WIHU'22

15-16 ARALIK 2022 / DECEMBER 15th-16th, 2022

ANKARA

DÜNYA MÜSLÜMAN SAĞLIK TOPLULUKLARI 7. KONGRESİ ve FUARI

WORLD MUSLIM HEALTH SOCIETIES 7th CONGRESS & FAIR

المؤتمر السابع للاتحاد العالمي للتجمعات الصحية الاسلامية

KONGRE KİTABI
CONGRESS BOOK

ONKOLOJİ
4.0 SAĞLIK TEKNOLOJİLERİ

ONCOLOGY
4.0 HEALTH TECHNOLOGIES

علم الأورام السرطانية وتكنولوجيات الصحة 4.0

WIHU

SAĞLIK DER

HILTON GARDEN INN ANKARA GIMAT HOTEL / ANKARA

www.wihu.org.tr

Editör

Furkan Ataseven

Mütercim

Kaan Arslan

E-mail: wihuhealthunion@gmail.com

+90 551 407 9526

/ WorldIslamicHealthUnion

/ WIHUislamhealth

/ worldislamichealthunion

Web :www.wihu.org.tr

İÇİNDEKİLER / *CONTENTS*

WIHU YÖNETİM KURULU.....4
WIHU BOARD OF MANAGEMENT

WIHU ULUSLARARASI KONSEY 5
WIHU INTERNATIONAL COUNCIL

AÇILIŞ KONUŞMALARI..... 8
OPENING SPEECH

KONGRE YÖNETİMİ 14
CONGRESS MANAGEMENT

BİLİMSEL KURUL 15
SCIENTIFIC COMMITTEE

KONGRE PROGRAMI 16
CONGRESS PROGRAMME

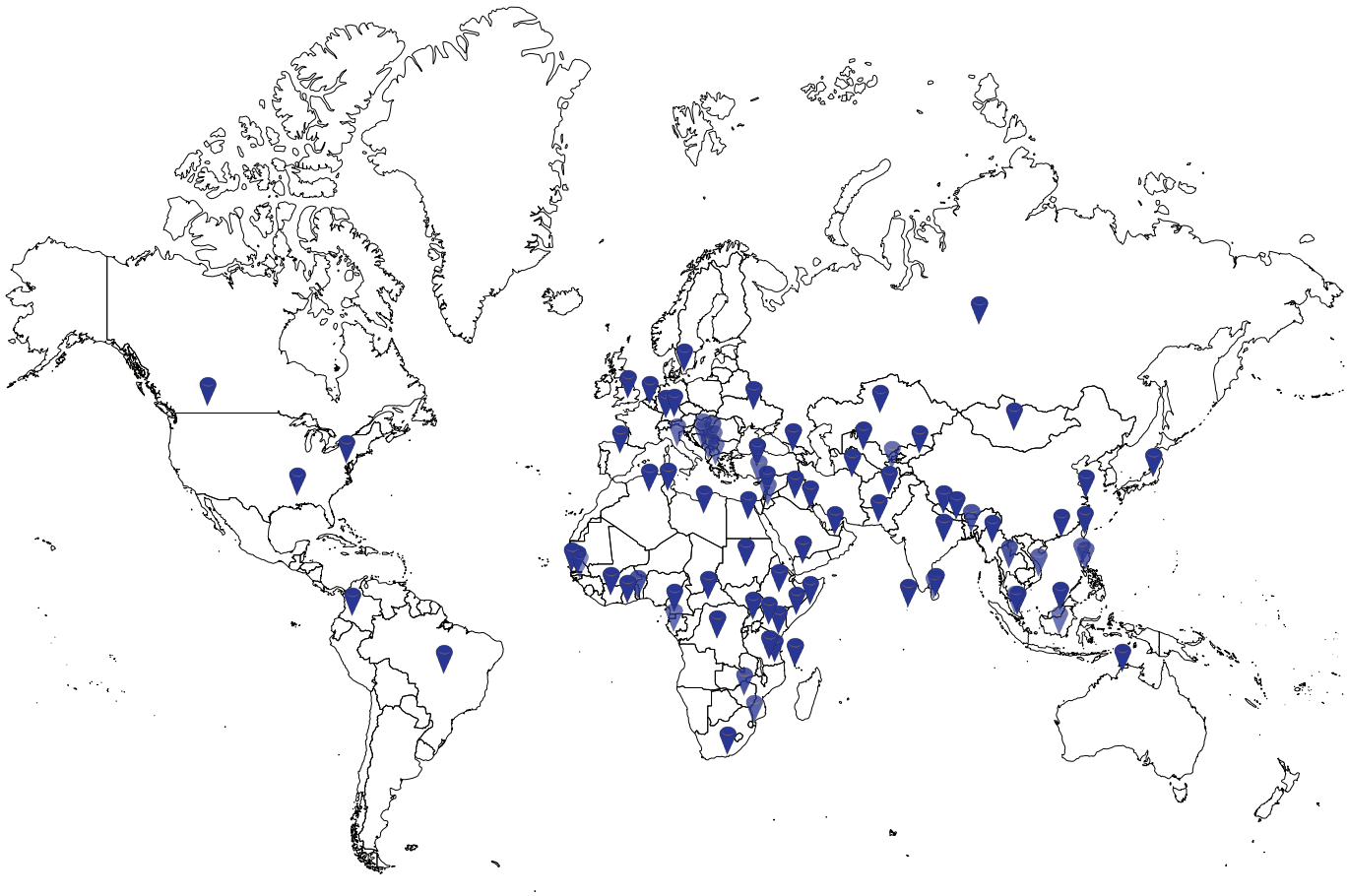
AİLE FOTOĞRAFI 18
FAMILY PHOTOGRAPH

KONGRE HABERİ 19
CONGRESS NEWS

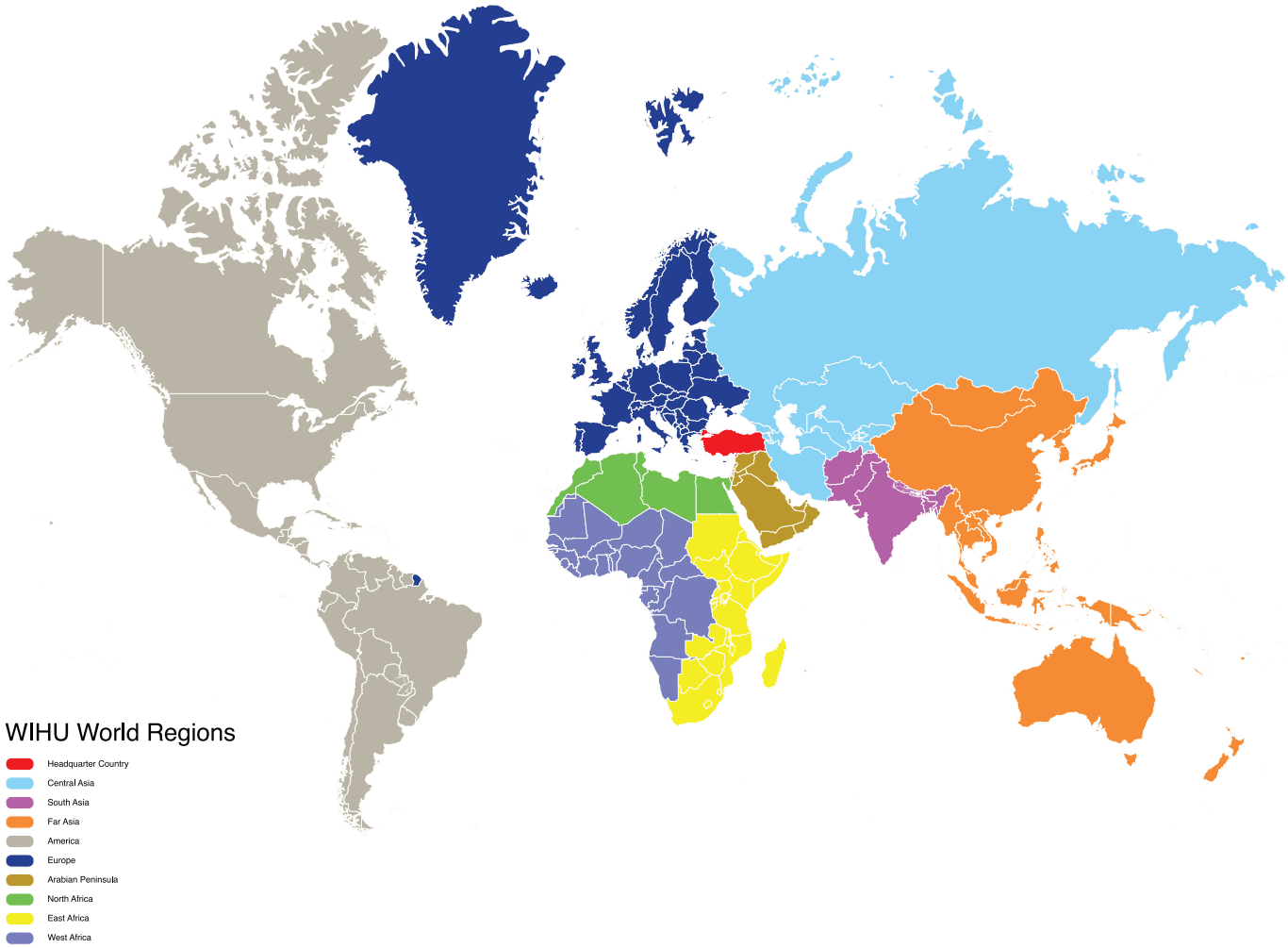
SONUÇ BİLDİRGESİ 23
FINAL DECLARATION

BİLDİRİLER.....26
PAPERS

WIHU LOKASYONLAR / *WIHU LOCATIONS*



WIHU BÖLGELER / *WIHU REGIONS*



WIHU YÖNETİM KURULU

WIHU BOARD OF MANAGEMENT

Uzm. Dr. Abdullatif FASLI / Genel Sekreter, Secretary / Morocco

Uzm. Dr. Kasım SEZEN / Başkan, President / Türkiye

Dr. Yavuz Selim SILAY / Genel Sekreter, Secretary-General / Türkiye

Dr. Hüseyin İLTER / Genel Başkan Yardımcısı, Vice-President / Türkiye

Furkan ATASEVEN / Genel Muhasip, General Treasurer / Türkiye

DÜNYA İSLAM SAĞLIK BİRLİĞİ KOORDİNATÖRLER, KURULLAR, BAŞDANIŞMANLAR

WORLD ISLAMIC HEALTH UNION COORDINATORS, BOARDS, CHIEF ADVISOR

DÜNYA İSLAM SAĞLIK BİRLİĞİ KOORDİNATÖRLERİ / *WORLD ISLAMIC HEALTH UNION COORDINATORS*			
	İSİM SOYİSİM / *NAME SURNAME*	**ÜLKE /** *COUNTRY*	**GÖREV /** *TASK*
1	FURKAN ATASEVEN	TÜRKİYE	GENERAL COORDINATOR
2	Dr. ABDULLAH BAJABER	KENYA	AFRICA GENERAL COORDINATOR
3	Dr. MUSA ARADA	UKRAINE	EUROPE GENERAL COORDINATOR
4	ZİKRULLAH MUHAMMED ULU	KYRGYZSTAN	ASIA GENERAL COORDINATOR
5	Prof. Dr. MUHAMMED HELMY	USA	AMERICA GENERAL COORDINATOR
6	Dr. NOZIMKON MAHMUDOV	UZBEKISTAN	CENTRAL ASIA COORDINATOR
7	Prof. Dr. HAMADOU SOW	SENEGAL	WEST AFRICA COORDINATOR
8	SOLLY SÜLEYMAN	SOUTH AFRICA	SOUTH AFRICA COORDINATOR
9	Dr. KHALED SHAGIER	TUNISIA	NORTH AFRICA COORDINATOR
10	Dr. HASSAN MUHAMMED HASSAN	DJIBOUTI	EAST AFRICA COORDINATOR
11	LUBNA ALI	SUDAN	WIHU PROJECTS COORDINATOR
12	ŞEFİK UL ISLAM	BANGLADESH	SOUTHWEST ASIA COORDINATOR
13	Dr. TENGKU AHMED	MALAYSIA	FAR EAST COORDINATOR
14	Prof. Dr. HÜSNÜ İSMAİLİ	MACEDONIA	BALKANS COORDINATOR
15	Dr. MALİK KARADİREK	SYRIA	MIDDLE EAST COORDINATOR

