçen Hanı"*** metaforu1.60'lık değerleen yüksek ÇÜBESYO'da, ***"Dostlar Sofrası"*** metaforu4.07'lik değerle en yüksek AGHSİM'de ve ***"Mevlana Tekkesi"*** metaforu4.93'lük değerleen yüksek TASKK'da kullanıldığı belirlenmiştir.

Scanned with CamScanner

Tablo 9. Kurumların Esnek Ve Sürekli Olarak Değişikliklere Adapte Olabilecek Yapıya Sahip Olup Olmadığını İfade Eden Metaforların Ortalamaları

Metaforlar	Kurumlar						
	SGM	IGHSİM	AGHSİM	TFF	ÇÜBESYO	TMOK	TASKK
BUKALEMUN	3.03	4.25	4.22	**4.85**	2.56	4.79	4.79
CİVA	2.98	4.25	4.22	**4.78**	2.36	4.76	4.76
KALAS	**2.97**	1.82	1.77	1.38	2.52	1.16	1.00
TAŞDEVRİ	**2.92**	1.82	1.77	1.38	2.92	1.16	1.00
N	87	60	60	65	25	49	14

Tablo 9'a göre, ***"Bukalemun"*** metaforunun 4.85'lik değerle, ***"Civa"*** metaforunun 4.78'lik değerleen yüksek TFF'de ve ***"Kalas"*** metaforunun 2.97'lik değerle, ***"Taş Devri"*** metaforunun 2.92'lik değerleen yüksek SGM'de kullanıldığı belirlenmiştir.

Tartışma ve Sonuç

Araştırmaya katılan spor kuruluşlarındaki örgüt kültürü eğiliminin metaforlarla analizinde ortaya çıkan bulgular, aşağıda her kurum için ayrı ayrı ele alınarak tartışılmıştır.

Spor Genel Müdürlüğü (SGM): Bulgular tablosu (1-9) incelendiğinde, SGM çalışanlarının olumsuz metaforları fazla, olumlu metaforları daha az kullandıkları görülmektedir. SGM çalışanları kurumlarını; "Kimsenin kimseye güvenememesi" anlayışını temsil eden ***"Kurtlar Sofrası"*** ve "Çalışanların birbirleri arkasından konuşmaları" anlayışını temsil eden ***"Dedikodu Yuvası"*** olumsuz metaforlarıile tanımlamışlardır. Çalışanların açık uçlu sorularla sorduğumuz "diğer" bölüme yazdıkları ***"Çorba"*** ve ***"Dingo'nun Ahırı"*** metaforları olumsuz metaforlardır. Çalışanlar kurumlarına yeni personel alınırken hangi kriterlerin öne çıktığını; "Kuruluşa alınacak personelin referansının siyasi açıdan güçlü olması, Ankara'da dayısının olması" anlayışını temsil eden ***"Arkası Sağlam"***, "Kuruluşa alınacak personelin veraset, soya çekim ve babadan-oğula devrolma" anlayışını temsil eden ***"Veliaht Sistemi"*** ve "Kuruluşa alınacak personelin referansının tanıdık birisi ya da birileri olması ve hatır-gönül işleri" anlayışını temsil eden ***"Ahbap-Çavuş"*** olumsuz metaforları ile ifade etmişlerdir. Çalışanlar kurumlarında yapılan tören veya toplantılarda yönetici-personel ilişkisini; "İlişkilerin gelip geçici olduğu" anlayışını temsil eden ***"Sabun Köpüğü"*** ve "İlişkilerin soğuk olduğu" anlayışını temsil eden ***"Buz Gibi "***olumsuz metaforları ile tanımlamışlardır. Çalışanların "diğer" kısmına yazdıkları "Kalabalığın gözünü boyamak için ilişkilerini iyi göstermeye

Scanned with CamScanner

çalıştığı" anlayışını temsil eden ***"El İyisi"*** metaforu da olumsuz metafordur. Oysaki örgüt bir aile, köy, kulüp havası taşımalı, karşılıklı güven ve dostluk bulunmalıdır. Çalışanlar kurumlarının yönetim anlayışını; "Söz sahibi kişi ne derse o olur", anlayışını temsil eden ***"Krallık"*** ve" Etliye sütlüye karışma ki kimsede sana karışmasın" anlayışını temsil eden ***"Salla Başı Al Maaşı"*** olumsuz metaforları ile tanımlamışlardır. Çalışanların "diğer" kısmına yazdıkları "Bazı yöneticilerin yetkilerini kötüye kullanıp, egolarını tatmin etme" anlayışını temsil eden ***"Ahkâm Kesme"***, "Bazı yöneticilerin yönetimi sadece verilen görevi yaptıktan sonra işinin bitmesi" anlayışını temsil eden ***"Bitsede Gitsek"*** metaforlarıda olumsuz metaforlardır. Çalışanlar kurumlarının diğer kurumlarla olan ilişkilerini, "İşlerin birbirine girmesi ve karmakarışık olması" anlayışını temsil eden ***"Arapsaçı"*** olumsuz metaforu ile tanımlamışlardır. Çalışanların "diğer" kısmına yazdıkları" Bu kurumun diğer kurumlarla olan ilişkilerinde karşılıksız hiçbir şey olmayacağı" anlayışını temsil eden ***"Al gülüm Ver Gülüm"*** ve "Bu kurumun diğer kurumlarla ilişkilerinde yüz göz olunduğu, seviyesizleştiği "anlayışını temsil eden ***"Laçka"*** metaforları da olumsuz metaforlardır. Çalışanlar kurumdaki adalet anlayışını; "Kuruluşların çalışanlarına karşı davranışlarda karşılıklı çıkar ilişkilerinin olduğu" ifade eden ***"Al Gülüm Ver Gülüm "***olumsuz metaforu ile tanımlamışlardır. Çalışanların "diğer" kısmına yazdıkları "Kuruluşun adalet anlayışının doğru düzgün çalışmadığı" anlayışını temsil eden ***"Bozuk Tartı"*** metaforu da olumsuz metafordur. Çalışanlar kurumun iş görene verdiği değeri; "Kuruluşların çalışanlarını ezmesi, kendilerinden küçük görmesi" anlayışını temsil eden ***"Böcek"***, "Kuruluşlarda çalışanların varlıklarıyla yokluklarının bir olduğu" anlayışını temsil eden ***"Etkisiz Eleman"*** olumsuz metaforları ile tanımlamışlardır. Çalışanların "diğer" kısmına yazdıkları "Kuruluşun çalışanlarına her istediğini yaptırabileceği" anlayışını temsil eden ***"Köle"*** ve "Kuruluşun iş görenleri sürekli azarlayıp tersledikleri anlayışını temsil eden ***"Stres Topu"*** metaforları da olumsuz metaforlardır. Bu metaforlar SGM'nin iş görene değer vermediği ve bu durumun örgüt üyeleri tarafından da algılanabildiğini göstermektedir. Yöneticiler astlarını yönlendirirken, sahip oldukları statü yerine, onlara değerli olduklarını hissettirme aracını kullanmayı tercih etmeli ve astlarına güvenmelidirler. Çalışanlar kurumlarındaki yöneticilerin odalarını "Yönetici odalarının ulaşılması güç bir yer olduğu" anlayışını temsil eden ***"Fildişi Kule"*** olumsuz metaforu ile tanımlamaktadırlar. Çalışanların kurumlarının, esnek ve sürekli olarak değişikliklere adapte olabilecek yapıya sahip olup olmadığını "Çağa ve çağın getirdiklerine ayak uyduramama, uyum sağlayamama" anlayışını temsil eden ***"Kalas"***ve "Değişim ve gelişimlere açık olmama, çağın gerisinde kalma" anlayışını temsil eden ***"Taş Devri"*** olumsuz metaforları ile tanımlamaktadırlar. Oysaki

Scanned with CamScanner

örgütte esnek bir yapı bulunmalı, örgütte, yenilik ve değişmelerle gelenekler; otoriteyle özerklik (otonomi) arasında bir denge kurulmalıdır. Örgütte egemen olan kurallar, değişmez, katı kurallar olmamalıdır. Yazılı kurallardan çok yazılı olmayan kurallar (kültürel ölçütler) uygun görülmelidir. SGM'de ön plana çıkan olumsuz metaforlar, SGM'nin örgüt kültürünün güçlü kültür eğiliminde olmadıkları şeklinde yorumlanabilir. SGM'nin bu sonuçları, Palmer ve Lundberg'in (1995) çalışmalarında da ön plana çıkan olumsuz metafor kullanım oranları, olumlu metaforların kullanım oranlarından daha fazladır, sonucuyla örtüşmektedir[28].

İstanbul Gençlik Hizmetleri Spor İl Müdürlüğü (İGHSİM): Bulgular tablosu (1-9) incelendiğinde, İGHSİM çalışanlarının olumsuz metaforları fazla, olumlu metaforları daha az kullandıkları görülmektedir. İGHSİM çalışanları kurumlarını,açık uçlu olarak sorduğumuz "diğer" seçeneğine yazdıkları "Çalışanların örgütte yapılan her işi, örgütün amaçlarının gerçekleşmesi ve örgütün başarıya ulaşması için değil sadece geçimlerini sağlamak için zorunlu olarak yapmaları" anlayışını temsil eden ***"Ekmek Parası"*** ve "Örgütte adil bir sisteminin bulunmadığının, işgörene sağlanacak hertürlü yardım, destek ve ödüllerde işgörenin performansı ve işindeki becerisi temel ölçütler olarak kabul edilmediği; imtiyazlı davranışların uygulandığı"anlayışını temsil eden ***"Cemaat"*** olumsuz metaforlarıyla tanımlamaktadırlar. İGHSİM'de olumsuz metaforların ön plana çıkması, güçlü kültürlere sahip örgütlerin özelliklerini taşımadığının bir göstergesi olarak yorumlanabilir. İGHSİM'nin bu sonuçları, bağlı oldukları SGM'nin sonuçlarıyla örtüşmektedir.

Adana Gençlik Hizmetleri Spor İl Müdürlüğü (AGHSİM): Bulgular tablosuna (1-9) bakıldığında çalışanlarının olumsuz metaforları fazla, olumlu metaforları daha az kullandıkları görülmektedir. AGHSİM çalışanları" ilişkilerin resmi, hiyerarşik yapıya sahip olduğu" anlayışını temsil eden ***"Emir-Komuta"*** olumsuz metaforu ile tanımlamışlardır. Çalışanların açık uçlu olarak sorduğumuz "diğer" kısmına yazdıkları "Kuruluşun çalışanlarını her statüde çalıştırabileceği ve bu yüzden kendi alanlarında uzmanlaşamadıkları" anlayışını temsil eden ***"Yedek Oyuncu"***, "Yöneticilerin çalışanlarının hatalarında ikili ilişkilerin seviyesine göre kendi adamlarını görmezden gelme ve ayrıcalıklı davranması" anlayışını temsil eden ***"Cemaat"*** ve "Sözleşmeli ve kadrolu çalışan ayrımını, kadrolu çalışanlar hancı sözleşmeli çalışanlar ise yolcu" anlayışını ifade eden ***"Zenci-Beyaz Ayrımı"*** metaforları da olumsuz metaforlardır. Çalışanlar kurumlarındaki yöneticilerin odalarını "Yönetici odalarına yöneticilerin arkadaşları rahatça girebilir" anlayışını temsil eden ***"Dostlar Sofrası"*** olumsuz metaforu ile tanımlamaktadırlar.

Scanned with CamScanner

AGHSİM'de ön plana çıkan metaforların, örgüt kültürü eğiliminin, güçlü kültürlere sahip örgütlerin özelliklerini taşımadığı ifade edilebilir. AGHSİM'nin bu sonuçları, bağlı oldukları SGM'nin sonuçlarıyla paralel görülmektedir.

Türkiye Futbol Federasyonu (TFF): Bulgular tablosuna (1-9) bakıldığında, TFF çalışanlarının olumsuz metaforları az, olumlu metaforları daha fazla kullandıkları görülmektedir. TFF çalışanlarının kurumlarını "Kuruluşun hiç durmadan çalıştığı" anlayışını temsil eden ***"Arı Kovanı"*** olumlu metaforu ile tanımlamaktadırlar. Çalışanların açık uçlu sorduğumuz "diğer" seçeneğine yazdıkları, "Kuruluşun çalışanlarını bir aile gibi gördüğü" anlayışını temsil eden ***"Babacan"***, "Kuruluşun çalışanlarını sorun çözücü olarak gördüğü" anlayışını temsil eden ***"İş Bitirici"***, "Çalışanların yaratıcı olduğu" anlayışını temsil eden ***"Mucize"*** ve "İşlerin yolunda gittiği" anlayışını temsil eden ***"Tıkır Tıkır İşleyen Saat"*** metaforlarıda olumlu metaforlardır. Çalışanlar kurumlarının esnek ve sürekli olarak değişikliklere adapte olabilecek yapıya sahip olup olmadığını "Çağa ve çağın getirdiklerine ayak uydurma, uyum sağlama" anlayışını temsil eden ***"Bukalemun"*** ve "Her türlü gelişime ve değişime açık olma" anlayışını temsil eden ***"Civa"*** olumlu metaforları ile tanımlamışlardır. Bu durum kurumda esnek bir yapı bulunup, yenilik ve değişmelerle gelenekler; otoriteyle özerklik (otonomi) arasında bir denge kurulduğunun ve kurumdaki kuralların, değişmez, katı kurallar olmadığının göstergesi olarak yorumlanabilir. Çalışanların açık uçlu olarak sorduğumuz "diğer" kısmına yazdıkları "Bir gecede her şeyin değişebileceği tüm değerlerin alt-üst olabileceği" anlayışını ifade eden ***"Bizans"*** kök metaforunu çalışmaya katılan TFF 65 çalışanından 33'ü kullanmalarına rağmen, sonuç olarak, sıkı yaptırımları olan, sürekli olarak çalışanları kontrol altına almaya çalışıp, çeşitli yaptırımlar uygulatan, klasik yönetim anlayışına sahip spor kuruluşlardan çok, insana daha çok önem veren esnetilmiş kurallara sahip spor kuruluşları çalışanlarının olumlu metaforları kullandığını ve bu durumun demokratik bir ortamda, çağdaş yönetim anlayışının etkili olmasından, çalışanlara katı yaptırımlar uygulamayıp onlara iş verimini artırıcı imkânların sunulmasından ve çalışanlara gereken değerin verilmesinden kaynaklanıyor olmasının bir göstergesi olarak yorumlanabilir. Varol'un (1993) güçlü bir örgüt kültürünün oluşabilmesi ile ilgili olarak; yapıya ilişkin ilkeleri, hiyerarşiye fazla önem vermeme, kuralların oluşumuna herkesin katılımı, esnek yapı, yöneticilerin kuralları biçimlemelerinin yanı sıra iş görenlerle birlikte çalışmaları biçimde ifade etmektedir sözü bu durumu destekler niteliktedir[40].TFF'deön plana çıkan metaforların, güçlü örgüt kültürü eğiliminde olduğu şeklinde ifade edilebilir.

Scanned with CamScanner

Çukurova Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksek Okulu (ÇÜBESYO): Bulgulara tablosuna (1-9) bakıldığında, ÇÜBESYO çalışanlarının olumsuz metaforları fazla, olumlu metaforları ise az kullandıkları görülmektedir. Yüksek eğitim kurumları özellikle sadece öğrenci ve çalışanlara değil toplumun geneline, sorunları nasıl çözeceğinin çerçevesini (kültürünü) belirleme yöntemini öğretme işini üstlenmiştir. Bir eğitim kurumundan söz edildiğinde genellikle yapısından ve programından söz edilir. Fakat okulun en önemli özelliği, onun yazılı olmayan norm çevresi ve beklentilerinden oluşan kültürdür. Bazı örgütler ciddi, bazıları eğlenceli, bazılarında verimlilik, bazılarında ise, insan ilişkileri en öne gelir. Okullara baktığımızda bu özelliklerin tümünü içeren örgütler olduğunu görürüz. Eğitim kurumlarının başarıları için örgüt kültürü eğilimlerinin güçlü olması gerekmektedir. ÇÜBESYO'nun bulguları incelendiğinde, Çalışanlar kurumlarının adalet anlayışını "Kuruluşların çalışanlarına karşı davranışlarının delik deşik olduğu, eşit olmadığı" anlayışını temsil eden ***"Kevgir"*** olumsuz metaforu ile ifade etmektedirler. Örgütte adil bir sistem bulunmalı; iş görene sağlanacak her türlü yardım, destek ve ödüllerde iş görenin performansı ve işindeki becerisi temel ölçütler olarak kabul edilmeli; imtiyazlı davranışlardan kaçınılmalıdır. Çalışanlar kurumlarının diğer kurumlarla olan ilişkilerini, "Kendi işimizi kendimiz hallederiz, kimseleri iç işlerimize karıştırmayız, başkalarına da karışmayız" anlayışını temsil eden ***"Kapalı Kutu"*** olumsuz metaforu ile tanımlamışlardır. Çalışanlar kurumlarındaki yöneticilerin odalarını "Yönetici odalarına giren çıkan belli değil" anlayışını temsil eden ***"Yolgeçen Hanı"*** olumsuz metaforu ile tanımlamaktadırlar. Çalışanların açık uçlu olarak sorduğumuz "diğer" bölümüne yazdıkları "Kuruluşun iş görenleri sürekli azarlayıp terslediklerı" anlayışını ifade eden ***"Stres Topu"***, "yapacak başka bir işi olmadığı için mecburiyetten bu işi yaptığı" anlayışını temsil eden ***"Ekmek Parası"*** ve"Çalışma arkadaşlarının başarısı karşısında arkadaşlarını çekemeyip onun başarısını alt etmek için kolları sıvamak" anlayışını temsil eden ***"Diş Bilemek"*** olumsuz metaforları ile tanımlamaktadırlar. Oysaki örgütte yapılan her işin, örgütün amaçlarının gerçekleşmesi ve örgütün başarısı için olduğu unutulmamalıdır. Bu süreçte biçimsel kurallardan çok ulaşılan sonuçlar önemli görülmelidir. Örgütte hoşgörü ortamı egemen olmalı, örgütsel çatışmalardan büyük ölçüde kaçınılmalı; meydana gelebilecek çatışmalar karşılıklı anlayış içimde çözümlenmelidir. Örgütte yapılan işlerle ilgili olarak iş görenlerin yapabileceği hatalar hoşgörü ile karşılanmalı; şikâyetler ise hoş karşılanmamalıdır. Çalışanların "diğer" kısmına yazdıkları ve kurumlarının esnek ve sürekli olarak değişikliklere adapte olabilecek yapıya sahip olup olmadığını "Yöneticiler kendilerini geliştirmeyip geçmiş zamanda yaşadıklarından en doğru bilgiyi

Scanned with CamScanner

kendi bilgileri sanıp at gözlükleri takıyorlar, dediğim dedik" anlayışını ifade eden ***"Sabit Fikirli*** "olumsuz metaforu ile açıklamaktadırlar. Bulgularımızdan yola çıkarak ÇÜBESYO'nun örgüt kültürünün güçlü örgüt kültürü eğiliminde olmadığı söylenebilir. Bu sonuç, Bilir ve arkadaşlarının (2003) yaptıkları Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokullarında Örgüt Kültürü çalışması ile örtüşmektedir[41].

Türkiye Milli Olimpiyat Komitesi (TMOK): Bulgular tablosuna (1-9) bakıldığında, TMOK çalışanlarının olumsuz metaforları az, olumlu metaforları daha fazla kullandıkları görülmektedir. TMOK çalışanlarının, kurumlarına yeni personel alınırken hangi kriterlerin öne çıktığını "Kuruluşa alınacak personelin gereken bilgi birikimi ve donanıma sahip olması" anlayışını temsil eden ***"İşin Ehl-i"*** olumlu metaforu ile tanımlamaktadır. Çalışanlar kurumlarındaki yöneticilerin odalarını "Yönetici odalarına çalışanların bir sorunu olduğunda rahatlıkla girebileceği" anlayışını temsil eden ***"Mevlana Tekkesi"*** olumlu metaforu ile tanımlamaktadırlar. Çalışanları kurumlarının iş görene verdiği değeri "Kuruluşların, çalışanlarını her şeyden üstün tuttukları" anlayışını temsil eden ***"Kahraman"*** olumlu metaforu ile tanımlamaktadırlar. Çalışanları kurumlarının diğer kuruluşlarla olan ilişkileri ifade eden ve "Kuruluşun çalışanlarının birbirleriyle yardımlaşma, dayanışma, birlik beraberlik içinde olması" anlayışını temsil eden ***"İmece"*** olumlu metaforu ile açıklamaktadırlar. Çalışanların açık uçlu olarak sorduğumuz "diğer" seçeneğine yazdıkları "Yardımlaşma, dayanışma" anlayışını temsil eden "İmece" metaforu da olumlu metafordur. Olumlu metaforların diğer spor kuruluşlarına göre daha yüksek olması, dernekler statüsünde kurulan gönüllü kuruluş olmasından kaynaklanıyor olabilir. TMOK'da da açık uçlu olarak sorduğumuz diğer seçeneğinde ortaya çıkan bir diğer metafor ***"Cemaat"*** metaforudur. "Yöneticilerin çalışanlarının hatalarında ikili ilişkilerin seviyesine göre kendi adamlarına izin verip görmezden gelme kendi samimi olduğu çalışana ayrıcalıklı davranması" anlayışını temsil eden *"Cemaat"* olumsuz metaforunun ön plana çıkması ister devlete bağlı ister gönüllülük ilkesine bağlı olsun, hemen hemen her kademede çalışanların işlerini ikili ilişkilerine göre yürüttüğünden şeklinde ifade edilebilir. TMOK ön plana çıkan metaforların, TMOK örgüt kültürü eğiliminin, güçlü kültürlere sahip örgütlerin özelliklerini taşıdığının bir göstergesi olarak yorumlanabilir.

Türkiye Amatör Spor Kulüpleri Konfederasyonu (TASKK): Bulgular tablosuna (1-9) bakıldığında, TASKK çalışanlarının olumsuz metaforları az, olumlu metaforları daha fazla kullandıkları görülmektedir. Çalışanları kurumlarının diğer kuruluşlarla olan ilişkilerini "İşlerin sorunsuz bir şekilde işlediği" anlayışını temsil eden ***"Güllük Gülistanlık "***olumlu metaforu ile tanımlamaktadırlar. Çalışanları

Scanned with CamScanner

kurumlarının iş görene verdiği değeri "Kuruluşların, çalışanlarını her şeyden üstün tuttukları" anlayışını temsil eden ***"Gözbebeği"*** olumlu metaforu ile tanımlamaktadırlar. Çalışanlar kurumlarındaki adalet anlayışını "Kuruluşların çalışanlarına eşit davranması" anlayışını temsil eden ***"Terazi"*** olumlu metaforu ile tanımlamaktadırlar. TASKK çalışanları kurumlarının yönetim anlayışını "Yönetim anlayışının hiyerarşi kuralları içinde yürütüldüğü" anlayışını temsil eden ***"Ast-Üst"*** olumlu metaforu le tanımlamaktadırlar. TASKK çalışanları, kurumlarının düzenlediği ve çalışanların katılması gerektiği özel tören veya toplantılardaki yönetici-personel ilişkisini "Aile ilişkisi gibi samimi yapıya sahip olduğu" anlayışını temsil eden ***"Abi-Kardeş"*** olumlu metaforu ile ifade etmektedirler. Çalışanları kurumlarını "Herkesin farklı görev ve yetkileri olsa da genel olarak uyumlu çalışma" anlayışını temsil eden ***"Orkestra"*** olumlu metaforu ile tanımlamaktadırlar. Bu durum TASKK'ın örgüt kültürü eğiliminin, güçlü kültürlere sahip örgütlerin özelliklerini şeklinde yorumlanabilir.

Bu çalışma göstermiştir ki, gönüllü ve özerk kurulan spor kuruluşlarında olumlu metaforlar, kamu niteliği taşıyan spor kuruluşlarında ise, olumsuz metaforlar daha fazla kullanılmaktadır. Örgüt kültürü eğilimini metaforlarla analiz eden çalışmalar, spor kuruluşlarında belirli periyotlarda tekrarlanmalı ve örgüt çalışanlarının bir önceki çalışmalarda tercih ettikleri metaforlarda, olumlu ya da olumsuz anlamda olan metaforlarda bir değişme olup olmadığı takip edilmelidir.

Kaynaklar

1. Terzi AR. *Örgüt Kültürü.* Nobel Yayınları, Ankara, 2000.
2. Deal T, Kennedy A. *Corporate Cultures*, Addition-Wesley Publishing, Minnesota 1982.
3. Peters T, Waterman R. *In Search of Excellence*, Harper & Row, Sydney 1982.
4. Ouchi W. *Theory Z. Reading*, MA: Addison-Wesley 1981.
5. Ataman G. *İşletme Yönetimi*, Türkmen Kitabevi, İstanbul, 2001.
6. Allaire Y,Firsirotu ME. Theories of Organizational Culture. Organization Studies, 1984, 5/3, pp. 193 - 226.
7. Yeniçeri Ö, Demirel Y. Teknolojik Değişimlerin Örgüt Kültürü Üzerine Etkisi. Standart, 2004, 43 (516):55-64.
8. Hofstede G.Measuring Organizational Cultures: A Qualitative and Quantitative Study Across Twenty Cases, *Administrative Science Quarterly*, 1990, 35(2).
9. Hofstede G.Culture's Consequences: Comparing Values, Behaviors Institutions, and Organizations Across

Scanned with CamScanner

Nations, 2nd ed. Sage, Thous and Oaks, CA, 2001.

10. Mwaura G,Sutton J, Roberts D. Corporate and National Culture- an İrreconcilable Dilemma for The Hospitality Manager, *International Journal of Contemporary Hospitality Management*,1998, Vol. 10 Iss: 6, pp.212 – 220.

11. Schein HE.Comingto a New Awareness of Organizational Culture, *Sloan Management Review*, Winter, 1984.

12. Pascale RT .Paradox of Corporate Culture: Reconciling Ourselvesto Socialization,*California Management Review*,1985, 27, 38-64.

13. Cooke RA, Rousseau DM. Behavioral Norms and Expectations: A Quantitative Approachtothe Assessment of Organizational Culture, Group and Organization Studies, 1988, 13, 245-273.