WIHU INTERNATIONAL COUNCIL		
EUROPE	HINA SHAHID	ENGLAND
	Dr. VIKTOR ZEQIRI	SERBIA
AMERICA	Dr. AKRAM ELZEND	USA
	Prof. Dr. MUHAMMAD HAMIS	USA
CENTRAL ASIA	Dr. RAMIZ ALIYEV ASKEROGLU	AZERBAIJAN
	Dr. MAKKA TSUKAYEVA	RUSSIA
SOUTH ASIA	Dr. MOHAMED TAHA MATEEN	INDIA
	Dr. MOHAMED REDWAN RAHMAN	BANGLADESH
ARABIAN PENINSULA	Dr. RIFAT RAJİ AL SKOOL	JORDAN
	Prof. Dr. ABDULAZIZ JIFREY	SAUDI ARABIA
MIDDLE EAST	Prof. Dr. MAHMUT MUSTAFA	PALESTINE
	Prof. Dr. GHAZALLA BENHUSEIN	LIBYA
CENTRAL COUNTRY	Dr. YAVUZ SELIM SILAY	TURKEY
	Prof. Dr. ADEM AKÇAKAYA	TURKEY
NORTH AFRICA	Dr. MOHAMMED GHERBI	ALGERIA
	Dr. WAHEEB HAROUN	SUDAN
SOUTH AFRICA	Dr. ZEHRA ALI	KENYA
	Dr. ADOUM AHMET	CAMEROON
FAR EAST	PROF.DR. SUHAINI KADIMAN	MALAYSIA
	ROCAYA S. MANGONDATO	PHILIPPINES

WIHU DELEGATES

AFGHANISTAN	Dr. MUBARAKSHAH MUBARAK
ALGERIA	Dr.MOHAMMED GHERBI
ALBANIA	RAMİZ MZIU
AUSTRALIA	TAYYİP YAPICI
AZERBAIJAN	RAMİZ ALIYEV ASKEROĞLU
BANGLADESH	SHAFIKUL ISLAM
BELARUS	MAKHANAD ALMESELMANI
BENİN	ATİKOU AMADOU
BOSNIA	SENAD HASAGANIC
BRAZIL	ABDELBAGI OSMAN

CANADA	Dr. MONA SALEH
CAMBODIA	Dr. ROLLY YAKUP
CAMEROON	Dr. ABDOUL WAHABOU
CENTRAL AFRICA	Dr.ABOUBAKA BACKO
CHAD	ISAK İSA YUSUF
COLOMBIA	Prof.Dr. KEMEL GHOTMA
COMOROS	Dr. SAID MOUMUNI SOUDIKI
CONGO	Dr. ABUBA İBRAHİM
CYPRUS	Prof. Dr.HASAN MOĞOL
DAGESTAN	MAGOMED MUHAMMEDOV

WIHU DELEGATES

DJIBOUTI	MOUSTAPHA DARAR
EGYPT	Dr.ELSAYED RAAFAT ELABED
ENGLAND	Dr.HINA SHAHID
ETHIOPIA	Dr. NASRUDDIN BEDASO
FRANCE	MARWAN AL BAKHOUR
GABON	MUHAMMED MAHFUZ
GHANA	Dr.ABDURRAHMAN HASAN
GEORGIA	Dt.MUZAFFER İZNO
GERMANY	MUHAMMED REÇBER
GINE BISSAU	Dr. FRANCISKO JUNIOR
GREECE	FZT.TAHA HÜSEYİNOĞLU
INDIA	MOHAMED TAHA MATEEN
INDONESIA	Prof. Dr. SUSILORINI SUKAMTO
ITALY	EMİN ÖZTÜRK
IVORY COAST	Dr. CHERIF TIEMOGO JUNIOR
JAPAN	AZIZUL BAHRI
JORDAN	RIFAT AL ZOGOUL
KENYA	Dr. ZAHRA ALI MOHAMED
KOSOVO	HAŞİM MORİNA
KUWAIT	MAATOOQ AL MAATOOQ
KYRGYZSTAN	Dr. MIRBEK TURSUNBEKOV
LEBANON	YUSUF ALKHALIL
LIBYA	Prof. Dr. GHAZALLA BEN HUSSEIN
MADAGASCAR	Dr. NAJMUL HUSSEIN RASSOOL
MALI	ABDULCELİL HAYDARA
MAURITIUS	Dr. NAJMUL HUSSEIN RASSOOL
MACEDONIA	Prof. Dr. HUSNI ISMAILI
MYANMAR	Dr. Kaw HYLA KAW
MALAYSIA	Dr. TENGKU AHMAD DAMITRI
MONGOLIA	NURTİLYEK BAİMOSH
MAURITANIA	ELYACOBİ MOHAMED LAGHDAF
MOROCCO	YOUSEF MOUNADIL
MOZAMBIQUE	MAME COUMBA DİAGNE

NEPAL	Dr.MANOR DIN SHAIYED
NETHERLANDS	Dr.BAHRİ BULUT
NORTH IRAQ	TURAN FENER
NIGERIA	Dr. BASIRAH OREAGBAI
PAKISTAN	Dr. TANVEER ZUBAIRI
PALESTINE	Dr. MAHMOUD MUSTAFA
PHILIPPINES	Dr. ROCAYA MANGONDATO
RUSSIA	Dr. MAKKA TSUKEAVA
SAUDI ARABIA	Dr. JIFREY ABDULAZIZ ABDULLAH
SENEGAL	Prof. Dr. HAMADOU SOW
SERBIA	Dr. VIKTOR ZEQUIRI
SIERRA LEONE	Prof.Dr. HAMID AHMED KANNEH
SPAIN	SAID BOURHIM
SWEDEN	NUMAN ALI
SOMALIA	Dr. ABDIRAZAK ABDILLAHI
SOUTH AFRICA	Dr.GOOLAM HOOSEN
SRI LANKA	ABDUL RAHUMAN ZAKARIYA BAWA MOHIDEEN
SUDAN	LUBNA ABDELRAHMAN
SYRIA	Dr.CEMAL HALEF
TAIWAN	CHUN MAH
TANZANIA	OMARİ JUMA MSANGİ
TATARISTAN	Dr. MUSTAFIN ARTUR RAMİLOVİÇ
THAILAND	Dr. MUZULUM POHCIK
TOGO	Dr. SAMIOU BOUKARI
TUNISIA	Dr. SGHAIER KHALED
TÜRKİYE	Uzm. Dr. KASIM SEZEN
UGANDA	Dr.MBARACK KHALFAN
UKRAINE	Dr. MOUSA ARADA
UZBEKISTAN	Dr.NOZİM MAKHMUDOV
ZIMBABWE	CHARLES GWANZURA
VİETNAM	ARI FINE
YEMEN	AHMED HALID

DÜNYA İSLAM SAĞLIK BİRLİĞİ KOMİTE BAŞKANLARI *CHAIRMANS OF WORLD ISLAMIC HEALTH UNION COMMITTEE*			
1	Dr. IWANG YUSUF	INDONESIA	EDUCATION COMMITTEE
2	Prof. Dr. AHMET URAL	TÜRKİYE	UNIVERSITIES COMMITTEE
3	Dr. SUSILORINI SUKAMTO	INDONESIA	SCIENCE COMMITTEE
4	ABDURRAHMAN ZAKARIYYA BOWA	SRI LANKA	HUMAN RIGHTS COMMITTEE
5	Dr. İLKER TELLİ	TÜRKİYE	COMMUNICATION COMMITTEE
6	Dt. METİN GURSAN	TÜRKİYE	ECONOMY COMMITTEE
7	YAHYA ÖZTÜRK	TÜRKİYE	MIGRATION AND HUMANITARIAN AID COMMITTEE
CHIEF ADVISOR OF HEAD OF WORLD ISLAMIC HEALTH UNION			
1	Dr. BABIKIR ISMAIL AHMED	SUDAN	CHIEF ADVISOR
2	Dr. AHMET AKSU	TÜRKİYE	CHIEF ADVISOR
3	ARTUR MUSTAFIN	TATARİSTAN	PRESIDENT ADVISOR
4	Dr. AYŞE İSAKA	GANA	PRESIDENT ADVISOR

AÇILIŞ KONUŞMALARI

Prof. Dr. Doğan ÜNAL
Kongre Başkanı

İyiliği sonsuz, ikramı bol Allah'ın adıyla,

Protokolün kıymetli mensupları, salondaki ve ekranları başındaki çok değerli misafirler,

Dünyanın çok farklı ülkelerinde müslümanlar tarafından kurulan, sağlık temalı sivil toplum kuruluşlarını bünyesinde barındıran teşkilatımızın 7. uluslararası Kongresi'ne hoş geldiniz.

Bundan önce Türkiye ve Malezya'da göçmen sağlığı, sağlıkta kalkınma ve pandemi gibi başlıklarda Kongre ve fuarlar düzenledik. Bu yıl ise Kongremizin konusunu onkoloji olarak belirledik.

Geleneksel onkoloji toplantılarında nadiren yer alan; öncelikle ve özellikle sivil toplumu ilgilendiren, onkoloji hastalarının sosyal sorunları ve bütünleşik bakım gibi başlıkları dikkatlere sunarken, öte yandan onkolojinin olmazsa olmaz bileşenlerini, akademik yönlerini de ihmal etmedik. Bütün bu konuları canlı ve verimli bir ortamda, sahasında uzman ve yetkin isimlerle masaya yatırdık.

Evet, konumuzu "onkoloji" olarak belirledik. Çünkü biliyoruz ki, onkolojinin; medikal ve finansal açıdan, enstitüler, şirket ve devletleri ilgilendiren yönleri haricinde sivil toplum tarafından doldurulması gereken pek çok ihmal edilmiş boşluğu da var.

Mesela, belki de sağlık okur-yazarlığına en çok ihtiyaç duyduğumuz alanlardan birisi olarak karşımıza çıkıyor onkoloji. Çünkü, umut tacirliğinin kendine alan bulabildiği bu sahada; muteber bilgi, yanıltıcı olandan ayırt edilemez ise yaşamsal sorunlar ortaya çıkabiliyor.

Diğer yandan gelişmiş tanı ve tedavi araçları ile artık çok başarılı onkolojik sonuçlar alınsa bile, hasta ve refakatçilerinin maddi ve manevi gereksinimleri gibi ilk bakışta dikkat çekmeyen pek çok başlık, sağlıkla ilgili sivil toplum kuruluşlarının şefkatini bekliyor.

İşte bu perspektifi vurgulamak ve gündeme getirmek amacıyla, Dünya Müslüman Sağlık Toplulukları Kongrelerinin yedincisinde Türkiye'mizin yanı sıra her kıtadan onlarca ülkeden yaklaşık 400 katılımcı ile birlikte olmaktan büyük bir mutluluk duyuyoruz.

Kongremizin hayata geçirilmesinde büyük bir azim ve özveri ile alın teri döken; başta Dünya İslam Sağlık Birliği'nin Genel Başkanı Dr. Kasım Sezen olmak üzere, teşkilatın yönetim ve sivil toplum örgütlerinde görev yapan her bir ferdine; danışman ve konuşmacı olarak akademik katkı sunan tüm kıymetli hocalarımıza; finansal destekleriyle firma ve kuruluşlarımıza; ve elbette siz değerli katılımcılarımıza ayrı ayrı, en kalbi teşekkürlerimizle, muhabbetlerimizi ifade etmek istiyorum.

Çok verimli ve bereketli bir Kongre olması dileğiyle tekrar hoş geldiniz diyorum.

OPENING SPEECH

Prof. Dr. Doğan UNAL, Congress President

With the name of eternal goodness and gentle kindness Allah.

Dear protocol members, guests in the saloon, and at the screens,

Welcome to our 7th International Congress which was founded by Muslims from different countries around the World, and includes health-themed nongovernmental organizations.

Before that, we conducted congresses and fairs in Türkiye and Malaysia on topics related to immigrant health, health development, and pandemic. This year, we determined our congress topic as oncology.

Such topics as Social problems of oncology patients and integrated care rarely take part in oncology meetings. These topics are firstly and especially related to civil society. We discussed these topics, oncology's fundamental ideas, and academic sides along with leading experts in a live and productive place.

We determined our topic as oncology. Because we know that there are so many neglected fields that must be filled by civil societies except oncology's medical and financial, institutions, companies, and government-related sides.

For example, oncology is perhaps one of the fields where we need health literacy the most. Because, in this field where the hope trader can find a place for themselves. If credible information cannot be distinguished from misleading information, vital problems may arise.

On the other hand, even if there are very successful oncological results that are achieved with advanced diagnostic and treatment tools, many topics exist such as the material and moral needs of patients and their companions which do not draw attention at first glance. These topics are waiting for health-related non-governmental organizations' compassion.

To emphasize and bring this perspective to the agenda, we are glad to be with approximately 400 participants from dozens of countries from every continent besides Türkiye, at the seventh of the World Muslim Health Societies Congresses.

The Chairman of the World Islamic Health Association, Dr. I would like to thank each and every member of the organization working in the management and non-governmental organizations, especially Kasım Sezen, all our valuable professors who contributed academically as consultants and speakers, our companies and organizations with their financial support, and of course you, our valuable participants, with my sincere wishes.

I would like to thank everyone who worked in our organization's management and non-governmental organizations with great determination and devotion for actualizing our congress, notably Dr. Kasım Sezen, President of the World Islamic Health Union. In addition, I would like to thank all our valuable consultants and speakers who contributed academically, as well as companies and institutions that provided financial support, and of course our esteemed participants.

Welcome you all again, I wish the congress will be a very productive one.

AÇILIŞ KONUŞMALARI

Devlet SERT
Öz Sağlık-İş Sendikası Genel Başkanı

Bu yıl 7.si düzenlenen Müslüman Sağlık Toplulukları Kongresi'nde dünyanın dört bir yanından gelmiş olan topluluk bileşenlerini görmek gerçekten heyecan verici. Böyle bir kongreye "kurucu üye" olarak davet edilmemiz ve açılış konuşmalarından birini yapmamız yönündeki teklif de aslında bir anlamda ev sahibi olduğumuz bu kongre için bizleri daha da heyecanlandırıyor.

Dünya Müslüman Sağlık Toplulukları Kongresi'nin Tüm kongre bileşenlerine, Müslüman coğrafyanın bayraktarlığını yapan topluluklarımıza, ümmet Bilinci ile hareket ederek, yeryüzünü yaşanabilir kılma arzusunda olan tüm kuruluşlarımıza hayırlı olmasını diliyorum.

"BİRLİĞİN KURULMA TALİMATINI VEREN ERBAKAN HOCAMIZI RAHMETLE YAD EDİYORUM"

Dünya pek çok devlet adamı gördü, bizler de öyle. Ama her daim rahmetle andığımız Eski Başbakanlarımızdan, Milli Görüş Davası'nın lideri Merhum Prof. Dr. Necmettin Erbakan gibi ileri görüşlü, ümmetin derdini kendisinin ve ülkesinin derdi gibi gören çok az lider, çok az devlet başkanı gördük.

1991 yılında kuruluş talimatı verdiği SAĞLIK-DER bugün mevcut Cumhurbaşkanımız Sayın Recep Tayyip Erdoğan'ın da büyük katkı, destek ve tensipleri ile uluslararası bir güce bürünmüş, Dünya İslam Sağlık Birliği adı ile mağdur ve mazlum ümmet coğrafyasında "sağlık" alanında bir bilincin uyanmasına vesile olmuştur. Emeklerinden, çabalarından ve ümmet coğrafyasına bakış açılarından dolayı Birlik Başkanımız Uzm. Dr. Sayın Kasım Sezen ve ekibine de şükranlarımızı sunuyor, Allah razı olsun diyoruz.

"SAĞLIK VE SOSYAL HİZMET İŞÇİSİ SİSTEMİN BELKEMİĞİDİR"

Öz Sağlık İş Sendikası olarak sağlık ve sosyal hizmet işçilerinden oluşan 200 bin üyemiz ile dünyaya örnek olarak gösterilen ülkemizin sağlık ve sosyal hizmet faaliyetlerini sürdürüyor, belkemiği bir anlayış ile hizmet etmeye devam ediyoruz.

Son yıllarda Türkiye'nin sağlık ve sosyal hizmet sisteminde yürütmüş olduğu başarılı politikalar pandemi sürecinde daha görünür, daha anlaşılır hale geldi. Bu politikalara sağlık ve sosyal hizmet emekçilerinin fedakârlıklarının "insan kaynağı" başlığı ile eklenmesi ve takdir edilmesi bizleri ayrıca mutlu etmiştir.

"BİZLER VİCDAN ELÇİYİZ VE İNSANA HİZMET İÇİN VARIZ"

Sağlık ve sosyal hizmet emekçileri aynı zamanda bir vicdan elçisidir. Sağlık ve sosyal hizmet emekçileri, anne karnından itibaren, en şerefli mahlûkat olarak kıymetlendirilen insana hizmet için vardır.

Sağlık ve sosyal hizmet işçileri sadece kendi ülkesinin insanına değil, Müslüman-mağdur coğrafyalardaki kardeşlerine nefes olabilmek için, şifa olabilmek, açlığını-susuzluğunu gidermek için ümmet ile el ele olmayı da hizmetten saymaktadır.

Bizler Sendikalar olarak bulunduğumuz ülkelerin en büyük sivil toplum örgütleriyiz. Ve o bilinç ile hem kendi değerlerimize, hem de inancımızın bizlere yüklemiş olduğu değerlere sahip çıkmaya çalışıyoruz.

Bu yüzdendir ki; Değerli Dostumuz, Hocamız Sayın Kasım Sezen'in Dünya İslam Sağlık Birliği kurulurken bizlere ettiği "kurucu üyelik" teklifini hiç tereddütsüz kabul ettik.

Çünkü bizim için; İslam coğrafyasının sağlık ve sosyal güvenlik sorunları en az kendi ülkemiz kadar önemlidir. Dünyanın neresinde olursa olsun sağlık ve sosyal hizmet

anlamında yardıma ihtiyaç duyan hiçbir ülkenin uzattığı eli havada bırakmayız. Mağdur kabul ettiğimiz, sağlık hizmetine ulaşamadığını düşündüğümüz, sosyal hizmet alanında yardıma erişemeyen kim varsa onlarla ilgili sorumluluğumuz olduğuna inanırız.

İşte bu yüzden Öz Sağlık İş Sendikası olarak yüzümüzü döndüğümüz kadim değerlerimizi yaşatabilmek için gece gündüz çalışmaya, ümmetin derdine merhem olmaya çaba gösteriyoruz.

"Bunun için Afrika'da sağlık ve sosyal hizmet çalışanları adına açtırdığımız 2 ayrı su kuyusu ile ümmetin çocuklarının susuzluğunu gidermeye çalıştık, kurumuş bedenlere sağlık ve sosyal hizmet çalışanlarının merhamet eliyle su tuttuk.

Yine bunun için Gazze'deki engelli yetim çocuklarımızın çağrısını işittik ve onların rehabilitasyonu için, bu dünyaya ait yetimliklerini kolaylaştırmak, engellerini ortadan kaldırabilmek için yine sağlık ve sosyal hizmet çalışanları adına ilkokul ve ortaokul ile bir Rehabilitasyon Merkezi yaptırıyoruz.

"YENİ NESİL SENDİKAL ANLAYIŞ İLE YOL YÜRÜYORUZ"

Bizlerin sendikacılığa bakış açısı farklı. Bizler aidatları alalım, pazarlıkları yapalım, üyemiz kazansın yeter gibi bir sendikacılık anlayışının tarafı değiliz. Elbette sendikal görevlerimizi yerine getiriyoruz, hatta Türkiye'de hiç olmayan bir sendikal bakış açısı ile "yeni nesil sendikal" anlayış ile yol yürüyoruz.

Ama bunun yanında, evrensel, küresel sendikal anlayışın unuttuğu, belki de rahatsız olduğu bir anlayış ile yol yürüyoruz. Konfederasyonumuz HAK-İŞ'in ilke kararlarında da yer bulduğu üzere kendi değerlerimizin, inancımızın bize emrettiği emek mücadelesinin izlerini dünyaya bırakıyoruz. Hem iz bırakıyoruz, hem de bu ümmete rol model olmaya çalışıyoruz. Tüm bunları yaparken de, kendisi zaten mükemmel olan İslam inancının gerekleri ile emek mücadelesi, alın teri mücadelesi veriyoruz

Ama bir yandan da yer küreyi paylaştığımız Müslüman kardeşlerimizin, ihmal edilmişliklerini, yokluklarını paylaşıyor, onlara yardım ediyoruz. Bunu da hem Öz Sağlık-İş çatısı altında hem de Dünya İslam Sağlık Birliği'nin bir üyesi olarak yapıyor ve gurur duyuyoruz.

"ÜLKEMİZİN SAĞLIK ALANINDA KAT ETTİĞİ BAŞARILI YOLCULUĞUN ODAĞINDA DA EMEK, İŞGÜCÜ VE MÜCADELE VAR"

Her yıl bir başka tema ile toplanan Dünya Müslüman Sağlık Toplulukları Kongresi'nin bu yıl ki teması, amansız hastalık olarak tanımlanan "kanser".