14. Hofstede G,Neuijen B, DvalOhayv D,Sanders G. Measuring Organizational Cultures: A Qualitative and Quantitative Study Across Twenty Case', Administrative Science Quarterly, 1990,Vol. 35, pp 286-316.

15. O'Reilly CA,Chatman JA, Caldwell DF. People and Organizational Culture: A Profile Comparison Approachto Assessing Person-Organization Fit', *Academy of Management Journal*,September, 1991, Volume34, Issue 3, 487-516.

16. Tosi HL,Rizzo J,Merol N. *Managing Organizational Behavior*, Oxford, England, Blackwell Publishing, 4th Edition, 2000.

17. Alvesson M.,*Understanding Organizational Culture*, 2nd Edition, Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington DC, Sage Puplications Ltd., 2013.

18. Şişman M. Örgüt Kültürü; (Eskişehir İl Merkezindeki İlkokullarda Bir Araştırma).*Anadolu Üniversitesi Yayınları*, 1994, No:732. s.142.

19. Yıldırım A, Şimşek H. *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri* (5. Baskı), Ankara: Seçkin Yayınevi, 2005.

20. Morgan G. *Image sof Organization*, Sage Publication, Newbury Park, California, 1986, s:112.

21. Şatır Ç. İletişim Sistemi Olarak Örgüt Kültürü ve Metaforlarla Analizi (Tayla Otelinde Bir Uygulama), Yayımlanmamış Doktora Tezi, Eskişehir: Antalya Üniversitesi,Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya, Türkiye, 1998.

22. Sackmann SA."Culture and Subcultures: An Analysis of Organizational Knowledge", Administrative Science Quarterly, 1992, 37.

23. Balcı A. MetaphoricalImages of School: School Perceptions of Students,

Scanned with CamScanner

Teachers and Parentsfrom Four Selected Schools (in Ankara), O.D.T.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, Türkiye, 1999.

24. Şimşek H.MetaphoricalImages of an Organization: ThePowerof Symbolic Constructs in Reading Changein Higher Education Organizations, 1997, 33, 283-307.

25. Barley SR. Semioticsand the Study of Occupational and Organizational Cultures." Administrative Science Quarterly, 1983, 28:393-413. Reprinted in P. Frost, L. Moore, M. L. Louis, C. Lundberg, and J. Martin (eds.), Framing Organizational Cultures. Beverly Hills, CA: Sage. Reprinted in C. L. Cooper (ed.), 1991.Classics in Management Thought. Cheltenham, Glos, U.K.: Edward Elgar Publishing Limited, 1999.

26. Bate S. Strategies for Cultural Change, Butterworth Heinemann, Oxford, 1994.

27. Smirchich L. Concepts of Organizational Culture and Organizational Analysis, Administrative Science Quarterly, 1983, 28, pp. 339 - 358.

28. Palmer I, Lundberg CC. Metaphors of Hospitality Organizations, Cornell Hotel and Restaurant Administration Quarterly, 1995, Cilt: 36, Sayı:3, s. 80-85.

29. Blackwell AF. The Reification of Metaphor as a Design Tool, University of Cambridge ,ACM *Transactions on Computer-Human Interaction*,December2006,Vol. 13, No 4, , Pages 490–530.

30. Lakoff G, Mark J.*Metaphors We Live By*. Chicago, University of Chicago Press, 2003, p:4.

31. Mutlu E. İletişim Sözlüğü, Ankara, Ark Yayınları, 1994.

32. Aristotales. *Retorik*, Mehmet H. Doğan (Çev.), İstanbul: Yapı Kredi Yayınları, 2004.

33. Guiraud P. *Göstergebilim*, Mehmet Y. (Çev.). Ankara: İmge Kitabevi, 1994.

34. Erdem F, Şatır Ç. Farklı Kültürlerde Kültürel Yapının Metaforlarla Analizi, 8.Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi, Nevşehir, Kayseri: *Erciyes Üniversitesi Yayınları*, 2000.

35. Püsküllüoğlu A.Türkçe Sözlük, Ankara: Arkadaş Yayınları, 2004.

36. Cassirer E. *İnsan Üstüne Bir Deneme İnsan Kültürü Felsefesine Giriş*, Necla Arat (Çev.), İstanbul: Yapı Kredi Yayınları, 1997.

37. Morgan G. *Yönetim ve Örgüt Teorilerinde Metafor*, Gündüz Bulut (Çev.), İstanbul: MESS Yayınları. No: 280, 1998.

38. Çetin M, Evcim U. Örgütsel Kültürün Algılanmasında Metaforların Rolü, *İletişim Fakültesi Dergisi*, Bahar 2009, Sayı 28.

Scanned with CamScanner

39. Uzun çarşılı Ü, Toprak M, Ersun O. *Şirket Kültürü ve İş Prensipleri*, İstanbul, İTO Yayınları, 2000.

40. Varol M. *Halkla İlişkiler Açısından Örgüt Sosyolojisine Giriş*. A.Ü. İşletim Fakültesi Yayınları,1993, No:2.

41. Bilir P, Ay U, Çelik Gürbüz T. Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokullarında Örgüt Kültürü. *Spormetre*, Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi, 2003, I (2) 117-128

Yazışma Adresi:
Öğr. Gör. Canan Sayın Temur,
Bitlis Eren Üniversitesi, Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu,
syncanan@hotmail.com
csayin@beu.edu.tr.

Scanned with CamScanner

Ç. Ü Sağlık Bil. Derg.
2013,28(1-3):35-45

Bisfosfonata Bağlı Çene Osteonekrozu: Parsiyel Kemik Rezeksiyonu Tedavisi Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Ufuk Tatlı[1], Alper Yıldız[2], Yakup Üstün[3], Mehmet Kürkcü[1]
[1]Çukurova Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı, ADANA
[2] Serbest Diş Hekimi, Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Uzmanı, ANTALYA
[3] Serbest Diş Hekimi, Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Uzmanı, ADANA

Özet

Bu çalışmanın amacı, çene kemiklerinde bisfosfonata bağlı osteonekroz (BON) gelişen kanser hastalarına uygulanan parsiyel kemik rezeksiyonu tedavisi sonuçlarını ve birtakım klinik değişkenlerin tedavi sonuçları üzerindeki etkilerini değerlendirmektir.

Çene kemiklerinde BON teşhisi nedeniyle, 2008-2013 yılları arasında, tedavi edilen 78 hastanın klinik ve radyolojik kayıtları retrospektif olarak değerlendirildi. Çalışmaya parsiyel kemik rezeksiyonu uygulanmış olan hastalar dâhil edildi.

Çalışmaya dâhil edilen hastalardan 66 tanesinde (%84,6) uygulanan cerrahi tedavi sonrasında tamamen iyileşme gerçekleşmiştir. Değerlendirilen klinik değişkenler içerisinde bisfosfonat (BF) kullanım süresi, BON oluşum nedenleri ve BON evresinin uygulanan cerrahi tedavinin başarısı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkileri olduğu tespit edildi (sırasıyla $P<0,001$, $P= 0,027$ ve $P= 0,044$).

Parsiyel kemik rezeksiyonu, BON vakalarının tedavisinde etkili bir yöntemdir. Hastaların BF kullanımı süresinin uzun olması, çene nekrozunun ileri evrede olması ve nekrozun diş çekimi ve dental enfeksiyonu takiben oluşması, tedavinin başarı oranını düşürmektedir.

Anahtar sözcükler: Bisfosfonat, bisfosfonata bağlı çene osteonekrozu, kemik rezeksiyonu, retrospektif çalışma, zoledronat.

Abstract

The aim of this study was to evaluate the treatment results of partial bone resection and effects of some clinical variables on the treatment outcomes in oncologic patients who had bisphosphonate-related osteonecrosis of jaw (BRONJ).

Clinical and radiological records of 78 patients, who were treated because of BRONJ in 2008-2013, were evaluated retrospectively. The patients who were treated with partial bone resection, were included the study.

Scanned with CamScanner

In the study population, 66 patients (%84.6) healed completely after the surgical treatment. In terms of clinical variables; bisphosphonate (BP) treatment duration, precipitating events, and BRONJ stage were significantly affected the success of the surgical treatment (P<0.001, P= 0.027, and P= 0.044 respectively).

Partial bone resection was an effective method in the treatment of BRONJ. Long BP treatment duration, advanced BRONJ stage and BRONJ formation following tooth extraction and dental infection, decreased success rate of the treatment.

Key words: Bisphosphonate, bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw, bone resection, retrospective study, zoledronate.

Giriş

Kanser hastalarında çene kemiklerinde osteonekroz oluşması, birçok faktöre bağlı olarak gerçekleşebilir. Söz konusu etkenler; kemoterapi, radyoterapi, kortikosteroid tedavisi ve bisfosfonat (BF) tedavisi olarak özetlenebilir.[1,2] BF'ler, kemik mineralizasyonunu düzenleyen endojen inorganik pirofosfatların analoglarıdır.[3] BF'lerin başlıca endikasyonları; postmenapozal dönemdeki kadınlarda kemik mineral densitesinin arttırılması, glukokortikosteroid kullanımına bağlı kemikte oluşan kitlesel azalmanın önlenmesi; göğüs, prostat ve akciğer kanserlerinin kemik metastazının önlenmesi, malign tümörlerle ilişkili hiperkalseminin tedavisi; Paget's hastalığı, fibröz displazi, ankilozan spondilit, multiple myeloma, osteogenezis imperfekta, osteoartrit ve romatoid artrit gibi kemikle ilişkili hastalıkların tedavisi olarak özetlenebilir.[4-6]

BF'ler nitrojen içeren ve içermeyen olmak üzere iki gruba ayrılırlar. Nitrojen içeren BF'ler (Alendronat, Risedronat, Pamidronat, Zoledronat ve İbandronat), nitrojen içermeyen BF'lerden (Etidronat, Tiludronat, Medronat ve Klodronat) yaklaşık 100-2000 kat daha güçlüdürler.[7] BF'lerin %50'si kemikler tarafından emilir, geri kalanı ise metabolize olmadan böbreklerden atılır. BF'lerin kandaki ortalama ömürleri kısa olmasına rağmen (30 dakika – 2 saat) kemikteki ömürleri yaklaşık 10 yıldır.[7] BF'ler özellikle aktif remodelasyon olan alanlarda hidroksiapatit kristallerine çok kolay bağlanırlar ve bu alanlardan salınarak osteoklastlar tarafından absorbe edilirler.[7] BF'ler, osteoklastların hücre içerisinde kolesterol üreten mevalonat yolunda rol oynayan farnesildifosfat sentetaz enzimini inhibe ederler. Bunun sonucunda osteoklastlar fonksiyonlarını yerine getiremezler ve kemik döngüsü bozulur.[8] BF'ler tümöral hücrelerde apoptozise neden olarak kemikteki tümör invazyonunu engellerler.[3] BF'lerin kemik yüzeyini örten yumuşak doku üzerinde de toksik etkileri olduğu belirtilmiştir.[9] Bu durum; ağız içerisinde mukoza bütünlüğünün ve yara iyileşmesinin bozulmasına, açıkta kalan çene kemiklerinde sekonder enfeksiyonlar ve

Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner

osteonekroz oluşmasına neden olmaktadır. Bisfosfonata bağlı çene osteonekrozu (BON) olarak isimlendirilen bu klinik tablo, BF tedavisiyle ilişkili bir komplikasyondur.

Ağız içerisinde BF'lerin etkisi altında olan çene kemiklerinde; travma, periodontal hastalık ve dental enfeksiyona bağlı olarak gelişen irritasyonlarda kemiğin yenilenme mekanizması bozulduğu için nekroz oluşur. Çene kemiklerinde hücresel döngünün hızlı olması, çene kemiklerini örten oral mukozanın ince olması, ağız içerisinde geniş bir mikrofloranın bulunması ve aseptik bir ortamın oluşturulamaması BON riskini arttırmaktadır. BON'un başlıca bulguları; mukozada ülserasyon, dişeti ve kemikte inflamasyonun tüm bulguları, pü drenajı, lenfadenopati, devital ekspoze kemik yüzeylerinin oluşması, sekester oluşumu, halitozis, parestezi, anestezi, deride fistül oluşumu olarak özetlenebilir. Radyolojik olarak; periodontal aralıkta genişleme, kemik içerisinde osteolitik ve osteosklerotik görüntülerin oluşması, trabeküler yapıda değişiklikler ve sekester oluşumları gözlenebilir.[7] Aktinomiçes enfeksiyonu, maksiller sinüzit ve oro-antral fistül gibi non-spesifik bulgular da tabloya eşlik edebilmektedir.[10] Tedavi edilmeyen olgularda enfeksiyonlar komşu dokulara (maksiller sinüsler, göz, beyin) yayılıp hayatı tehdit edici komplikasyonların oluşmasına neden olabilir.[10] BON oluşumu konusunda birçok risk faktörü tanımlanmıştır. BF tedavisinin süresi, ilacın türü, dentoalveoler travma, uyumu kötü dental protezler, kötü ağız hijyeni, dental enfeksiyonlar, diabet ve steroid kullanımı rapor edilen başlıca risk faktörleridir.[10,11] Literatürde BON için önerilen tedavi yöntemleri; antibiyotikler, antimikrobiyal ajanlarla lokal irrigasyonlar, debridman uygulamaları, sekestrotomi, rezeksiyon, trombositten zengin plazma uygulaması, hiperbarik oksijen tedavisi, parathormon uygulaması, ozon terapisi ve lazer uygulaması olarak özetlenebilir.[11-14]

Bu çalışmada çene kemiklerinde BON gelişen kanser hastalarına uygulanan parsiyel kemik rezeksiyonu tedavisinin sonuçları ve birtakım klinik değişkenlerin tedavi sonuçları üzerindeki etkisi retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem

Çukurova Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş ve Çene Cerrahisi kliniğinde 2008-2013 yılları arasında çene kemiklerinde BON teşhisi nedeniyle tedavi edilen 78 hastanın klinik ve radyolojik kayıtları retrospektif olarak değerlendirildi. Çalışmaya dâhil edilen tüm hastalardan aydınlatılmış yazılı onam alındı. Çalışma retrospektif olduğu için etik kurul onayı alınmadı. Çene kemiklerinde BON teşhisi için Amerikan Ağız ve Çene-Yüz Cerrahisi Birliği'nin belirlemiş olduğu kriterler göz önünde bulunduruldu. Söz konusu kriterleri; baş-boyun bölgesinde radyoterapi hikayesi bulunmaması, çene kemiğinde tümör metastazı bulgusu bulunmaması ve BF tedavisi hikayesi bulunan hastalarda çene kemiklerinde 8 haftadan daha uzun süredir

mevcut olan, iyileşmeyen ekspoz nekrotik kemik oluşumudur.[11]

Klinik kayıtlar; hastaların demografik verilerini, hangi sebeple BF tedavisi aldıklarını, kullandıkları BF türü, süresi, BF tedavisinin devam edip etmediği, BON'un lokalizasyonu ve sınıflandırmasını ve uygulanan tedavi sonucunu içermekteydi. BON'un sınıflandırılmasında Amerikan Ağız ve Çene-Yüz Cerrahisi Derneği'nin yapmış olduğu sınıflandırma kullanıldı (Çizelge 1).[11] Çalışmaya sadece 1. ve 2. evre BON teşhisi konmuş olan hastalar dâhil edildi. Çalışmaya sadece standart tedavi olarak; antiseptik gargara, antibiyotik tedavisi ve parsiyel kemik rezeksiyonu uygulanmış olan hastalar dâhil edildi. Hastalara, profilaktik antibiyotik tedavisi olarak, cerrahi tedaviden 1 saat önce 2 g. Amoksisilin oral olarak verildi ve post-operatif 7 gün boyunca antibiyotik tedavisine devam edildi (500 mg, 3x1). Penisilin alerjisi olan hastalara 600 mg Klindamisin verildi (150 mg, 4x1). Cerrahi tedavi; frez kullanarak tüm enfekte ve nekrotik kemiklerin uzaklaştırılmasını ve sivri kemik kenarlarının düzeltilmesini içermekteydi. Rezeksiyon işlemine sağlıklı klinik görünüme sahip kanayan kemik dokusuna ulaşıncaya kadar devam edildi. Ekspoz ve nekrotik kemik dokusuyla ilişkili tüm dişler işlem sırasında çekildi.

Çizelge 1. Amerikan Ağız ve Çene-Yüz Cerrahisi Derneği'nin yapmış olduğu BON sınıflandırması.

BON Evresi	Klinik Görünüm
Evre 0	Klinik olarak nekrotik kemik yok, nonspesifik klinik bulgular ve semptomlar var
Evre 1	Enfeksiyon bulgusu olmayan asemptomatik hastalarda ekspoz nekrotik kemik varlığı
Evre 2	İlgili bölgede ağrı ve eritem bulgularının eşlik ettiği enfekte, nekrotik, ekspoze kemik varlığı (pü drenajı var veya yok)
Evre 3	Ağrı ve enfeksiyonun eşlik ettiği nekrotik ekspoz kemik varlığına ek olarak aşağıdaki bulgulardan en az bir tanesinin daha bulunması; - Osteonekroz alanının alveoler kemik sınırlarının ötesine ilerlemesi (mandibulanın alt sınırı, ramus, maksiller sinüs, zigomatik çıkıntı bölgesi) - Ekstra-oral fistül oluşumu - Patolojik çene kırığı oluşması

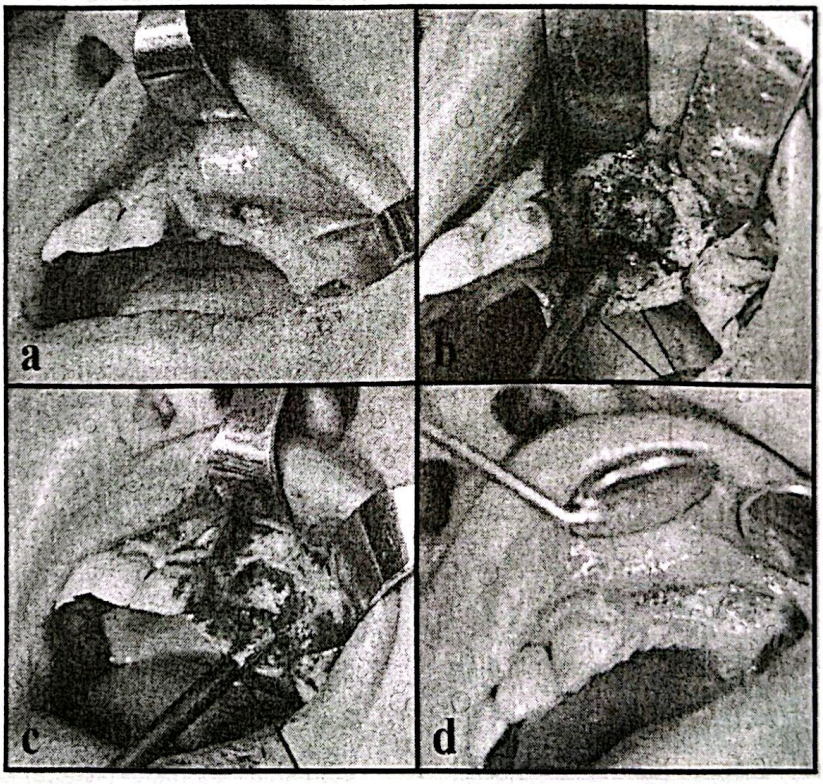
Operasyon bölgesi gerilimsiz olarak primer kapanma sağlanacak şekilde, rezorbe olan dikiş kullanarak, suture edildi. Operasyondan 10 gün sonra dikişler alındı. Hastalar post-operatif 1 ay boyunca haftalık olarak kontrollere çağırılarak yara iyileşmesi, enfeksiyon ve ağrı açısından değerlendirildi. Sonrasında 3,6,9 ve 12. aylarda ve daha sonra yıllık olarak klinik ve radyolojik kontrolleri yapıldı. Rezeke edilen tüm örnekler histopatolojik incelemeye gönderildi. Söz konusu standart tedavi uygulanmış olan hastaların kayıtlarının retrospektif olarak değerlendirilmesi neticesinde, tedavi sonucu "başarılı" ve "başarısız" olmak üzere iki kategoride

Scanned with CamScanner

değerlendirildi. İlgili bölgede tamamen iyileşmiş oral mukoza; ekspoz ve nekrotik kemik bulunmaması; enfeksiyon, fistül, pü akışı ve ağrı bulgularının olmaması durumunda tedavi sonucu başarılı olarak kabul edildi.

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS paket programı (Sürüm 17.0, Chicago, ABD) kullanıldı. Kategorik verilerin analizinde ki-kare testi, sayısal verilerin analizinde ise bağımsız gruplarda t testi (Student's t test) kullanıldı. P değerinin 0.05'den küçük olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Çalışmaya 45 kadın (yaş ortalaması 56,9±9,8, yaş dağılımı 40-75) ve 33 erkek (yaş ortalaması 57,5±8,3, yaş dağılımı 48-74) olmak üzere toplam 78 hasta (yaş ortalaması 57,1±9,2) dâhil edildi. Hastalardan 33 tanesi (%42,3) göğüs kanseri tanısıyla, 24 tanesi (%30,8) multiple myeloma tanısıyla, 15 tanesi (%19,3) prostat kanseri tanısıyla, 3 tanesi (%3,8) nazofarinks ve 3 tanesi (%3,8) de kolon kanseri tanısıyla takip edilmekteydi. Tüm hastalarda, yapılan histopatolojik incelemeler sonucunda sadece osteonekroz gözlenmiş, malign tümöre ait kemik metastazı tespit edilmemiştir.



Şekil 1. a) Maksillada bisfosfonata bağlı osteonekroz oluşan bir hastanın klinik görüntüsü, **b)** Çene osteonekrozunun mukoperiosteal flep kaldırıldıktan sonraki görüntüsü, **c)** Osteonekroz bölgesinin rezeksiyon sonrası görüntüsü, **d)** Operasyondan 6 ay sonraki kontrol görüntüsü.

Bulgular

Scanned with CamScanner

Çalışmaya dâhil edilen hastalardan 66 tanesinde (%84,6) uygulanan cerrahi tedavi sonrasında tamamen iyileşme gerçekleşmiş ve hastaların takip süreleri boyunca nüks gözlenmemiştir (Şekil 1). Hastalara ait demografik veriler ve klinik değişkenlerin tedavi sonuçları üzerindeki etkileri Çizelge 2'de belirtildi. Tedavi sonucu başarısız olan hastaların yaş ortalaması (59,2±3,7), tedavi sonucu başarılı olan hastalardan (56,8±9,8) daha büyük olmasına rağmen, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (P=0,394).

Çizelge 2. Hastalara ait demografik veriler ve değerlendirilen klinik parametrelerin tedavi başarısı üzerindeki etkileri

Klinik Parametreler	N (%)	Tedavi Sonucu		
		Başarılı	Başarısız	P
Yaş		56,8±9,8	59,2±3,7	0,394
BF kullanım süresi (ay)		26,7±12,1	42,0±6,7	0,000*
Cinsiye				0,788
Erkek	33 (%42,3)	27 (%81,8)	6 (%18,2)	
Kadın	45 (%57,7)	39 (%86,7)	6 (%13,3)	
Lokalizasyon				0,374
Maksilla	27 (%34,6)	21 (%77,8)	6 (%22,2)	
Mandibula	51 (%65,4)	45 (%88,2)	6 (%11,8)	
BON öncesi BF'nin kesilmesi				0,150
Kesilmiş	15 (%19,2)	15 (%100)	0 (%0)	
Kesilmemiş	63 (%80,8)	51 (%80,9)	12 (%11,8)	
BON öncesi BF'nin kesilmesi				0,273
Kesilmiş	69 (%88,5)	60 (%86,9)	9 (%13,1)	
Kesilmemiş	9 (%11,5)	6 (%66,7)	3 (%33,3)	
BON Evresi				0,044*
Evre 1	22 (%28,2)	22 (%100)	0 (%0)	
Evre 2	56 (%71,8)	44 (%78,6)	12 (%21,4)	
BON Nedeni				0,027*
Diş çekimi sonrası	30 (%38,5)	21 (70%)	9 (30%)	
Dental enfeksiyon	27 (%34,6)	24 (88,9%)	3 (11,1%)	
Protez vuruğu	12 (%15,4)	12 (100%)	0 (0%)	
Spontan	9 (%11,5)	9 (100%)	0 (0%)	

* İstatistiksel olarak anlamlı (P< 0,05)

Hastaların BF kullanım süresi 8-53 ay arasında değişmekteydi (ortalama 29,1±12,6 ay). Tedavi sonucu başarısız olan hastaların ortalama BF kullanım süresi (42,0±6,7 ay), tedavi sonucu başarılı olan hastalardan (26,7±12,1 ay) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla olduğu tespit edildi (P<0,001). BON, kadınlarda (%57,7) ve mandibulada (%65,4) daha sık gözlendi. Hastaların cinsiyetinin ve BON'un lokalizasyonunun uygulanan cerrahi tedavinin başarısı üzerinde istatistiksek olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı tespit edildi (sırasıyla P=0,788 ve P=0,374). Hastalardan 15 tanesinde (%19,2) BF tedavisi tamamlandıktan sonra çene kemiklerinde BON oluştuğu tespit edildi. Geri kalan 63 hasta (%80,8) ise BON teşhis edildiği sırada BF tedavisi devam etmekteydi. Parsiyel kemik rezeksiyonu işlemi öncesinde hastaların BF tedavisine 3 ay ara verilmesi istendi. Onkoloji doktoruyla

Scanned with CamScanner

yapılan konsültasyon sonucunda hastalardan 9 tanesinde (%11,5), mevcut onkolojik rahatsızlıkları nedeniyle, ilaçlarının kesilmesi uygun bulunmamış ve bu hastaların BF tedavisi devam etmiştir. BON tedavisi öncesi BF tedavisi kesilen hastalarda başarı yüzdesi daha yüksek olmasına rağmen, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edildi (P= 0,273). Hastalardaki BON oluşum nedenleri göz önünde bulundurulduğunda; 30 hastada (%38,5) diş çekimini takiben, 27 hastada (%34,6) dental enfeksiyon sonucu, 12 hastada (%15,4) protez vuruğu sonucu ve 9 hastada (%11,5) spontan olarak BON oluştuğu gözlendi. Değerlendirilen klinik değişkenler içerisinde sadece BF kullanım süresi, BON oluşum nedenleri ve BON evresinin uygulanan cerrahi tedavinin başarısı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkileri olduğu tespit edildi (sırasıyla P<0,001, P= 0,027 ve P= 0,044) (Çizelge 2).