Her yıl milyonlarca kişinin hayatını kaybettiği bu hastalık karşısında kimi zaman tıp biliminin, sağlık çalışanlarının eli kolu bağlı kalıyor. Ama gerek ülkemizde, gerekse dünyada literatüre giren, ya da hazırlıkları devam eden çeşitli tedaviler, ilaçlar, kürler bu ümmetin çocuklarının eliyle, sağlık çalışanlarının büyük çabalarıyla işe yarayacak, Allah'ın izni ile şifa olacaktır. Koruyucu sağlık hizmetlerinden, uygulayıcı sağlık hizmetlerinden, sürdürülebilir sağlık hizmetlerine, bütünleyici sağlık hizmetlerine kadar pek çok aşamadan oluşan bu süreçlerin odağında her zaman insan olmuştur. Ülkemizin sağlık alanında kat ettiği başarılı yolculuğun odağında da emek, işgücü ve mücadele vardır.

Bugün bu kongrede yapılacak olan bilimsel çalışmaların, tebliğlerin ve bir bütün olarak kongrenin sonuçlarının, insanlığa ve ümmete yeni umutlar oluşturacağını, hedefe yönelik yeni vizyonlar açacağına inanıyorum. Emeği geçen arkadaşlara teşekkür ediyorum.

İnsanı merkeze alarak devletleri, milletleri yaşatan ve bunun için mücadele eden sağlık çalışanlarını, sağlık ve sosyal hizmet topluluklarını yürekten selamlıyorum. Kongremizin bu ümmete, bu coğrafyanın ülkelerine, din ve gönül bağı ile bağlı olduğumuz kardeşlerimize hayırlı olmasını diliyorum.

OPENING SPEECH

Devlet SERT
Chairman of Öz Saglik-Work Union

It is exciting to see the society members from all around the World at Muslim Health Societies Congress which is the 7th time this year. We are making the opening speech and invited as "founder member" for such a congress, getting us more excited. I wish that Muslim Health Societies Congress would be beneficial for all congress members, our societies who carry the banner of Muslim geography, and our establishments that act with ummah consciences trying to make the World a more liveable place.

"I COMMEMORATE PROF DR NECMETTIN ERBAKAN WHO GAVE INSTRUCTION TO ESTABLISH OUR UNION."

The World and also us saw so many statesmen. But we saw very few leaders such as Prof Dr. Necmettin Erbakan that we always commemorate as one of our former prime ministers, leader of the national vision movement, and farsighted who considers the Ummah and his countries' problem like his own.

By his instruction, SAĞLIK-DER was founded in 1991, and with the current president Recep Tayyip Erdoğan's huge contributions, support, and approbation this organization became an international power. A concious was raised among the victims and oppressed ummah geography with the World Islamic Health Union name.

"HEALTH AND SOCIAL SERVICES WORKERS ARE THE BASIS OF THE SYSTEM"

As Öz Sağlık Work Union, with 200.000 members, we are maintaining our country' which is shown as a model to the world, health, and social service activities. We continue to serve with backbone understanding.

In recent years, the successful health and social politics of Türkiye became more clear and understandable. Adding the health and social service laborers' sacrifices to these politics under the human resources topic made us happy.

"WE ARE THE MESSENGERS OF CONSCIENCE AND ARE HERE TO SERVE HUMANS"

Health and social service laborers are also messengers of consciences. From the mother's womb, health and social workers are here to serve human which is the most honorable living creature.

Health and social service workers are not just helping their own people, they also help their brothers where they live in Islamic – victim geography.

As unions, we are the biggest nongovernmental organiza-

tions in the countries where we in. With this conscience, we lay to claim our values and also values that come from our religion.

When the World Islamic Health Union founding, that is why we accepted the founder membership offer which came from our precious friend Dr. Kasım Sezen.

Because problems of Islamic geography are as important as our country's problems. Wherever in the World, we never leave any country's help call unanswered within the health and social service meaning. We believe that we have responsibilities to people who are not available to Access health and social services and people which we accept as victims.

As Öz Sağlık Work Union, that is why we are trying to solve ummah's problem and working day and night to keep alive our ancient values which we return our face on it.

In Africa, we shafted sink on behalf of the health and social service workers in order to slake ummah children's thirst.

We heard the disabled orphan children's help call from Gazza and we are building elementary and middle schools on behalf of the health and social service workers in order to remove their disabilities and make life easier fort them.

"WE ARE MOVING WITH NEW GENERATION UNION CONSCIENCES"

Our point of view on unionism is different. We are not just focused on dues, making bargains, and making a profit for our members. Of course, we are carrying out our union duties. We are moving with new generation union consciences.

Along with that, we move with a conscience that is forgotten by universal unionism, or maybe they are disturbed by that. As you can see in our confederation HAK-İŞ's principal decisions, we are leaving marks on the World as our beliefs ordered us. We are trying to be role models to the ummah and while doing all of these, we move by Islamic belief necessities.

On the other side, we understand our Muslim brothers' problems that we share the same earth together and trying to help them. We are doing and proud of that under the Öz Sağlık-İş and as a member of the World Islamic Health Union.

"LABOUR, WORKFORCE AND STRUGGLE IS IN FOCUS OF OUR COUNTRY'S SUCCESSFUL JOURNEY."

World Muslim Health Societies Congress gathers on a different theme every year, this year's congress theme is a cruel disease "Cancer".

Medicine sciences and health workers stay their hands tied against billions of people dying annually. Various treatments, medicines, and special treatments which is entered into literature in the World preparations still continue. With Allah's will, these methods will work with ummah children's hand and health workers' great efforts.

There are a lot of stages from protective health services, implementer health services, and sustainable health services to supplemental health services, all of these stages are human-focused. Labour, workforce and struggle is in focus of our country's successful journey.

I believe that in the congress which will be held today, scientific studies, rescripts, and congress results as a whole piece will create new hopes for humanity and ummah. I would like to thank those who contributed.

I convey my warm greetings to human-oriented governments, health workers that struggle to keep people alive, also health and social services societies. I wish that congress will be beneficial for this ummah, this geography's countries, and our brothers who are connected with heart and religion tie.

KONGRE YÖNETİMİ / *CONGRESS MANAGEMENT*

KONGRE BAŞKANI / *CONGRESS PRESIDENT*

Prof. Dr. DOĞAN ÜNAL
World Islamic Health Union Member of Board

CONGRESS DIRECTOR

Spec. Dr. Abdullatif FASLI
Secretary-General of World Islamic Health Union

CONGRESS SECRETARIAT

Furkan ATASEVEN
General Coordinator of World Islamic Health Union

İsmet ATABAY
Secretary-General of Saglik-Der

Kaan ARSLAN
General Coordinator Vice of World Islamic Health Union

Bahar KUL
International Congresses Director of Bilkon Congress

ORGANİZASYON KOMİTESİ / *ORGANIZING COMMITTEE*	
Prof. Dr. Muhammed HELMY	Dr. Nozimkon MAHMUDOV
Uzm. Dr. Abdullatif FASLI	Dr. Solly SÜLEYMAN
Prof. Dr. Fevzi ALTUNTAŞ	Dr. Eyüp Kahveci
Prof. Dr. Ahmet URAL	Dr. Lubna ALI
Prof. Dr. Mehmet KOÇ	Dr. Fatih Göksel
Prof. Dr. Salih MOLLAHALİLOĞLU	Dr. Hassan Muhammed HASSAN
Prof. Dr. Hüsnü İSMAİLİ	Dr. Tengku Ahmad Damitri AL ASTANI
Doç. Dr. Zülfikar AKELMA	Dr. Kamil TÜRKMEN
Uzm. Dr. Hüseyin İLTER	Dt. Metin GÜRSAN
Uzm. Dr. Kasım SEZEN	Meryem TAN
Uzm. Dr. Orhan KOÇ	Azime IŞIK
Dr. Khaled SHAGIER	Sündüs TEKİN
Dr. Yavuz Selim SILAY	Ahmet TEPE
Dr. Hamadou SOW	Zikrullah Muhammed ULU
Dr. Ercan KURNAZ	Şefik UL ISLAM

BİLİM KURULU / *SCIENTIFIC COMMITTEE*		
Prof. Dr. Adem AKÇAKAYA	Prof. Dr. Abdulgani TATAR	Dr. Caner HOYLADI
Prof. Dr. Fevzi ALTUNTAŞ	Doç. Dr. Zülfikar AKELMA	Dr. Hüseyin İLTER
Prof. Dr. Ömer ANLAR	Doç. Dr. Erkan ARSLAN	Dr. Ayşe İSAKA
Prof. Dr. Vefik ARICA	Doç.. Dr. Ramiz Aliyev ASKEROĞLU	Dr. Malik KARADİREK
Prof. Dr. İbrahim AZBOY	Doç. Dr. Mustafa Kemal BAŞARALI	Dr. İsmail KAYA
Prof. Dr. İsmail BALIK	Doç. Dr. Ali Ramazan BENLİ	Dr. Nevzat KILINÇ
Prof. Dr. İlker İnanç BALKAN	Doç. Dr. Fatih GÖKSEL	Dr. Muhammed Hanefi KOTAN
Prof. Dr. Turan BUZGAN	Doç. Dr. Kamile SILAY	Dr. Ercan KURNAZ
Prof. Dr. Sacit GUNBEY	Doç. Dr. Halil ŞENGUL	Dr. Nozimkon MAHMUDOV
Prof. Dr. Muhammed HELMY	Doç. Dr. Muhammet Ali ORUÇ	Dr. Muhammed Taha MATEEN
Prof. Dr. Hüsnü İSMAİLİ	Uzm. Dr. Mehmet Emin BİNDAL	Dr. Mustafa ÖZDERYOL
Prof. Dr. Abdulaziz JIFREY	Uzm. Dr. Ahmet Feyzi İNCEÖZ	Dr. Mohamed REDWAN
Prof. Dr. Suhaini KADIMAN	Uzm. Dr. Orhan KOÇ	Dr. Khaled SHAGIER
Prof. Dr. Mohammad KHAMIS	Uzm. Dr. Abdullatif FASLI	Dr. Hina SHAHID
Prof. Dr. Mehmet KOÇ	Uzm. Dr. Mehmet SILAY	Dr. Yavuz Selim SILAY
Prof. Dr. Sukree LANGPUTEH	Dr. Babikir Ismail AHMED	Dr. Susilorini SUKAMTO
Prof. Dr. Salih MOLLAHALİLOĞLU	Dr. Tengku AHMED	Dr. Solly SÜLEYMAN
Prof. Dr. Mahmoud MOUSTAFA	Dr. Ahmet AKSU	Dr. İhsan ŞAHİN
Prof. Dr. Rosediani MUHAMAD	Dr. Zahra ALI	Dr. Kamil TÜRKMEN
Prof. Dr. Bilal SAMBUR	Dr. Mehmet ALTUĞ	Dt. Ender ÇAKIR
Prof. Dr. Ferit SARAÇOĞLU	Dr. Musa ARADA	Dt. Metin GURSAN
Prof. Dr. Hamadou SOW	Dr.Kemal AYDIN	Dt. Hacer SEZEN ŞAHİN
Prof. Dr. Hanefi OZBEK	Dr. Abdullah BAJABER	Abdusselami TATAR
Prof. Dr. Şaban TEKİN	Dr. Aziz Alper BİTEN	Abdurrahman Zakariyya BOWA
Prof. Dr. Abdulkadir TURGUT	Dr. Hasan ÇAĞIL	Artur MUSTAFIN
Prof. Dr. Hasan TÜRKEZ	Dr. Omar ELSHAFEİ	Lubna ALI
Prof. Dr. Ahmet URAL	Dr. Akram ELZEND	Mehmet ATASEVER
Prof. Dr. Doğan ÜNAL	Dr. Yusuf GÖKÇE	Mustafa Atilla IŞIK
Prof. Dr. Necat YILMAZ	Dr. Waheeb HAROUN	Şefik UL ISLAM
Prof. Dr. Nurullah ZENGİN	Dr. Hassan Muhammed HASSAN	

WIHU'22
DECEMBER 15th-16th, 2022 - ANKARA, TÜRKİYE
Openning Ceremony
PROF. DR. DOĞAN ÜNAL
DR. MUHAMMED KHAMIS
DEVLET SERT
SPEC. DR. ABDULLATİF FASLI
DR. HASAN ÇINAR
DR. ÜMMÜ GÜLŞEN ÖZTÜRK
OPR. DR. ERTUĞRUL SOYSAL
ON WEDNESDAY, 15 DECEMBER 2022
ANKARA, HILTON GARDEN INN
START AT 13:30 PM - 14:45 PM
www.muslimhealth2022.org
REGISTER NOW

WIHU'22
DECEMBER 15th-16th, 2022 - ANKARA, TÜRKİYE
Session 1
Cancer in the World
PROF. DR. FEVZI ALTUNTAŞ (CHAIR)
PROF. DR. MAHMOUD MUSTAFA (CHAIR)
ASSOC. PROF. DR. TAHA BAHSI
DR. FAHRIYE ÜNLÜ
DR. MURAT TÜRKYILMAZ
DR. EGE HAMAVIOĞLU
PROF. DR. WAHEEB HARON
ON WEDNESDAY, 15 DECEMBER 2022
ANKARA, HILTON GARDEN INN
START AT 13:30 PM - 14:45 PM
www.muslimhealth2022.org
REGISTER NOW

WIHU'22
DECEMBER 15th-16th, 2022 - ANKARA, TÜRKİYE
Session 2
Social Problems of Oncology Patients and Solutions
PROF. DR. AHMET URAL (CHAIR)
PROF.DR. SUHAINI KADIMAN (CHAIR)
SHU ARZU İNCEDIŞ
DR. MUSTAFA ÖZDERYOL
DR. ZEHRA ALI
ON WEDNESDAY, 15 DECEMBER 2022
ANKARA, HILTON GARDEN INN
START AT 15:15 PM - 16:00 PM
www.muslimhealth2022.org
REGISTER NOW

WIHU'22
DECEMBER 15th-16th, 2022 - ANKARA, TÜRKİYE
Session 3
Preventing from Cancer
UZM. DR. AHMET FEYZI İNCEÖZ (CHAIR)
DR. AHMET AKSU (CHAIR)
PROF. DR. TOKER ERGÜDER
RD. HAVVA BALER GEZGÜÇ
ASSOC. PROF. DR. NORSUHANA OMAR
DR. TENGKU AHMAD DAMITRI
PROF. DR. SEÇIL ÖZKAN
DR. SUSILORINI
ON WEDNESDAY, 15 DECEMBER 2022
ANKARA, HILTON GARDEN INN
START AT 16:30 PM - 18:00 PM
www.muslimhealth2022.org
REGISTER NOW

DÜNYA İSLAM SAĞLIK BİRLİĞİ
WORLD ISLAMIC HEALTH UNION
اتحاد العالم الإسلامي للصحة
WIHU'22
DECEMBER 15th-16th, 2022 - ANKARA, TÜRKİYE
Session 4
Cancer Diagnosis Methods
ASSOC. PROF. DR. RAMIZ ALIYEV (CHAIR)
ASSOCIATE DR. ORHAN ÇÖMLEK (CHAIR)
PROF. DR. BABIKIR ISMAIL AHMED
PROF. DR. GÜLIN UÇMAK
PROF. DR. ABDULHAKIM COŞKUN
ASSOC. PROF. DR. HAKTAN BAĞIŞ ERDEM
ON WEDNESDAY, 15 DECEMBER 2022
ANKARA, HILTON GARDEN INN
START AT 18:30 PM - 19:30 PM
www.muslimhealth2022.org
REGISTER NOW

DÜNYA İSLAM SAĞLIK BİRLİĞİ
WORLD ISLAMIC HEALTH UNION
اتحاد العالم الإسلامي للصحة
WIHU'22
DECEMBER 15th-16th, 2022 - ANKARA, TÜRKİYE
Session 5
Cancer Diagnosis Methods
PROF. DR. BERNA ÖKSÜZOĞLU (CHAIR)
DR. KHALED SGHAIER (CHAIR)
ASSOC. PROF. DR. FATIH GÖKSEL
ASSOC. PROF. DR. DILEK GÜRLEK GÖKÇEBAY
ASSOC. PROF. DR. AYŞE OCAK DURAN
ASSOC. PROF. DR. TUĞÇENUR YIĞENOĞLU
DR. MAKKA TSUEVA
ON THURSDAY, 16 DECEMBER 2022
ANKARA, HILTON GARDEN INN
START AT 11:00 AM - 12:15 PM
www.muslimhealth2022.org
REGISTER NOW

DÜNYA İSLAM SAĞLIK BİRLİĞİ
WORLD ISLAMIC HEALTH UNION
اتحاد العالم الإسلامي للصحة
WIHU'22
DECEMBER 15th-16th, 2022 - ANKARA, TÜRKİYE
Session 6
Current Affairs in Oncology in the World and Türkiye
PROF. DR. ADEM AKÇAKAYA (CHAIR)
DR. MUHAMMED GERBI (CHAIR)
ASSOC. PROF. DR. ÖZTÜRK ATEŞ
ASSOC. PROF. DR. AHMET ÖZGEN YILDIRIM
ASSOC. PROF. DR. FUNDA ATALAY
ASSOC. PROF. DR. TARKAN ÖZDEMIR
ON THURSDAY, 16 DECEMBER 2022
ANKARA, HILTON GARDEN INN
START AT 13:45 PM - 14:45 PM
www.muslimhealth2022.org
REGISTER NOW

DÜNYA İSLAM SAĞLIK BİRLİĞİ
WORLD ISLAMIC HEALTH UNION
اتحاد العالم الإسلامي للصحة
WIHU'22
DECEMBER 15th-16th, 2022 - ANKARA, TÜRKİYE
Session 7
Current Affairs in Oncology in the World and Türkiye
PROF. DR. NURULLAH ZENGIN (CHAIR)
DR. ROCAYA MANGONDAT (CHAIR)
PROF. DR. HALIL BAŞAR
MUKTADER A. KALBI
ASSOC. PROF. DR. SEMIH BAŞÇI
PROF. DR. NERIMAN SARI
ASSOC. PROF. DR. HISHAMUDIN PUSRAWI
ON THURSDAY, 16 DECEMBER 2022
ANKARA, HILTON GARDEN INN
START AT 15:15 PM - 16:30 PM
www.muslimhealth2022.org
REGISTER NOW

AİLE FOTOĞRAFI / *FAMILY PHOTOGRAPH*

KONGRE HABERİ

7. Dünya Müslüman Sağlık Toplulukları Kongresi & Fuarı Ankara'da gerçekleşti

Sağlık-Der ve Dünya İslam Sağlık Birliği tarafından organize edilen 7. Dünya Müslüman Sağlık Toplulukları Kongresi & Fuarı, Onkoloji 4.0 Sağlık Teknolojileri temasıyla 15-16 Aralık tarihlerinde gerçekleştirildi.

Kongre Başkanı Prof. Dr. Doğan Ünal, açılış konuşmasında kanserin bilimsel açıdan ele alınmasının yanı sıra, kanser hasta ve refakatçilerinin sorunlarının da kongrede ele alınacağı şu sözlerle vurguladı, "Gelişmiş tanı ve tedavi araçları ile artık çok başarılı onkolojik sonuçlar alınsa bile, hasta ve refakatçilerinin maddi ve manevi gereksinimleri gibi ilk bakışta dikkat çekmeyen pek çok başlık, sağlıkla ilgili sivil toplum kuruluşlarının şefkatini bekliyor. İşte bu perspektifi vurgulamak ve gündeme getirmek amacıyla, Dünya Müslüman Sağlık Toplulukları Kongrelerinin yedincisinde Türkiye'mizin yanı sıra her kıtadan onlarca ülkeden yaklaşık 400 katılımcı ile birlikte olmaktan büyük bir mutluluk duyuyoruz."

Dünya İslam Sağlık Birliği Genel Sekreteri Uzm. Dr. Abdullatif Faslı WIHU'nun başarısına değindi; "WIHU 2016 yılında 65 ülkeden sivil toplum kuruluşlarının katılımıyla kurulmuştur. 2022 yılında ise WIHU diğer ülkelerin katılımıyla 96 ülkeye ulaşmıştır. Böylece sağlık alanında faaliyet gösteren uluslararası kuruluşlar arasına girmiştir. WIHU Genel Sekreteri olarak 96 ülkedeki WIHU temsilcilerine üstün gayretlerinden dolayı şükranlarımı arz ediyorum. 2023 Yılında 100.yıl kutlamaları İle yeni yüzyıl Türkiyesi'nde WIHU faaliyetlerini tüm dünya müslümanlarına ve muhtaç olan ülkelere sağlık faaliyetleri, ikili bilimsel ilişkilerle duyurmak istiyoruz. Gelecek için adaletli, sağlıklı ve huzurlu bir dünya amaçlıyoruz.

Ankara İl Müftüsü Dr. Hasan Çınar konuşmasında sabrın öneminden bahsederek, Peygamber Efendimiz'in (s.a.v.)

kanserle ilgili hadisi şerifini nakletti. " Beş kimse şehittir. Yangında ölen şehittir, suda boğularak ölen şehittir, çocuk dünyaya getirirken vefat eden anne, göçük altında kalan ve ölümcül hastalıktan ölen şehittir."

Birlik kurucu üyesi Öz-Sağlık İş Sendikası'nın Genel Başkanı Devlet SERT kongrenin önemine değindi,"Bu yıl 7.si düzenlenen Müslüman Sağlık Toplulukları Kongresi'nde dünyanın dört bir yanından gelmiş olan topluluk bileşenlerini görmek gerçekten heyecan verici. Böyle bir kongreye "kurucu üye" olarak davet edilmemiz ve açılış konuşmalarından birini yapmamız yönündeki teklif de aslında bir anlamda ev sahibi olduğumuz bu kongre için bizleri daha da heyecanlandırıyor. Dünya Müslüman Sağlık Toplulukları Kongresi'nin tüm kongre bileşenlerine, Müslüman coğrafyanın bayraktarlığını yapan topluluklarımıza, ümmet Bilinci ile hareket ederek, yeryüzünü yaşanabilir kılma arzusunda olan tüm kuruluşlarımıza hayırlı olmasını diliyorum."