Tartışma

İlk BON olgusu 2003 yılında Marx ve ark. tarafından tanımlanmıştır.[2] BON tedavisi zor bir klinik tablodur ve etkin tedavi yöntemi arayışları devam etmektedir.[1,11,12,15-17] Literatürde rapor edilen BON insidansı %0,8-12 arasında değişmektedir.[11,18] Ayırıcı tanı açısından; osteoradyonekroz, osteomyelit, nekrotizan ülseratif periodontitis, multiple myeloma ve çene kemiği metastazlarındaki klinik tablolar BON ile karışabilir.[7,19] BON'un patofizyolojisi gereği mümkün olduğunca konservatif cerrahi tedaviye öncelik verilmeli ve agresif cerrahi yöntemlerden kaçınılmalıdır.[11] Bu hastalarda nekrotik ekspoz kemikler bakteriler için retansiyon alanları oluşturmaktadır. Söz konusu bakteri retansiyonları, yüksek dozlarda kemoterapi alan onkoloji hastaları için hayati risk oluşturabilmektedir. Bu sebeple etkin bir tedavinin uygun zamanlamada yapılması son derece önemlidir. Çalışmamızın sonucunda, parsiyel kemik rezeksiyonu yönteminin başarı oranı %84,6 olarak bulunmuştur ve bu oran literatürde rapor edilen başarı yüzdeleriyle uyumludur.[1,20] Cerrahi tedavinin başarısını etkileyen en önemli faktörlerden biri, rezeksiyon sınırlarının belirlenmesidir.[20] Çalışmamızda rezeksiyonun sınırları, sağlıklı görünüme ve renge sahip kanayan kemik dokusuna ulaşıncaya kadar genişletilmiştir. Pautke ve ark.[21] nekrotik kemik sınırlarının belirlenebilmesi için kemiğin tetrasiklin tutulumuna dayanan flüoresan rehberli kemik rezeksiyonu tekniğini geliştirmişlerdir. Bu yöntem sayesinde nekrotik ve yaşayan kemiğin sınırları objektif olarak ayırt edilebilir ve cerrahi tedavi standardize edilebilir. Ferlito ve ark.[22] BON vakalarında öncelikle antibiyotik tedavisi ve antimikrobiyal irrigasyon uygulamaları yapılarak kemik sekesteri oluşumunun beklenmesini (yaklaşık 6-8 ay), sekester oluşumu tamamlandıktan sonra cerrahi tedavi uygulanmasını önermektedir. Bu yöntemde nekrotik kemik sınırlarının daha iyi belirlenebileceği ve nüks riskinin azaltılabileceği bildirilmektedir.

Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner

BON; ilacın kullanım süresi, dozu, veriliş yolu, ilacın türü, hastanın sistemik durumu, kullanılan diğer ilaçlar ve ağız hijyenine bağlı olarak farklı zamanlarda ve şiddette ortaya çıkabilir. Bu sebeple çalışmamızda birtakım klinik değişkenlerin uygulanan cerrahi tedavinin başarısı üzerindeki olası etkileri de değerlendirildi. BON'un görülme sıklığı maksillada %16-38, mandibulada %55-83, her iki çenede ise %5-14 olarak bildirilmiştir.[7] Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak olguların çoğu (%65,4) mandibulada gözlenmiştir. Mandibulanın vaskülarizasyonu maksillaya kıyasla daha zayıf olduğundan, mandibulada BON riski artmaktadır. Diğer yandan çalışmanın sonuçları, maksillada oluşan BON olgularında tedavi başarısının daha düşük olduğunu (%77,8) göstermektedir. Damarsal beslenmesi daha iyi olmasına rağmen maksillanın etkilenmesi, daha inatçı bir klinik tabloyla karşılaşıldığını göstermiş olabilir. BON'un cerrahi tedavisi öncesinde BF tedavisinin kesilmesinin fayda sağlayıp sağlamadığı konusu halen tartışmalıdır. BON'un nüks etmesi ve kemikte oluşacak metastaz riskleri analiz edilmelidir. BF'lerin kemik dokusu üzerindeki etkisinin uzun süreli olmasından dolayı, ilacın kısa süreli olarak kesilmesinin çenede oluşan BON'un seyri üzerinde etkili olmayacağı düşünülmektedir.[11,23] Migliorati ve ark.[24] BF tedavisinin kesilmesinin kısa süreli bir klinik iyileşme sağlamıyor olmasına rağmen, BON tedavisinin başarısı için önemli olduğunu bildirmiştir. Çalışmamızın sonuçları, cerrahi tedavi öncesi BF tedavisinin kesilmesinin, cerrahi tedavinin başarısı üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığını göstermiştir.

Literatürde BON'a en sık neden olan risk faktörü diş çekimi olarak belirtilmiştir.[2,25] BON, travma veya oral cerrahi girişim sonrası oluşabildiği gibi spontan olarak da gelişebilir.[7,19] Kan ve ark.[16] BF tedavisi altında olan yüksek risk grubundaki hastalarda, antibakteriyel ve biyostimülasyon etki oluşturmak amacıyla lazer uygulaması eşliğinde yapılan diş çekimi sonrasında BON oluşmadığını rapor etmişlerdir. Saia ve ark.[25] BF tedavisi altında olan hastalarda cerrahi diş çekimi yapılarak operasyon bölgesinin primer olarak kapatıldığı durumlarda BON riskinin düşük olduğunu rapor etmişlerdir. Diş çekimi bölgesinin primer olarak kapatılması durumunda alveoler kemik ile ağız kavitesi ilişkili hale gelmeyeceği için BON riski azalmış olabilir. BON olgularının %93'ünün intravenöz BF kullanan hastalarda gözlendiği, kalan olguların ise osteoporoz nedeniyle oral BF kullanan hastalarda gözlendiği rapor edilmiştir.[26] Çalışmamıza dâhil edilen hastaların hepsi intravenöz BF kullandığı için, BF kullanım yolunun tedavi başarısı üzerindeki etkisi değerlendirilememiştir. Zoledronat kullanan hastalarda ortalama 9-18 ay, pamidronat kullanan hastalarda ise ortalama 14-24 ay içerisinde BON geliştiği bildirilmiştir.[27] Bizim çalışmamıza dâhil edilen hastaların hepsi zoledronat kullanmaktaydı ve ortalama 29,1 aylık BF tedavisi sonrasında BON oluştuğu

saptandı. Çalışmamızın sonuçları, BF kullanım süresinin yaklaşık olarak 26 aydan daha uzun olması durumunda, cerrahi tedavi başarısının anlamlı düzeyde düştüğünü göstermektedir (P<0,001). Kanser hastalarında metastaz riski, şiddetli kemik ağrısı veya kırık riski nedeniyle BF tedavisi ertelenememekte ve hastalar BF tedavisinin dental komplikasyonları hakkında her zaman bilgilendirilememektedir. Çalışmamızın sonuçları BON oluşumuna neden olan en büyük etkenin diş çekimi ve dental enfeksiyon olduğunu göstermektedir. Bu sebeple BF tedavisi alacak hastaların, tedavi öncesinde diş hekimlerine yönlendirilmesi gerekmektedir. Hastalar BF'lerin oral dokular üzerindeki etkileri hakkında bilgilendirilmeli, ağız içerisindeki enfeksiyon odakları giderilmeli ve ağız sağlığının idamesi için hastalara hijyen eğitimi verilmelidir.

Sonuç olarak, parsiyel kemik rezeksiyonu yönteminin 1. ve 2. evre BON vakalarının tedavisinde etkin bir şekilde kullanılabileceği görülmektedir. Hastaların BF kullanımı süresinin uzun olması, çene nekrozunun ileri evrelerde olması ve nekrozun diş çekimi ve dental enfeksiyonu takiben oluşması, tedavi başarısını düşürmektedir. Farklı klinik değişkenlerin söz konusu tedavi yönteminin başarısı üzerindeki etkinliğini değerlendiren randomize prospektif klinik çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Kaynaklar

1. Curi MM, Cossolin GS, Koga DH, Zardetto C, Christianini S, Feher O, Cardoso CL, dos Santos MO. Bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaws--an initial case series report of treatment combining partial bone resection and autologous platelet-rich plasma. *J Oral Maxillofac Surg*, 2011; 69:2465-2472.

2. Marx RE. Pamidronate (Aredia) and zoledronate (Zometa) induced avascular necrosis of the jaws: a growing epidemic. *J Oral Maxillofac Surg*, 2003; 61:1115-1117.

3. Gómez Font R, Martínez García ML, Olmos Martínez JM. Osteochemonecrosis of the jaws due to bisphosphonate treatments. Update. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 2008; 13:E318-324.

4. Rodan GA, Martin TJ. Therapeutic approaches to bone diseases. *Science*, 2000; 289:1508-1514.

5. Wellington K, Goa KL. Zoledronic acid: a review of its use in the management of bone metastases and hypercalcaemia of malignancy. *Drugs*, 2003; 63:417-437.

6. Devogelaer JP. Treatment of bone diseases with bisphosphonates, excluding osteoporosis. *Curr Opin Rheumatol*, 2000; 12:331-335.

Scanned with CamScanner

7. Koçyiğit İD, Kaman S, Atıl F, Tekin U, Tüz HH. Bisfosfonatlara bağlı olarak çene kemiklerinde gelişen osteonekroz (BON) ve güncel tedavi yöntemleri. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 2013; 7:116-124.

8. Coxon FP, Thompson K, Rogers MJ. Recent advances in understanding the mechanism of action of bisphosphonates. *Curr Opin Pharmacol*, 2006; 6:307-312.

9. Reid IR, Bolland MJ, Grey AB. Is bisphosphonate associated osteonecrosis of the jaw caused by soft tissue toxicity? *Bone*, 2007; 41:318-320.

10. Marx RE, Cillo JE, Ulloa JJ. Oral bisphosphonateinduced osteonecrosis: risk factors, prediction of risk using serum CTX testing, prevention, and treatment. *J Oral Maxillofac Surg*, 2007; 65:2397-2410.

11. Ruggiero SL, Dodson TB, Assael LA, Landesberg R, Marx RE, Mehrotra B. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons position paper on bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaws--2009 update. *J Oral Maxillofac Surg*, 2009; 67:2-12.

12. Martins MA, Martins MD, Lascala CA, Curi MM, Migliorati CA, Tenis CA, Marques MM. Association of laser phototherapy with PRP improves healing of bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaws in cancer patients: a preliminary study. *Oral Oncol*, 2012; 48:79-84

13. Harper RP, Fung E. Resolution of bisphosphonate-associated osteonecrosis of the mandible: possible application for intermittent low-dose parathyroid hormone [rhPTH(1–34)]. *J Oral Maxillofac Surg*, 2007; 65:573-80.

14. Petrucci MT, Gallucci C, Agrillo A, Mustazza MC, Foà R. Role of ozone therapy in the treatment of osteonecrosis of the jaws in multiple myeloma patients. *Haematologica*, 2007; 92:1289-1290.

15. Ruggiero SL, Fantasia J, Carlson E. Bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw: background and guidelines for diagnosis, staging and management. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 2006; 102:433-441.

16. Kan B, Altay MA, Taşar F, Akova M. Low-level laser therapy supported teeth extractions of two patients receiving IV zolendronate. *Lasers Med Sci*, 2011; 26:569-575.

17. Romeo U, Galanakis A, Marias C, Vecchio AD, Tenore G, Palaia G, Vescovi P, Polimeni A. Observation of pain control in patients with bisphosphonate-induced osteonecrosis using low level laser therapy: preliminary results. *Photomed Laser Surg*, 2011; 29:447-452.

Scanned with CamScanner

18. Sedghizadeh PP, Stanley K, Caligiuri M, Hofkes S, Lowry B, Shuler CF. Oral bisphosphonate use and the prevalence of osteonecrosis of the jaw: an institutional inquiry. *J Am Dent Assoc*, 2009; 140:61-66.

19. Soydan SS, Veziroğlu Şenel F, Araz K. Bifosfonata bağlı olarak çene kemiklerinde gelişen osteonekrozun patogenezi ve tedavisi. *Hacettepe Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 2009; 33:61-68.

20. Wilde F, Heufelder M, Winter K, Hendricks J, Frerich B, Schramm A, Hemprich A. The role of surgical therapy in the management of intravenous bisphosphonates-related osteonecrosis of the jaw. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 2011; 111:153-163.

21. Pautke C, Bauer F, Otto S, Tischer T, Steiner T, Weitz J, Kreutzer K, Hohlweg-Majert B, Wolff KD, Hafner S, Mast G, Ehrenfeld M, Stürzenbaum SR, Kolk A. Fluorescence-guided bone resection in bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaws: first clinical results of a prospective pilot study. *J Oral Maxillofac Surg*, 2011; 69:84-91

22. Ferlito S, Puzzo S, Palermo F, Verzì P. Treatment of bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaws: presentation of a protocol and an observational longitudinal study of an Italian series of cases. Br *J Oral Maxillofac Surg*, 2012; 50:425-429.