Hibrit olarak gerçekleştirilen 96 ülkede temsilcisi olan Dünya İslam Sağlık Birliği üyeleri online olarak kongreyi takip etti. Kongrede Sağlık Girişimciliği Yarışması ve 9 panel gerçekleştirildi. Panellerde kanser bilimsel ve sosyal yönleriyle ele alındı. Panel başlıkları; Dünyada Kanser, Onkoloji Hastalarının Sosyal Sorunları ve Çözümleri, Kanserden Korunma, Kanser Tanı Yöntemleri, Kanser Tedavi Merkezleri, Dünyada ve Türkiye'de Onkolojide Güncel Gelişmeler, Onkolojide Bütünleşik Bakım, Onkoloji Hastalarında Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları. Öne çıkan alt başlıklar; Dünyada Kanser, Kanser Hasta ve Hasta Yakınlarının Psiko-Sosyal Problemleri ve Ailelerinin Ekonomik Tükenmişlik Durumları, Tütün ve Tütün Ürünleri Kontrol Programı, Radyasyon Onkoloji Merkezi ve Proton Tedavisi, Palyatif Bakım Merkezi, Onkoloji Hastalarında Ozon Terapi Kullanımı olarak gerçekleşti. Yurt içi ve yurt dışında 51 panelist ve oturum başkanlarının yer aldığı hibrit kongrede kanser tüm yönleriyle ele alındı.

Kongrede Dünya İslam Sağlık Birliği konsey üyesi Dr. Yavuz Selim Sılay'ın moderatörlüğünde gerçekleşen Hackathon

etkinliği, kırkın üzerinde uluslararası girişimcinin İngilizce sunumlarının kırk uluslararası yatırımcı ve jüri tarafından katılımı ve hibrit değerlendirme yapması ile tamamlandı. Ankara'nın ilk uluslararası Hibrit Ideathon ve Startup etkinliği olarak İngilizce gerçekleşen programda fiziksel ve online katılımcılarla birlikte girişimciler ile mentörleri bir araya getirdi.

Kongre sonuç bildirgesi WIHU Üniversiteler Kurulu Başkanı Prof. Dr. Ahmet Ural tarafından okunan sonuç bildirgesinde kanser tedavisi üzerine öneriler yer aldı. "İnsan kaynakları dâhil olmak üzere ulusal sağlık sistemlerini ve uluslararası iş birliklerini geliştirerek, güvenli, yüksek kaliteli, uygun maliyetli ve zamanında ilaçlara, tıbbi ürünlere ve cerrahi dâhil olmak üzere kanserin önlenmesi, tespiti, taranması, teşhisi ve tedavisi için uygun teknolojiye erişim sağlanmalıdır. Hem yetişkinler hem de çocuklar için palyatif bakım da dahil olmak üzere kanıta dayalı kanser yönetim rejimlerinin oluşturulması ve uygulanması esastır. Belirli kanserlerin tedavisi için mükemmeliyet merkezleri kurmak için, gerektiğinde bölgesel ve alt-bölgesel iş birlikleri ve ağları geliştirerek iş birliğine güçlü bir vurgu yapmalıyız.

CONGRESS NEWS

7th World Muslim Health Societies Congress & Fair held in Ankara

,The 7th World Muslim Health Societies Congress & Fair was conducted with Oncology & Health Technologies 4.0 theme on December 15-16.

At the congress opening ceremony, Congress President Prof. Dr. Doğan Ünal emphasized that approaching cancer from a scientific angle along with problems of cancer patients and their companions will be discussed with these words: "Even though there are very successful oncologic results thanks to advanced diagnosis and treatment Technologies, moral and materiel support of patients and their companions are waiting for non-governmental organization's mercy." In order to emphasize that perspective and revive, we are glad to get together at the 7th World Muslim Health Societies Congress with 400 participants from various regions around the World along with Türkiye."

Secretary General of World Islamic Health Union Spec. Dr. Abdullatif Faslı mentioned WIHU's success; "WIHU has founded in 2016 by non-governmental organizations' participation which is from 65 countries. In 2022, WIHU reached 96 with other countries' participation. So that WIHU joined the international institutions which are active in the health field. I would like to express my gratitude to all WIHU representatives in 96 countries for their great efforts. We want to announce all WIHU activities to all World Muslims and countries in need through bilateral scientific relations in 2023 with the 100. Year celebrations in new century Türkiye. We are aiming for a fair, healthy, and peaceful World in the future.

During his speech, Ankara Province Mufti Dr. Hasan Çınar mentioned the importance of patience with our prophet's Hz. Muhammed (s.a.v.) hadith which is related to cancer. "5 people count as a martyr. The person who dies in fire is a martyr, the person who drowned is a martyr, a mother who dies during the birth, a person who dies from being buried in the wreckage and fatal disease is a martyr."

WIHU founder member and Öz-Sağlık İş Union chairman Devlet SERT mentioned the congress importance. "It is exciting to see the society members from all around the World at Muslim Health Societies Congress which is the 7th time this year. We are making the opening speech and invited as "founder member" for such a congress, getting us more excited. I wish that Muslim Health Societies Congress would be beneficial for all congress members,

our societies who carry the banner of Muslim geography, and our establishments that act with ummah consciences trying to make the World a more liveable place."

World Islamic Health Union members, which has representatives in 96 countries followed the hybrid congress online. 9 panels and a Health entrepreneurship competition were performed in congress. In panels discussed cancer from the scientific and social sides. Panel titles were: Cancer in the World, Social Problems of Oncology Patients and Solutions, Preventing from Cancer, Cancer Diagnosis Methods, Cancer Treatment Centers, Current Affairs in Oncology in the World and

Türkiye, Integrative Care in Oncology, Integrative and Traditional Medicine in Oncology Patients.Featured panel titles were: Cancer in the World, Psychosocial Problems of Cancer Patients and Their Relatives, and Families Exhaustion Situations, Tobacco and Tobacco Products Control Program, Radiation Oncology Centers and Proton Treatment, Palliative Care Center, Ozone Therapy Implementations in Cancer Patients were performed. In this hybrid congress, 51 panelists from domestic and foreign Cancer discussed all its parts.

Hackathon Event, which was moderated by WIHU Council Member Dr. Yavuz Selim Sılay, was completed by more than 40 international participants English presentations, 40 international jury and investors participation, and hybrid considerations. Entrepreneurs and mentors were thrown together on-site and online in Ankara's first international hybrid Ideathon and Startup event.

Cancer treatment suggestions took place in congress final declaration which was read by WIHU Universities Council President Prof. Dr. Ahmet Ural. "Including human resources, national health systems, and international cooperations must be developed. Suitable technology for safe, high-quality, cost-effective, and on-time drugs, medical products, and surgery for preventing cancer, diagnosis, scanning, and treatment must be provided. Cancer management regimes along with palliative care must be created and implemented on the proof for adults and children. For the specific cancer treatment and perfection centers, we need strongly underline the cooperation, and develop regional and sub-regional cooperation and networks when necessary.

SONUÇ BİLDİRGESİ

Prof. Dr. Ahmet Ural
WIHU Yürütme Kurulu Üyesi
WIHU 2022 Kongresi Düzenleme Kurulu Üyesi

Sayın katılımcılar,

Onkoloji ve 4.0 Sağlık Teknolojileri" temalı Dünya Müslüman Sağlık Dernekleri 7. Kongresi ve Fuarı başarıyla tamamlandı. Öncelikle etkinliğin hazırlanmasında, koordinasyonunda ve yürütülmesinde emeği geçen herkese WIHU adına teşekkür eder, kongremize aktif olarak katılan değerli dinleyicilerimize ve deneyimlerini cömertçe paylaşan panelistlerimize özel teşekkürlerimizi sunarız.

Kongremizin teması "Onkoloji ve 4.0 Sağlık Teknolojileri" olmuştur. Onkolojinin tanısal, önleyici ve terapötik unsurlarını, bu konuların güncel sorunlarına ve gelecekteki beklentilerine vurgu yaparak tartıştık. Her yıl yaklaşık 8,2 milyon insan kanserden ölmektedir ve bu da onu dünyadaki en yaygın ikinci ölüm nedeni yapmaktadır. Bu ölümlerin çoğu düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana geliyor. Küresel olarak, morbiditeye katkıda bulunur ve önemli bir halk sağlığı sorunudur; 2030 yılına kadar yılda 21,6 milyon yeni kanser vakası olacağı tahmin ediliyor. Risk faktörüne maruz kalma, taramaya elverişlilik, erken teşhis ve zamanında ve etkili tedavideki eşitsizlikler nedeniyle bazı demografik gruplar için kanser sonuçları daha kötüdür. Riski düşürmenin tüm malignitelerin yaklaşık yarısında hastalığı önleyebileceği bildirilmiştir. Kanser hastalarının prognozu ve yaşam kalitesi, erken tanı, hızlı ve etkili tedavi, ağrı yönetimi ve palyatif bakım ile iyileştirilebilir. Kanser tedavisi inovasyonuna yapılan son yatırımların bir sonucu olarak yeni farmasötiklerin geliştirilmesini takdir ediyoruz, ancak hastalara ve sağlık sistemlerine yönelik artan maliyet konusu sorun oluşturmaktadır. İnsan kaynakları dahil olmak üzere ulusal sağlık sistemlerini ve uluslararası iş birliklerini geliştirerek, güvenli, yüksek kaliteli, uygun maliyetli ve zamanında ilaçlara, tıbbi ürünlere ve cerrahi dahil olmak üzere kanserin önlenmesi, tespiti, taranması, teşhisi ve tedavisi için uygun teknolojiye erişim sağlanmalıdır. Hem yetişkinler hem de çocuklar için palyatif bakım da dahil olmak üzere kanıta dayalı kanser yönetim rejimlerinin oluşturulması ve uygulanması esastır. Belirli kanserlerin tedavisi için mükemmeliyet merkezleri kurmak için, gerektiğinde bölgesel ve alt-bölgesel iş birlikleri ve ağları geliştirerek iş birliğine güçlü bir vurgu yapmalıyız. Kanser cerrahisi, radyasyon ve kemoterapi gibi kanser teşhis ve tedavi hizmetlerinin etkili, güvenli ve ekonomik kullanımına dayalı olarak klinik karar vermeyi ve yönlendirmeyi destekleyen kılavuzların teşvik edilmesi çok önemlidir; sağlık profesyonelleri arasında sektörler arası iş birliğini sağlamalı ve sağlık sistemlerinin her seviyesindeki personelin eğitimini kolaylaştırmalıyız. Kanser kontrolüne yardımcı olmak için sürdürülebilir yerel insan kaynağı ve finansal kaynaklar devreye sokulmalıdır. Kanserin önlenmesi ve kontrolüne yönelik kanıt temelli, sağlık sonuçları, yaşam kalitesi ve maliyet etkinliği üzerine çalışmalar teşvik edilmelidir. Yaşam boyu kapsamlı bakımın çok önemli bir parçası ağrı yönetimi ve palyatif bakıma önem verilmelidir. Kanserden kurtulanların ve ailelerinin aktif katılımıyla, hayatta kalan hastaların takip, geç etkilerin yönetimi ve koruyucu önlemler desteklenmelidir. Sağlık 4.0'ın arkasındaki temel fikir, sağlığı geliştirmek için en son teknolojiyi kullanmaktır. Güvenli, etik ve sürdürülebilir bir teknolojinin yardımıyla yerel, eyalet ve federal düzeylerde halk sağlığı politikalarının geliştirilmesine katkıda bulunur. Erişilebilirlik sayesinde, nüfusun sağlık ve esenliğe erişimini geliştirir ve tıp uzmanlarına hastalara

daha iyi bakım sunabilmeleri için daha basit ve daha kullanışlı bir çalışma ortamı sağlar. Bu fikir, hasta takibini önemli ölçüde geliştirme, birkaç olumlu etki sağlama ve hizmetlerin nasıl sunulduğu üzerinde önemli bir etkiye sahip olma potansiyeline sahiptir. Kurumsal zekanın çıtasını yükselten modern teknolojiler sayesinde daha iyi kararlar almak artık mümkün. Talep riskini azaltmak için bu araçlar, sağlık planları ve üyeleri hakkında inanılmaz derecede ilgili verilerin toplanmasını mümkün kılar. Sağlık 4.0 ayrıca işletme maliyetlerini önemli ölçüde azaltan potansiyel sağlık sigortası ihtiyacından kaçınmayı da vurgular. Sağlık sektöründe teknolojiden faydalanmak, çok çeşitli ihtiyaçları karşılamakta ve hem hastalar hem de klinikler ve hastaneler için çeşitli avantajlar sağlamaktadır. En son teknik imkanları uygulamalarına dahil etmek için çağdaş değişiklikleri ve son gelişmeleri sürekli olarak izlememiz gerekiyor çünkü birçok Müslüman ülke, artan açlık, yoksulluk ve adaletsizlik riskleriyle bağlantılı onkolojik hastalıkların yükünden muzdarip durumdadır.

Bu, yapısal bir ekonomik dönüşüm ve yeterli mali kaynakların yanı sıra, ulusal ve uluslararası ortak bir çabayı gerektirmektedir. WIHU tarafından başlatılan diğer girişimlerde iş birliği yapmak istiyor, çabalarınızı saygıyla takdir ediyor ve çalışmalarınızda başarılar diliyoruz.

Bir sonraki kongrede buluşmayı ümit ediyoruz.

Allah'ın selamı üzerinize olsun.

FINAL DECLARATION

Prof. Dr. Ahmet Ural
WIHU Executive Coıuncil Member
Member of Organizing Committee for WIHU 2022 Congress

Honorable participants,

The 7th Congress and Fair of the World Muslim Health Societies, with the themes "Oncology and 4.0 Health Technologies," is successfully over. We would like to thank everyone who contributed to the preparation, coordination, and execution of the event on behalf of WIHU, with special thanks going out to our distinguished audience for actively participating in our congress as well as our panelists who generously shared their experience.

We discussed the diagnostic, preventive, and therapeutic elements of oncology and concept of Health 4.0 with an emphasis on current problems and future prospects for these topics.

Approximately 8.2 million people die from cancer each year, making it the second most common cause of death in the world. Most of these fatalities take place in low- and middle-income nations. Globally, it contributes to morbidity and is a major public health concern; by 2030, it is predicted that there will be 21.6 million new cases of cancer annually. The outcomes for cancer are worse for some demographic groups due to disparities in risk factor exposure, availability to screening, early diagnosis, and timely and effective treatment.

We observe that lowering the risk may be possible for about half of all malignancies. Cancer patients' prognosis and quality of life can be enhanced by early diagnosis, fast and effective therapy, pain management, and palliative care. We appreciate the development of new pharmaceuticals as a result of recent investments in cancer treatment innovation, but we are deeply concerned about the rising cost to patients and health systems. By enhancing national health systems and international cooperation, access to safe, high-quality, cost-effective, and timely medications,

medical products, and appropriate technology must be addressed.

It is essential to create and put into practice evidence-based cancer management regimens, including palliative care. To establish centers of excellence for the treatment of certain cancers, we must put a strong emphasis on collaboration. It is crucial to promote guidelines that support clinical decision-making and referral based on the efficient, safe, and economical use of cancer diagnostic and therapeutic services, such as cancer surgery, radiation, and chemotherapy; to enable cross-sectoral collaboration between health professionals; and to facilitate training of staff at all levels of health systems. In order to assist cancer control, sustainable domestic human and financial resources must be recruited, and novel financing ways must be provided on a voluntary basis. The evidence for cancer prevention and control must be strengthened through the promotion of cancer research, including studies on health outcomes, quality of life, and cost-effectiveness. Pain management and palliative care are important elements of cancer care. With the active participation of cancer survivors and their families, follow-up, late effect management, and tertiary prevention must be foreseen and supported.

The idea behind health 4.0 is to use cutting-edge new technology to enhance health. With the help of a secure, moral, and sustainable technology, it contributes to the development of public health policies at the local, state, and federal levels. This idea has the potential to dramatically enhance patient follow-up, provide several positive effects, and have a significant impact on how services are delivered. Making better decisions is now possible by the help of modern technologies, which raises the level of corporate intelligence. Health 4.0 also emphasizes avoiding the potential need for health insurance, which significantly lowers running costs. Utilizing technology in the healthcare industry provides for a wide range of needs and has various advantages for both patients and clinics and hospitals.

We need to continuously monitor contemporary changes and recent advances to incorporate cutting-edge technical facilities in their practice because many Muslim countries suffer from the burden of oncologic diseases, which are linked to increasing risks of hunger, poverty, and injustice. In addition to a structural economic transformation and sufficient financial resources, this necessitates a sustainable national and international effort. We want to collaborate on other initiatives started by WIHU, and we respectfully appreciate your efforts and wish you success in your endeavors.

Thank you very much.
Jazakumullahu khayran.

BİLDİRİLER / *PAPERS*

PROSTATE CANCER NATIONAL AND GEOGRAPHIC VARIATIONS IN TERMS OF PROGNOSIS AND ADEQUATE/PROPER THERAPY

Mahmoud Mustafa , Honood Abu Rass , Mothafr Yahya , Khaleel Hamdan , Yazan Eiss

Purpose: To define the efficacy of standard androgen deprivation therapy (ADT) in the treatment of metastatic prostate cancer (PCa).

Materials and methods: Fifty patients with mean age of 70.48 ± 9.95 years old (range 52-87) who had metastatic PCa and received ADT between 2014 and 2019 were retrospectively evaluated. Median values of pre-therapeutic PSA and Gleason scores were 50 ng/ml (range 8-1201) and 8 (range 6-9), respectively. All patients received luteinizing hormone-releasing hormone (LHRH) analogue and anti-androgen. The patients were evaluated in terms of age, pre-therapeutic PSA serum levels, Gleason scores, presence of metastasis, number and percentage of cores involved, nadir PSA, time to nadir PSA, duration of ADT, and PSA at last follow-up. Multivariate analysis was used to define the factors which have impact on ADT response. The mean follow-up period was 13.87 ± 7.78 months, (range 2-32).

Results: All patients showed reduction in serum PSA level after initiation of ADT, and the median value of nadir PSA was 1.12 ng/ml (range 0.02-50). The mean value of time to nadir PSA was 3.85 ± 1.57 months (range 2-7). The median value of PSA at last follow-up was 2 ng/ml (range 0.02-50.21). Multi-variant analysis showed that nadir PSA have a significant correlation with pre-therapeutic PSA, PSA at last follow-up, age, and Gleason scores ($p < .05$).

Conclusion: Standard ADT is a feasible option in the treatment of metastatic PCa. Gleason scores, age, pre-therapeutic PSA, and PSA at last follow-up have significant impact on outcomes of ADT. Further studies of high number of patients with long-term follow-up including other chemo-hormonal therapy and androgen receptor blockers should be carried out to confirm and improve efficacy of ADT.

DÜNYA'DA VE TÜRKIYE'DE ERKEN TANI VE TARAMA YÖNTEMLERI

Dr. Fahriye ÜNLÜ
Kanser Dairesi Başkanlığı

Kanser, vücudun herhangi bir bölümünü etkileyebilen geniş bir hastalık grubu için kullanılan genel bir terimdir. Kanser, genellikle kanser öncesi bir lezyondan habis bir tümöre ilerleyen çok aşamalı bir süreçte, normal hücrelerin tümör hücrelerine dönüşmesinden kaynaklanır. Kanser dışında kullanılan diğer terimler, kötü huylu tümörler ve neoplazmalardır (1, 10) .

Dünyada tüm ölüm sebepleri araştırıldığı zaman kardiyovasküler hastalıklardan sonra en sık ölüm sebebi kanserlerdir (2,11). Türkiye'de de ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almaktadır (3).

Kanserlerin mortalite ve morbidite düzeylerinin yüksek olmasıyla beraber erkenden tanımlanabilmesi de mümkündür.

Erken tanı;

Herhangi bir hastalığın, o hastalığa ait belirtilerinin henüz ortaya çıkmadığı, kişiye sıkıntı ve acı vermediği ve onu çalışmaktan alıkoymadığı dönemde tanınmasıdır. Tanının gecikmesi hastalığın ağırlaşmasına ve hatta tedavi olanağının ortadan kalkmasına neden olabilir.

Erken tanı; başarılı tedavi şansını büyük ölçüde artırır, tedaviyi kolaylaştırır, tedavi süresini kısaltır, tedavi giderlerini azaltır, doku ve organ kaybını önler, hastanın iyileşme şansı artar ve yaşam süresini uzatır.

Tarama ;

Kanserin ya da öncül lezyonlarının henüz bulgu vermediği yani asemptomatik bireylerde erkenden tespit edilmesi amacıyla tasarlanan klinik test ve muayenelerle yürütülen tüm sağlık hizmetlerine verilen isimdir. Tarama programlarının amacı, kansere bağlı mortalite ve morbidite oranlarını azaltmaktır (4) Bu sebeple kanser tarama programları hem bireysel hem de toplumsal sağlık açısından önem arz eder.

Taramalar toplum tabanlı tarama ve fırsatçı tarama olarak iki şekilde yürütülmektedir.

Toplum Tabanlı Tarama; Hastalık açısından bir toplumda riski olan kişi ya da grupların tamamının bir program dahilinde sırayla davet edilerek erken tanı ve tedavi amacıyla, muayene edilmesi, değerlendirilmesidir.

Fırsatçı Tarama; Hastalık açısından olası riskli durumlarda (aile öyküsü, bilinen risk faktörlerinin varlığında rutin tıbbi hizmetler kapsamında yürütülen erken tanı hizmetleridir.

Bir toplumda hangi durumlarda tarama yapılmasının uygun olacağı ilk kez Wilson ve Jungner tarafından 1968 yılında gündeme getirilmiştir (5). Dünya Sağlık Örgütü Wilson-Jungner kriterlerine göre ulusal tarama programlarına alınacak hastalıklar aşağıdaki özelliklere sahip olması gerektiğini bildirmiştir;

1. Toplumda hastalık sıklığı yüksek önemli bir sağlık problemi olmalıdır,
2. Taranacak hastalığın doğal seyrine dair yeterli bilgi olmalıdır. Erken aşamalarda taranabilmeli, latent veya erken semptomatik bir dönemi bulunmalıdır,
3. Tarama sürekli bir işlem olmalı ve uygun bir test prosedürü işletilmelidir,
4. Taraması yapılacak hastalık için, etik, güvenli, uygun ve pratik test ve muayene yöntemleri olmalı ve bunlar toplum tarafından kabul edilmelidir,
5. Testin tekrarlanacak aralıkları net bir şekilde tespit edilmelidir,
6. Tarama sonucunda bulunan hastaların iyileştirilmesi için uygun tedavi yöntemi olmalıdır,
7. Testlerin seçiciliği ve hassasiyeti olabildiğince yüksek olmalıdır,

8. Hangi hastaların tedavi edileceğine yönelik mutabakata varılmış bir yöntem olmalıdır,
9. Test maliyet-yarar oranı ekonomik olarak dengeli olmalıdır.