23. Gallego L, Junquera L. Consequence of therapy discontinuation in bisphosphonate-associated osteonecrosis of the jaws. *Br J Oral Maxillofacial Surg*, 2009; 47:67-68.

24. Migliorati CA, Schubert MM, Peterson DE, Seneda LM. Bisphosphonate associated osteonecrosis of mandibular and maxillary bone: an emerging oral complication of supportive cancer therapy. *Cancer*, 2005; 104:83-93.

25. Saia G, Blandamura S, Bettini G, Tronchet A, Totola A, Bedogni G, Ferronato G, Nocini PF, Bedogni A. Occurrence of bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw after surgical tooth extraction. *J Oral Maxillofac Surg*, 2010; 68:797-804.

26. Dannemann C, Zwahlen R, Grätz KW. Clinical experiences with bisphopsphonate induced osteochemonecrosis of the jaws. *Swiss Med Wkly*, 2006; 136:504-509.

27. Migliorati CA, Woo SB, Hewson I, Barasch A, Elting LS, Spijkervet FK, Brennan MT. A systematic review of bisphosphonate osteonecrosis (BON) in cancer. *Support Care Cancer*, 2010; 18:1099-1106.

Yazışma Adresi:

Yrd. Doç. Dr. Ufuk TATLI
Çukurova Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı
01330, Sarıçam, ADANA
Tel: +90 322 338 6354
Belgegeçer: +90 322 338 7331
E-posta: dr.ufuktatli@gmail.com

Scanned with CamScanner

Endoservisitli ve normal kadınlarda servikal sürüntü ve ilk akım idrar örneklerinde Polimeraz zincir reaksiyonu ile Chlamydia trachomatis ve Neisseria gonorrhoeae sıklığının araştırılması

Ali Tanju Altunsu, Doktora Tezi, **2013**, Mikrobiyoloji Anabilim Dalı
Danışmanı: Prof. Dr. Fatih Köksal

Özet

Kadın genitoüriner sistem infeksiyonlarında endoservikal sürüntü ve ilk idrar örnekleri kullanılarak *C trachomatis* ve *N gonorrhoea*'nın PCR yöntemi ile tanısında örneklerin duyarlılık, özgüllük ve kabul edilebilirliklerini tespit amacı ile planlanan çalışmada 267 kadına ait örnekler değerlendirilmiştir. Örnek alınan kadınların %56,5 oranı ile 30-39 yaş grubunda yoğunlaştıkları görüldü. AKDHP'de takip edilen kadınlara ait idrar örneklerinde In-house PCR'ın, PCR ile tanı için referans materyal olan endoservikal sürüntü örnekleri sonuçları baz alındığında, duyarlık, özgüllük ve kabul edilebilirliği, sırası ile %81,25, %81,8 ve %86,77 olarak tespit edilmiştir. *N gonorrhoea* için bu oranlar %100 olduğu, DZHP'de takip edilen kadınlara ait duyarlık, özgüllük ve kabul edilebilirliği, sırası ile %64,3, %92,3 ve %86,77 olarak tespit edilmiştir. *N gonorrhoea* için bu oranlar idrar örneklerinde de %100 bulundu. Bu sonuçlara göre CYBH'ların en önemli iki patojeni ve konvansyonel kültür yöntemleri ile tanısında zorluk çekilen *C trachomatis* ve *N gonorrhoea*'nın PCR bazlı yöntemlerin hızlı, kolay, ucuz ve yüksek duyarlılıkta olduğu ve ilk idrarın servikal sürüntü örneklerine benzer duyarlılıkta ancak hasta için daha rahat olması sebebiyle tercih edilebileceği görülmüştür.

Anahtar sözcükler: C trachomatis, N gonorrhoea, ilk idrar, endoservikal sürüntü örnekleri ve PCR.

Scanned with CamScanner

Ç. Ü Sağlık Bil. Derg.
2013,28(1-3):49-50

Mycobacterium Bovis İzolatlarının MIRU- VNTR ve Spoligotyping ile Sürveyansı

Nevin Tuzcu, Doktora Tezi, **2013**, Mikrobiyoloji Anabilim Dalı
Danışmanı: Prof. Dr. Fatih Köksal

Özet

İnsan ve hayvan tüberküloz olgularından izole edilen M. bovis suşlarının epidemiyolojik özelliklerinin belirlenmesi, kaynağı hayvan ve hayvan ürünleri olan bir grup tüberküloz olgusunun kontrolü ve etkin kontrol tedbirleri ile en aza indirilmesini sağlayacaktır. Bu çalışmada Çukurova bölgesinde pulmoner tüberküloz ön tanılı hastaların balgam örnekleri ile Adana mezbahasında et üretimi amacı ile kesilen hayvanların akciğer ve lenf nodlarının makroskopik incelemelerinde tüberküloz şüphesi yaratacak lezyona sahip olan dokulardan izole edilen M. bovis suşlarının muhtemel bir bulaşa delil teşkil etmek üzere klonal düzeyde irdelenmeleri ve bu amaçla kullanılan yöntemlerin tek başlarına veya birlikte kullanılmaları halindeki ayırım güçlerinin tespiti amaçlandı. Çalışmaya Mart 2011-Haziran 2012 tarihleri arasında izole ve identifiye edilen hayvan kökenli 32 ile insan kökenli 10 M. bovis izolatı dâhil edildi. Klonal ilişkinin belirlenmesinde 12 lokus MIRU-VNTR yöntemi ile spoligotyping yöntemi kullanıldı. Test izolatlarının tamamının spoligotipleme ile 6, MIRU-VNTR ile 10 farklı patern gösterdikleri, her iki yöntemin birlikte kullanılması halinde ise patern sayısının 28'e çıktığı, MIRU lokusları içerisinde MRU4, MIRU26, MIRU31 ve MIRU40'ın ayırım gücü en yüksek lokuslar olduğu, spoligotiplemede de izolatların %42,85 oranı ile SB0120 paterninde yoğunlaştıkları, aynı yöntemle 7 izolatın M. bovis ssp caprae paterni, 2 insan izolatının da M. bovis BCG paternisergiledikleri, 5 insan izolatının spoligotyping ve MIRU-VNTR kalıplarının sığır kökenli izolatlar ile %100 uyumlu olduğu yani ortak kökenden enfekte edildikleri görüldü. Bu çalışmada M. bovis izolatlarının epidemiyolojik analizinde spoligotyping ve MIRU-VNTR yöntemlerinin birlikte kullanılması halinde ayırım güçlerinin her iki yöntemin tek başına kullanılmasına oranla daha yüksek olduğu, bölgemizde bir kaynaktan köken alan suşların hem insanları hem de hayvanları enfekte ettiği bu sebeple de M. bovis moleküler epidemiyolojisine yönelik çalışmaların sürdürülerek elde edilen sonuçların Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı ile paylaşılmasının uygun olacağı kanaatine varılmıştır.

Scanned with CamScanner

Anahtar sözcükler: M. bovis, MIRU-VNTR, Spoligotyping.

Scanned with CamScanner

Ç. Ü Sağlık Bil. Derg.
2013,28(1-3):51-52

Fare Korpus Kavernosum Düz Kasında Hidrojen Sülfür'ün Gevşetici Etki Mekanizmasının Araştırılması

Fatma Aydınoğlu, Doktora Tezi,**2013**, Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı
Danışmanı: Prof.Dr. Nuran Öğülener

Özet

Çalışmamızda, izole fare korpus kavernosum dokusunda hidrojen sulfur (H2S)'ün gevşetici etki mekanizması araştırıldı. Bu amaçla, fenilefrin ile kastırılmış izole fare korpus kavernosum dokularında L-sistein (10-6-10-3) ve H2S donörü sodyum hidrojen sülfür (NaHS;10-6-10-3) ile gevşeme yanıtları oluşturuldu. Lsistein (10-3 M) ile oluşan gevşeme yanıtları sistation beta sentaz inhibitörü aminooksiasetik asit ile etkilenmezken, sistation gama liyaz enzim inhibitörü D,Lproparjil glisin ile anlamlı olarak azaldı. Endotelyumsuz dokularda, NaHS ile oluşan gevşeme yanıtlarında bir değişiklik gözlenmedi. Nitrik oksid sentaz inhibitörü Nω-nitro-L-arjinin (10-4 M), guanilil siklaz inhibitörü ODQ (10-4 M) ve bu inhibitörlerin kombinasyonu NaHS ile oluşan gevşeme yanıtlarını artırdı. Fosfodiesteraz inhibitörleri zaprinast ve sildenafil NaHS gevşeme yanıtlarını azalttı. Adenilil siklaz inhibitörleri NEM (2.5x10-5 M) veya SQ22536 (10-4 M) ile NaHS gevşeme yanıtlarında anlamlı bir azalma gözlendi. NaHS gevşemeleri, yüksek K+ (50mM), voltaja-bağımlı K+ kanal inhibitörü 4-aminopiridin (10-3 M), ATP'ye duyarl ı-K+ kanal inhibitörü glibenklamid (10-5 M) ve içeri doğrultucu K+ kanal inhibitörü baryum klorür (10-5 M) varlığında anlamlı bir şekilde azaldı. Ancak, küçük kondüktanslı Ca2+ ile aktive edilen K+ kanal blokörü apamin, orta ve yüksek kondüktanslı Ca2+ ile aktive edilen K+ kanal blokörü karibdotoksin ve apamin + karibdotoksin kombinasyonu, NaHS ile dokularda oluşan gevşeme yanıtlarında bir değişiklik oluşturmadı. L-tipi Ca2+ kanal inhibitörü nifedipin (10-6 M) ve muskarinik reseptör blokörü atropin (10-6 M) NaHS gevşemelerini inhibe etti. Ancak, Na+-K+-ATPaz inhibitörü uvabain (10-4 M) NaHS gevşemelerini etkilemedi. Sonuç olarak, fare korpus kavernosum dokusunda endojen olarak H2S'in L-sistein'den , sistation gama liyaz enzimi araılcığıyla sentezlendiği, gevşetici etkisini endotelyum'dan bağımsız olarak direkt düz kas üzerinden; i)adenilil siklaz/cAMP, ii) K+ kanalları, iii) L-tipi voltaja-bağımlı Ca2+

Scanned with CamScanner

kanalları ve iv) muskarinik reseptörler aracılığıyla gerçekleştirebileceği ve bu etkisinin NO/sGMP tarafından baskılandığı düşünülmektedir.

Anahtar sözcükler: -düz kas, -fare, -gevşeme, -hidrojen sülfür, -korpus kavernosum, L-sistein,

Scanned with CamScanner

Ç. Ü Sağlık Bil. Derg.
2013,28(1-3):53-54

Endodontik Tedavi Sonrası Periapikal Dokuların Değerlendirilmesinde Periapikal Radyografi ve Konik Işın Hüzmeli Bilgisayarlı Tomografinin Kullanımı

Gökhan Atakan, Doktora Tezi,**2013**,Restoratif Diş Tedavisi ve Endodonti Anabilim Dalı
Danışmanı: Prof. Dr. H. Oğuz Yoldaş, Doç. Dr. M. Cem Doğan, Yrd. Doç. Dr. Ayşin Dumani

Özet

Bu klinik çalışmanın amacı, kök kanal tedavisinden 18 ay sonra periapikal radyografi ve konik ışınlı bilgisayarlı tomografi (CBCT) kullanarak her bir kökün periapikalindeki radyolojik değişiklikleri karşılaştırmaktır. Kök kanal tedavisi planlanan, klinik ve radyolojik dâhil edilme kriterlerini (PAI ≥ 3) taşıyan 42 hastanın 86 dişinden diyagnostik dijital periapikal radyografi ve CBCT taraması alındı. Hastalar operasyondan 18 ay sonra tekrar değerlendirildi. Mevcut olan periapikal radyolusensinin varlığı veya yokluğu hem de boyutunun artması veya azalması üç kalibre olmuş araştırmacı tarafından değerlendirildi. Veriler istatistiksel olarak McNemar's testi ile analiz edildi. Periapikal indeks (PAI) ve CBCTPAI skorları belirlendi ve tüm sonuçların korelasyonlarına Spearman's rho testi ile bakıldı. 'İyileşti' oranı periapikal radyografi değerlendirmesinde %44,19 iken, CBCT değerlendirmesinde aynı oran %26,74 olarak saptandı. Sistemler arasında istatistiksel bir fark bulundu ($p<0,05$). Bu oran 'efektif tedavi' gruplandırılmasında (periapikal radyoluseninin boyutunun azalması) sırasıyla %95,35 ve %93,02 çıkarak yükselmiştir. Başlangıçta var olan lezyonlar, takip sürecinde alınan periapikal radyografi ve CBCT görüntüleriyle 'lezyon var veya yok' şeklinde tekrar değerlendirildi. Bu gruplandırmada da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu bulundu ($p<0,05$). Ardından PAI ve CBCTPAI skor sonuçları 'iyileşiyor', 'iyileşti', 'değişmedi' ve 'genişledi' olarak kategorilendirildi. Gruplar arasında istatistiksel olarak fark bulundu ($p<0,05$). Lezyonlar PAI ve CBCTPAI gruplarında 'lezyon var veya yok' şeklinde tekrar gruplandırıldı. İstatistiksel olarak iki grup arasında fark bulundu ($p<0,05$). Sonuç olarak; CBCT grubu ile değerlendirilen kök kanal tedavileri yapılmış dişlerin, periapikal radyografiler ile yapılan değerlendirmesine göre daha düşük 'iyileşiyor' ya da 'iyileşti' oranına sahip olduğu gözlenmiştir. Lezyonların milimetrik ölçümleri, PAI ve CBCTPAI skor sistemleri başlangıçta

Scanned with CamScanner

benzer korelasyon gösterirken, zamanla bu sistemler arasındaki korelasyonun azaldığı görüldü.

Anahtar Kelimeler: konik hüzmeli bilgisayarlı tomografi, periapikal radyografi, periapikal lezyon.

Scanned with CamScanner

Ç. Ü Sağlık Bil. Derg.
2013.28(1-3):55-56

Psöriazisli Hastalarda VEGF, Fas, Fas L GEN Polimorfizimleri İle Serum VEGF, Fas ve Fas L Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Araştırılması

Gülay Bolbol Duran, Doktora Tezi, **2013**,Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı
Danışmanı: Prof. Dr. Mülkiye Kasap, Doç. Dr. Ramazan Güneşaçar

Özet

Psöriazis kronik, multifaktöryel, keratinositlerin T hücre aracılı hiperproliferasyonuyla ve keskin sınırlı, eritemli plak veya papüller üzerinde yerleşmiş, parlak sedefi-beyaz skuamlarla karakterize kronik, otoimmün inflamatuar bir deri hastalığıdır. Demografik ve epidemiyolojik çalışmalar, aile/ikiz çalışmaları, serolojik ve genetik çalışmalar psöriazisin poligenik ve multifaktöryel bir hastalık olduğunu göstermiştir. Bu çalışmada psöriaziste Fas -670 A/G, Fas L -844 T/C ve VEGF 936 C/T gen polimorfizmlerinin araştırılması, serumda soluble Fas (sFas) ve FasL (sFasL)değerleri ve serum VEGF düzeylerinin belirlenmesi ve gen polimorfizmleri ile serum düzeyleri arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır. Çalışmaya, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı ve Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı polikliniklerine başvuran sistemik tedavi gören 50, sistemik tedavi görmeyen 69 hasta dahil edilmiştir. Psöriazis hastası olmayan 140 sağlıklı birey kontrol grubu olarak değerlendirilmiştir. Her üç grupta PCR-RFLP yöntemi kullanılarak Fas -670 A/G, Fas L -844 T/C ve VEGF 936 C/T polimorfizleri çalışılmıştır. Ayrıca hasta gruplarından randomize seçilen 40 tedavili hasta, 40 tedavisiz hasta ve kontrol grubundan randomize seçilen 80 bireyin, mikroelisa yöntemi ile serum sFas, sFas L ve VEGF düzeyleri ölçülmüş, gen polimorfizmleri ile serum düzeyleri arasındaki ilişki araştırılmıştır. Çalışmamızda hasta ve kontrol gruplarında Fas -670 A/G, Fas L -844 T/C ve VEGF 936 C/T polimorfizleri açısından anlamlı bir fark görülmemiş ancak soluble Fas ve Fas L düzeyleri hasta gruplarında kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. VEGF serum düzeyi CT genotipli bireylerde, CC genotipli bireylere göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Sonuç olarak, çalışmamızda Fas -670 A/G, FasL gen -844 T/C ve VEGF -936 T/C polimorfizmleriyle psöriazis arasında belki doğrudan bir ilişki bulunamamıştır. Ancak hastalarda serum sFas ve sFasL düzeylerinin yüksek bulunması, bu

Scanned with CamScanner

faktörlerin hastalığın patogenezinde önemli olduğunu göstermektedir.

Anahtar sözcükler: Fas, Fas L, Polimorfizm, Psöriazis,VEGF.

Scanned with CamScanner

Ç. Ü Sağlık Bil. Derg.
2013,28(1-3):57

Sigara Dumanı Maruziyetine Bağlı Damar Hasarının Moleküler Temeli ve Yeni Tedavi Yaklaşımı: Alfa-Linolenik Asit

Halil Mahir Kaplan, Doktora Tezi,2013,Farmakoloji Anabilim Dalı
Danışmanı: Prof. Dr. Ergin Şingirik

Özet

Sigara dumanı maruziyeti damar hasarına neden olmaktadır. Ve bu hasarın mekanizması moleküler düzeyde yeterince aydınlatılmamıştır. Bundan dolayı şimdiki çalışmada farelerde antiinflamatuar etkisi olduğu bilinen ve doğal olarak gıdalarda bulunan alfa-linolenik asid'in sigara dumanı maruziyeti ile oluşan damar hasarını önleyip önleyemeyeceğini araştırmayı planladık. Bu amaçla fareler çeşitli gruplara ayrıldı: Kontrol (duman varlığında ve yokluğunda), alfa-linolenik asit (duman varlığında ve yokluğunda) grupları oluşturuldu. Bu gruplara ayrı ayrı 2 ay boyunca (haftada 5 gün) sigara dumanı ve ilgili ajanlar uygulandı. 2 ay sonunda uygulama yapılan fareler servikal dislokasyon ile öldürülerek torasik aortları izole edildi. İzole edilen torasik aortların bir bölümü endotel fonksiyonlarını değerlendirmek için organ banyosuna asıldı. Daha sonra dokular fenilefrin ile kastırılıp asetilkolin ile gevşetildi. Alfa-linolenik asit uygulaması asetilkolin gevşemelerini artırdı. Duman uygulaması gevşeme yanıtlarını azaltırken duman ile birlikte Alfa-linolenik asit uygulaması bu azalmayı geri çevirdi. Düz kas fonksiyonlarını değerlendirmek için ise KCl ile kastırıldıktan sonra papaverine verdiği gevşeme yanıtları ölçüldü. Sigara dumanı, alfa-linolenik asit ve indometazin uygulaması papaverin ile oluşturulan gevşeme yanıtlarını değiştirmedi. Torasik aortların birbölümü de nitrik oksid sentaz, fosfolipaz A2 ve siklooksijenaz enzimlerinin düzeyleri belirlemek için kullanıldı. Sigara dumanı siklooksijenaz-2 ve fosfolipaz A2 enziminin miktarında artışa neden oldu. Alfa-linolenik asit bu artışı azalttı. Sigara dumanı endotelyal nitrik oksit sentaz enziminin miktarında azalmaya neden oldu ancak bu azalma anlamlı bulunmadı. Çalışmamız, sigara kullanımı ve duman maruziyeti kardiyovasküler hastalıklar için risk faktörü olduğu ve alfa-linolenik asit içerikli besin kullanımının bu hastalıkların riskini azaltabileceğini göstermiştir.

Anahtar Sözcükler: Sigara dumanı, Alfa-linolenik asit, Fare torasik aortu, Nitrik oksid sentaz, Fosfolipaz A2 yolağı.

Scanned with CamScanner

Ç. Ü Sağlık Bil. Derg.
2013,28(1-3):59

Çukurova Bölgesinde Yaşayan Pediatrik Hemofili ve Von Willebrand Hastalarında Ağız Sağlığının Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkileri

İffet Yazıcıoğlu, Doktora Tezi, 2013, Pedodonti Anabilim Dalı

Danışmanı: Doç. Dr. M. Cem Doğan

Özet

Bu çalışmada 8-14 yaş grubundaki hemofili hastalarının ağız sağlığında yaşam kalitesini sağlıklı çocuklarla karşılaştırarak araştırılması hedeflendi. Ağız sağlığında yaşam kalitesini ölçebilmek için orjinali dili İngilizce olan POQL anketinin Türkçe kültürlerarası çevirisi ve psikometrik adaptasyonu yapıldı. 8-14 yaş aralığındaki 149 çocuktan toplanan veriler kullanılarak POQL Türkçe versiyonun geçerliliği ve güvenilirliği yapıldı. Çalışmanın ikinci bölümünde ise aynı yaş grubundaki 44 hemofili hastasının tamamladığı anketlerle sağlıklı çocukların verileri karşılaştırıldı. Her iki gruptaki çocuklar ve anne babalar içeriğinde sosyo-demografik bilgiler, genel ve ağız sağlığı soruları, ağız ve diş sağlığı ile ilişkili alışkanlıklar, diş hekimi ziyaret durumu ve POQL anketinin olduğu bir formu doldurdular. Anketlere ilaveten bütün çocuklara diş hekimleri tarafından ağız ve dişleri kapsayan bir muayene yapıldı. Eğitim seviyesi, genel sağlık, diş hekimine ziyaret ve diş fırçalama sıklığı hemofili grubuyla karşılaştırıldığında sağlıklı grupta daha iyiydi. İstatistiksel farklılık total DMFT, süt dişi dmft, total çürüklü diş, total dolgulu diş ve çürüklü süt dişi sayısında ortaya çıktı. Hemofili grubu bu parametrelerde daha kötü sonuçlarla karşımıza çıkmış olsa da; kötü ağız sağlığının kötü yaşam kalitesi göstergesi olacağı yönündeki hipotezin tersine POQL skorları açısından sağlıklı grupla benzer sonuçlar ortaya çıkmıştır.

Anahtar Sözcükler: Hemofili, Çocuk, Yaşam Kalitesi, Ağız Sağlığı, POQL

Scanned with CamScanner

Ç. Ü Sağlık Bil.
2013,28(1-3):61-62

Deneysel Spinal Kord Yaralanmasında Tümör Nekroz Faktör Alfa Ve İnterlökin-6 Ekspresyonuna Minosiklin Ve Metilprednizolon Kombine Tedavisinin Etkileri

Leman Sancar, Doktora Tezi, **2013**, Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı
Danışmanı: Prof. Dr. Sait Polat

Özet

Spinal kord yaralanması (SKH), direkt mekanik travmaya bağlı olarak nöral dokunun zedelenmesi ile sonuçlanan primer yaralanma ve bunun tetiklediği sekonder hasar mekanizmalarını içerir. SKH'nı takiben ilk 24 saatte, TNF-α ve IL-6 gibi proenflamatuvar mediyatörler lezyon alanında yükselmekte ve sekonder hasarlardan sorumlu tutulmaktadırlar. Günümüzde önemli bir sağlık problemi olan SKH'nın bugün için kabul edilen üniversal bir tedavisi olmamakla birlikte, bir glukokortikoid olan metilprednizolon (MP), antienflamatuvar ve antiödematöz etkilerinden dolayı tedavide yaygın olarak kullanılmaktadır. Bununla birlikte metilprednizolon tedavisinin tek başına yeterli olmadığı ve etki mekanizmalarının da hala tam olarak açıklığa kavuşmadığı bilinmektedir. Son yıllarda, tetrasiklin türevi bir antibiyotik olan minosiklinin MSS yaralanmalarında nöroprotektif etkiye sahip olduğu rapor edilmiş olmakla birlikte, minosiklinin koruyucu etkileri ile ilgili çalışmalar da sınırlı sayıdadır. SKH'nı takiben sekonder hasarın ilerlemesine neden olan TNF-α ve IL-6 sitokin ekspresyonlarının, hücresel dağılımı ve lezyon alanında ortaya çıkış sürelerinin birlikte gösterildiği bir çalışmaya bugüne kadar literatürde rastlanmamıştır. Bu nedenle çalışmamızda, deneysel spinal kord yaralanması sonrası TNF-α ve IL-6 ekspresyonlarına, MP ve minosiklin tedavisinin tek başına ve kombine etkilerinin, immünohistokimyasal, elektron mikroskobik ve biyokimyasal yöntemlerle araştırılması amaçlanmıştır. Bu amaçla 78 adet Wistar cinsi erkek sıçan, herhangi bir cerrahi işlem yapılmayan kontrol grubu, spinal kord T2-T7 segmentleri arasında yalnızca laminektomi oluşturulan sham operasyon grubu ve T2-T7 arasında klip kompresyon yöntemi ile SKH oluşturulan deney grubu olmak üzere 3 gruba ayrıldı. SKH'nı takiben deney grubunda yer alan hayvanlar da kendi aralarında; spinal kord hasarı oluşturulduktan sonra yalnızca serum fizyolojik verilen deney kontrol grubu; spinal kord hasarını takiben MP tedavisi uygulanan grup; minosiklin tedavisi uygulanan grup ve MP+minosiklin kombine

Scanned with CamScanner

tedavisi uygulanan grup olmak üzere 4 alt gruba ayrıldı. Tüm sham ve deney gruplarından spina l kord doku örnekleri yaralanmayı takiben 24. ve 72. saatlerde elde edilerek, ışık ve elektron mikroskobik, immunohistokimyasal ve biyokimyasal yöntemlerle değerlendirildi. Değerlendirmeler sonucunda, TNF-α ekspresyonunun, 24. saatte deney kontrol grubunda yükseldiği, MP tedavisi alan grup ile kombine tedavi alan gruplarda anlamlı olarak azaldığı belirlendi. IL-6 ekspresyonun, 24. saatte deney kontrol grubunda yükseldiği, kombine tedavi alan grupta anlamlı olarak azaldığı gösterildi. Yaralanmadan 72 saat sonra bütün gruplarda her iki sitokinin ekspresyonunun azalmış olduğu dikkati çekti. Işık ve elektron mikroskobik xiii incelemelerde, SKH oluşturulan gruplarda, nöronlarda, gliya hücrelerinde ve miyelinli sinir liflerinde yapısal dejenerasyonların meydana geldiği ve bu hücresel değişikliklerin, 72 saat sonra alınan doku kesitlerinde daha belirgin olduğu gözlendi. Tedavi gruplarında, travma sonrası tek başına MP tedavisinin, Minosiklin tedavisine göre daha etkin olduğu, ancak, MP+Minosiklin kombine tedavisi uygulanan gruplarda, hücresel yapının, tüm gruplara oranla çok daha iyi korunduğu belirlendi. Bunların yanında, lipid peroksidasyonunun önemli bir göstergesi olan MDA düzeyinin, MP+Minosiklin kombine tedavi grubunda, diğer tüm gruplara oranla anlamlı olarak azaldığı dikkati çekti. SOD seviyesinin ise, MP+Minosiklin kombine tedavi grubunda, diğer gruplara oranla anlamlı olarak arttığı gösterildi. Tüm bu bulgular birlikte değerlendirildiğinde, deneysel akut spinal kord yaralanmasından sonra MP+Minosiklin kombine tedavisinin, yaralanma sonrasında artış gösteren proenflamatuvar sitokinlerden TNF-α ve IL-6 düzeyleri ile lipid peroksidasyonunu azalttığı, böylece nöronal ve glial hücre ölümünü engelleyerek fonksiyonel iyileşmeyi sağlayabileceği düşünüldü. Bu nedenle, akut spinal kord yaralanmasını takiben MP+Minosiklin kombine tedavisinin, oluşturulacak tedavi protokollerinde dikkate alınabileceği kanaatine varıldı.

Anahtar Sözcükler: Spinal kord yaralanması, metilprednizolon, minosiklin, TNF-α, IL-6, ultrastrüktür.

Scanned with CamScanner

Ç. Ü Sağlık Bil. Derg.
2013,28(1-3):63-64

Cerrahi Olarak Oluşturulan Kemik Defektlerinde Sığır Kaynaklı Anorganik Kemik Grefti ve Hemostatik Bitki Ekstresinin Kombine Kullanımının Kemik Rejenerasyonuna Etkisi

Mert Sanrı, Doktora Tezi, **2013**, Ağız, Diş, Çene Cerrahisi Anabilim Dalı
Danışmanı: Prof. Dr. Mehmet Kürkçü

Özet

Diş kayıplarına bağlı oluşan dişsiz alveoler kretlerin protetik rehabilitasyonu diş hekimliğinde sıklıkla uygulanan bir işlemdir. Konvansiyonel veya implant destekli bir protezin yerleşeceği yeterli bir alveoler kret bulunmadığı durumlarda, diş çekim işlemleri, periapikal cerrahi işlemler, kist operasyonları ve kemik fraktürü tedavileri sonrası greftleme işlemleri uygulanabilmektedir. Tüm bu uygulamalar mevcut kemik miktarında artış hedeflemektedir. Çeşitli deneysel ve klinik çalışmalar kemik greftleri, bariyer membranlar ve kemik fizyolojisi üzerinde yoğunlaşmış ve kemik rejenerasyonunu hızlandırmayı amaçlamışlardır. Bu çalışmanın amacı, yumuşak doku ve erken dönem kemik doku iyileşmesine olumlu etkileri bildirilen kanama durdurucu bitki ekstresinin (Ankaferd BloodStopper®, Ankaferd İlaç Kozmetik A.Ş., İstanbul, Türkiye) (ABS) ve sığır kaynaklı anorganik kemik greftinin (Integros Boneplus-xs®, Integros Sağlık Ürünleri Ar-Ge İmalat, İthalat, İhracat, San. ve Tic. Ltd. Şti., Adana, Türkiye) (ABB) birlikte kullanımının cerrahi olarak oluşturulan defektlerde kemik iyileşmesi üzerine etkisinin incelenmesidir.

Deneysel çalışmamızda 9 adet evcil domuz kullanılmıştır. Ağız dışı girişimle her hayvanın mandibulasında 3 adet kemik defekti oluşturulmuştur. Defektler, 10 mm çapında ve 5 mm derinliğindedir. Birinci defektlerde, ABS solüsyonu (0,3 ml/defekt), taşıyıcı olarak ABB (0,3 cc/defekt) içerisinde ve ikinci defektlerde, ABS kontrollü ilaç salınımına yönelik mikroküreler içerisinde (0,3 ml/defekt) yine ABB (0,3 cc/defekt) ile kombine uygulanmıştır. Her hayvanda üçüncü defekt boş bırakılmıştır. Tüm defektler rezorbe olabilen kollajen membranla örtülmüştür. Tüm hayvanlar 10 haftalık iyileşme periyodu sonunda sakrifiye edilmiştir. Histomorfometrik analiz için dekalsifiye edilmemiş kesitler hazırlanmıştır. Veriler istatistiksel olarak analiz edilmiştir. Sonuç olarak, ABS ile ABB'nin her iki farklı şekilde

Scanned with CamScanner

kombine kullanımı, boş defekt grubuna kıyasla kemik rejenerasyonunu istatistiksel olarak anlamlı şekilde arttırmıştır. Ancak, mikroküre içerisine yerleştirilmiş ABS'nin ABB ile karışımı ve ABS solüsyonunun doğrudan ABB ile karışımı arasında yeni kemik oluşumu açısından anlamlı fark bulunamamıştır.

Anahtar Sözcükler: Hemostatik Bitki Ekstresi, Sığır Kaynaklı Anorganik Greft, Ksenogreft, Kemik İyileşmesi, Kontrollü Salınım, Histomorfometri

Scanned with CamScanner

2013;29(1-3):65-66

Farelerde Oluşturulan Deneysel Nöropatik Ağrıya Karşı Tramadol ve Agmatinin Etkilerinde Nitrerjik Sistemin Rolü

Soner Mete, Doktora Tezi, 2013, Farmakoloji Anabilim Dalı
Danışmanı: Prof. Dr. Fazilet Aksu

Özet

Yaşam kalitesini belirgin olarak düşüren nöropatik ağrının tedavisinde antikonvülsanlar, antidepresanlar, lokal anestezikler, NMDA antagonistleri, sodyum kanal blokörleri, narkotik analjezikler gibi çeşitli ilaçlar kullanılmakla birlikte alternatif tedaviler üzerine de yoğun olarak çalışılmaktadır. Üzerinde çalışılan ilaçlardan birisi olan tramadol'un, nöropatik ağrı semptomlarını azalttığı bildirilmiştir. Santral sinir sisteminde yeni bir nöromediyatör olarak bilinen agmatin'in ise deneysel akut ve kronik ağrı çalışmalarında antinosiseptif etkileri bildirilmiştir. Bu tez çalışmasında siyatik sinir parsiyel sıkı ligasyonu ile oluşturulan nöropatik ağrı modelinde tramadol ve agmatinin tek ve kombine kullanıldıklarında antiallodinik etkileri ile bu etkilerde nitrerjik sistemin rolünün incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmada Balb/c türü erkek farelerde anestezi altında sağ siyatik sinir bağlanarak nöropati oluşturuldu. Naive, sham, NP kontrol ve NP + İlaç grupları oluşturuldu. Nöropatik ağrı, soğuk allodini (cold-plate) yöntemi ile siyatik sinir ligasyonundan iki hafta sonra test edildi. Tramadol ve agmatin'in antiallodinik etkileri incelendi. Bu etkilerde nitrerjik sistemin rolünü araştırmak üzere nitrik oksid prekürsörü L-arjinin (LA), nitrik oksid sentaz inhibitörleri L-NAME, L-NMMA ve 7-NI kullanıldı. Son olarak tramadol ve agmatin kombinasyonunun antiallodinik etkisi incelendi. Deneylerin sonuçlarına göre tramadol ve agmatin nöropati oluşturulan farelerde cold-plate latensini uzatarak antiallodinik etki oluşturdu. LA her iki ilacın antiallodinik etkisini değiştirmedi. Uygulanan üç NOS inhibitörü tramadol'un antiallodinik etkisini artırırken, agmatinin etkisini ise sadece L-NAME artırdı. Kombine uygulanan tramadol ve agmatin, tek başlarına göstermiş olduklarından daha yüksek bir antiallodinik etki gösterdiler. Bulgularımıza göre tramadol ve agmatin'in nöropatik ağrıda ümit veren bileşikler olduğu ve iki bileşiğin kombine kullanımının daha etkili olacağı söylenebilir. Bu maddelerin antiallodinik etkilerinde NOS inhibisyonunun rolü farklı derecelerdedir ve etkilerinde sadece NOS

Scanned with CamScanner

inhibisyonu değil, farklı mekanizmalar da rol oynayabilir.

Anahtar Sözcükler: Nöropatik ağrı, Tramadol, Agmatin, Siyatik sinir parsiyel sıkı ligasyonu, Nitrerjik sistem

Scanned with CamScanner

Ç. Ü Sağlık B.
2013,28(1-3):67

Bergama Asklepieionu'nun Tıbbi Bakış Açısı ile Değerlendirilmesi

Tamer Akça, Doktora Tezi, **2013**, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı
Danışmanı: Doç. Dr. Selim Kadıoğlu

Özet

Bergama Asklepieionu antik dönem tapınak tıbbının önemli uygulanma alanlarından birisi olmuştur. Asklepieion'da tedavi edilen hastalar gelir durumlarına göre ya hediyeler almış ya da pişmiş topraktan teşekkür yazıtları bırakmışlardır. Asklepieion'un mimari yapısı ve orada sürdürülen sosyal yaşam, uygulanan telkin tedavileri ayrıntıları ile incelenmiş olmasına rağmen, hastaların bıraktıkları teşekkür yazıtları şimdiye kadar tıbbi bakış açısı ile incelenmemiştir. Bu tezin amacı Asklepieionlar konusundaki bu eksikliği gidermek ve antik dönem tapınak tıbbındaki hastalık anlayışını ve bu anlayış çerçevesinde uygulanan tedavi yöntemlerini günümüz tıbbının bakış açısı ile incelemektir. Böylece bir döneme ait hastalık algıları-tanımları ve bunlara yönelik mistik tıp yaklaşımı konusunda bilgi üretilerek literatüre katkıda bulunulmuştur.

Çalışma çerçevesinde öncelikle tapınak tıbbı zamanında yazılmış veya o zaman hakkında geç dönemde oluşturulmuş kaynaklara ulaşılmıştır. Daha sonra Bergama ziyaret edilerek Asklepieion'daki ve müzedeki teşekkür yazıtları incelenmiş ve fotoğraflanmıştır. Teşekkür yazıtları Türkçe 'ye çevrilmiş ve elde edilen bilgilerin ışığında tapınak tıbbına özgü anlayış ve yaklaşım tarzı günümüz tıbbının gözü ile değerlendirilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Asklepieion, Bergama, Telkin tedavisi, Tapınak tıbbı, Yazıt.

Scanned with CamScanner

Ç. Ü Sağlık Bil. Derg.
2013;28(1-3):69

Dental İmplant Çevresinde Cerrahi Olarak Oluşturulan Kemik Defektlerinin Onarımında Kullanılan İki Ayrı Sığır Kaynaklı Greft Materyalinin Etkinliğinin Karşılaştırılması

Uygar Bakşi, Doktora Tezi, **2013**, Ağız, Diş, Çene Cerrahisi Anabilim Dalı
Danışmanı: Prof. Dr. Mehmet Kürkçü

Özet

Kısmi ya da tam diş eksikliği görülen hastalarda dental implant destekli protez uygulaması son yıllarda sıklıkla kullanılan tedavi yöntemlerinden biridir. Bazı durumlarda yetersiz alveol kemik hacmi, proteze desteklik sağlayacak olan implantın kemiğe yerleştirilmesinde zorluklara neden olmaktadır. Kemik hacmini artırmak için çeşitli kemik greftleri ve bariyer membranlardan yararlanılmaktadır. Bu çalışmamızın amacı, farklı yöntemlerle üretilmiş iki ayrı sığır kaynaklı hidroksiapatitin dental implant çevresindeki kemik defektinin iyileşmesine olan etkisinin karşılaştırılmasıdır. Çalışmamızda 8 adet evcil domuz kullanılmıştır. Tüm hayvanların frontal kemiğine 3 adet kemik defekti oluşturulmuş ve her defektin ortasına dental implant yerleştirilmiştir. Defektlerden biri greft ile doldurulmamış ve control grubu olarak değerlendirilmiştir. Diğer defektler Integros Boneplus xs ve BioOss marka kemik greftleri ile ayrı ayrı doldurulmuştur. Tüm defektler rezorbe olabilen bariyer membran ile örtülenmiştir. 10 haftalık iyileşme sürecini takiben hazırlanan dekalsifiye edilmemiş kesitler üzerinde kemik implant kontağı yüzdesi değerlendirilmiştir. Veriler istatistiksel olarak analiz edilmiştir. Sonuç olarak, greft kullanılan gruplarda, boş defekt grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek kemik implant kontağı sağlandığı belirlenmiştir. Kullanılan kemik greftleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Anahtar Sözcükler: sığır kaynaklı HA, kemik iyileşmesi, implant, çevresel defekt, kemik implant kontağı

Scanned with CamScanner

Çukurova Üniversitesi Basımevi-ADANA

Scanned with CamScanner