Kanser hastalıklarının her bir tipinin kendine göre etyolojisi, risk faktörleri, tanı ve tedavi yöntemleri vardır. Bu yüzden erken tanı ve tarama stratejileri de kanser tiplerine göre değişmektedir. Bazı kanser tipleri için (örneğin meme, serviks, kolorektal gibi) erken tanı ve tarama önerilirken bazı kanser tipleri için önerilmemektedir. (örneğin pankreas,tiroid, mesane gibi) (6)

Hangi kanserde tarama programının uygulanacağı hususu başta tarama programları için belirlenen Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kriterleri olmak üzere ayrıca,

- Uygulanacak olan tarama yönteminin ülkedeki kanser yükünü azaltacağı gösterilmiş olmalı,
- Uygulanacak olan tarama programın bütüncül bir kanser kontrol programının parçası olmalıdır (7).

Erken tanı, ilk belirtiler ortaya çıkar çıkmaz hızlı tanı koymak ve tedaviyi sağlamayı gerektirir. Tüm kanser türleri ile ilgilidir. Öte yandan tarama, semptom yokken sağlıklı bireylere verilen hizmettir (8).

Şekil 1.Hastalık Evrelerinin Ve Tarama Zamanının Şeması

Dünyada kanser taramaları (Dünya Sağlık Örgütü, Avrupa Birliği)

- Servikal Kanser
- Meme Kanseri
- Kolorektal Kanserler

Bazı Ülkeler

Over, mide, deri, akciğer

Tarama Şekilleri

Toplum Tabanlı (Population Based)

Fırsatçı (Oportunistik)

Kanser Taramalarında Ülke Örnekleri(9)

ABD: Ulusal düzeyde hiçbir kanser taraması ücretsiz olarak sunulmamaktadır. Ulusal Kanser Enstitüsü;

1. PAP smear testi (21-65 yaş arası 2 yılda 1)
2. Gaitada gizli kan testi (50 yaş ve üzeri yılda 1)
3. Kolonoskopi (50-75 yaş arasında 10 yılda 1)
4. Mamografi (40-74 yaş arası yılda 1) tarama önermektedir.

Düşük gelirli olanlar için hazırlanmış 'Medicaid' programı ise genelde tüm kanser taramalarını ücretsiz olarak kapsamaktadır.

Kanada da tarama testlerini ulusal düzeyde ücretsiz olarak sunmaktadır.

1. PAP smear testi (25-69 yaş arası 3 yılda 1)
2. Gaitada gizli kan testi (50-74 yaş arası 2 yılda 1)
3. Mamografi (50-74 yaş arası 2 ya da 3 yılda 1)

Halihazırda Avustralya ulusal olarak koordine edilen tarama programları yürütmektedir.

Avrupa Birliği; Avrupa Birliği 2003 yılından itibaren toplum tabanlı meme, serviks ve kolorektal kanser taramasının yapılmasını önermekte ve politikaların gerçekleştirilmesi için temel kriterleri belirlemektedir. O tarihten beri tüm AB ülkeleri farklı uygulama modelleriyle de olsa tarama programlarını yürürlüğe koymuştur.

Birleşik Krallık: Ulusal tarama programı alanında uzman birçok kişi tarafından, tarama politikasının ve uygulanmasının tüm yönlerini yönetmesinden dolayı en iyi tarama sistemi olarak değerlendirilmektedir.

Türkiye Kanser Tarama Programları

Ulusal Kanser Kontrol Programı kapsamında; meme, serviks ve kolorektal kanserler için, toplumun kaynaklarına ve hastalık yüküne uygun olarak tarama programları sistemli olarak yürütülmektedir.

Ülke genelinde kanser taramaları; Toplum tabanlı ve fırsatçı taramalar şeklinde yapılmaktadır.

Toplum tabanlı taramalar; Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM)'ne bağlı olarak faaliyet gösteren; Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM), Sağlıklı Hayat Merkezleri (SHM), Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) ve ayrıca Mobil Kanser Tarama araçları da dahil olmak üzere birinci basamak sağlık kuruluşlarında ücretsiz olarak yapılmaktadır.

2004 yılında Avrupa Birliği Projesi kapsamında 11 KETEM ile başlanılan bu mücadeleye 2022 yılı itibarı ile her ilde en az bir tane olmak üzere 347 Kanser tarama merkezi ile devam edilmektedir. Bunlardan 42 tanesi mobil kanser tarama aracı olup, Kırsal ve dezavantajlı gruplara tarama hizmeti vermektedir.

Ulusal Kanser Tarama Standartları çerçevesinde ;

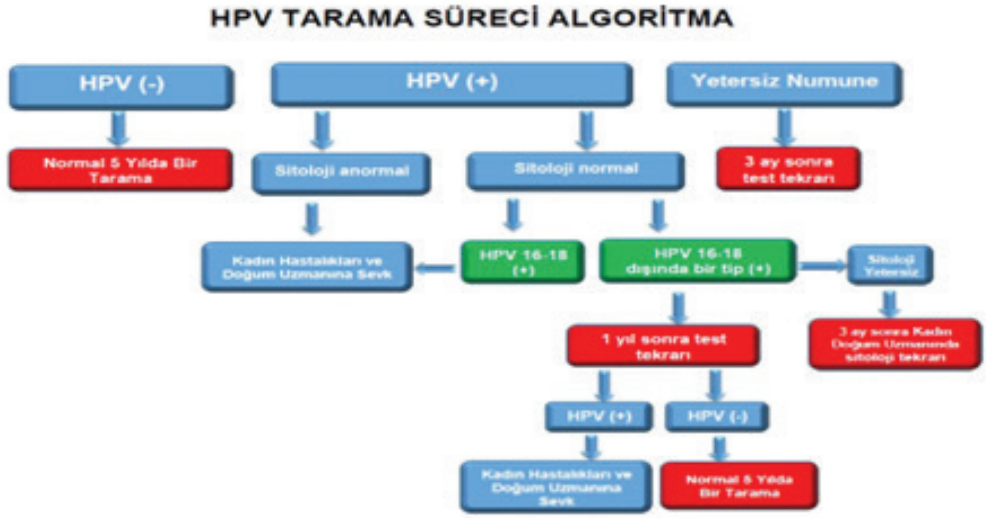
Meme kanseri taraması; 40-69 yaş arasındaki kadınlara yılda bir kez klinik meme muayenesi, 2 yılda bir mamografi tetkiki yapılmaktadır. 20 yaş üzerindeki kadınlara da kendi kendine meme muayenesi eğitimi verilip aylık düzenli olarak yapmaları, 2-3 yılda bir de klinik meme muayenesi yaptırmaları önerilmektedir.

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında Mart 2016 tarihinden itibaren tarama kapsamında çekilen mamografiler merkezi raporlama sistemi ile değerlendirilmekte ve en geç on gün içerisinde sonuç verilmekte olup, taramaya katılan kişiler sonuçlarına internet aracılığıyla da ulaşabilmektedir. Merkezi raporlamada çift kör okuma sistemi ile raporlama kalitesi artırılmıştır. Merkezi okuma Projesi kapsamında çalışan radyoloji uzmanları çalışmaya başlamadan önce Tarama mamografisi okuma konusunda eğitim almaktadır. Ayrıca çekilen mamografiler çekim kalitesi açısından online merkezi denetim yapılmakta ve ihtiyaç halinde röntgen teknisyenlerine eğitim verilmektedir.

• Meme Kanseri Taraması Kapsamında Mamografi Tarama Süreci Algoritması

Serviks kanseri taraması; 30- 65 yaş arası kadınlara 5 yılda bir HPV-DNA ve Pap-smear testi ile yapılmaktadır.

Türkiye, dünya genelinde HPV- DNA taramalarını ilk gerçekleştiren ülkeler arasında olup 2014 yılından bu yana 6 milyondan fazla kadının kanser taramaları başarı ile gerçekleştirilmiştir. Ulusal servikal kanser tarama programı 2014 yılına kadar PAP- smear testi ile yürütülmekteydi. 2014 yılı Ağustos ayından itibaren sensitivitesi daha yüksek olan HPV-DNA testine geçildi. HPV pozitifler için refleks sitoloji ve genotipleme ile yüksek riskli 13 tip (16/18/31/33/35/39/45/51/52/56/58/59/68) analizi yapılmaktadır. Bunlardan biri bile pozitif çıksa refleks sitoloji bakılmaktadır.



Ankara ve İstanbul'da kurulan iki Ulusal laboratuvarda analizler yapılmaktadır.

• HPV Tarama Süreci Algoritması

Kolorektal kanser taraması; 50-70 yaş arasındaki kadın ve erkeklere 2 yılda bir Gaitada Gizli Kan testi (GGK) yapılmakta, 10 yılda bir kolonoskopi önerilmektedir.

• GGK Tarama Süreci Algoritması

2016 yılında Minimal Kalite Kriterleri belirlenerek 81 ilde Tarama Sonrası Teşhis Merkezleri tanımlanmıştır. Tarama sonrasında pozitif ya da şüpheli bulunan vakalar bu merkezlere yönlendirilerek ileri tetkikleri yapılmaktadır. Teşhis ve tedavi hizmetleri ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları tarafından yapılmaktadır.

Ayrıca; Kanser taramalarında hedef nüfustaki tüm bireylere ulaşabilmek ve taramalara katılımı arttırabilmek amacıyla

geliştirilen "Kanser Randevu Sistemi" (KRS) yazılımı tamamlanarak, Aile Hekimliği Bilgi Sistemi'ne entegre edilmiştir.

Her aile hekimi Kanser taramaları konusunda hedef nüfusundaki kişileri telefon/sms vs davet ederek danışmanlık verip; 30-65 yaş arası kadınların serviks kanseri taramasını ,50-70 yaş arası kadın ve erkeklerin kolorektal kanser taramasını yapmaktadır. Ayrıca 40-69 yaş arası kadınlara ise meme kanseri taraması için, KRS den randevu almaktadır. Randevu oluşturulduğunda sistem tarafından kişilerin cep telefonuna ilgili taramayı hangi tarihte , nerede yaptıracağı bilgisi iletilmektedir.

Tarama sonuçlarına göre algoritmalar doğrultusunda takibini yaparak pozitif/şüpheli olguları teşhis merkezlerine yönlendirmektedir.

Kaynaklar

1. Cancer Key facts. 3 February 2022.WHO. https://www.who.int/news room/fact-sheets/detail/cancer (erişim:01.12 .2022)
2. Forman D FJ. The global and regional burden of cancer. In: Stewart BW, Wild CP (eds). IACR World Cancer Report 2014, Lyon, France. International Agency for Cancer Reports (IACR)Publications; 2014.
3. TÜİK. Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2018. Erişim Tarihi:01.12.2022 https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-Nedeni-Istatistikleri-2018-30626)
4.Eren DDOÖ. Kanser Taramaları ve Kanserden Korunma. Klinik Tıp Aile Hekimliği. 25 Mart 2017;9(2):7-14.)
5. Wilson JMG, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. Geneva: WHO; 1968.)
6. Meme Kanseri Tarama Rehberi; Türk Radyoloji Derneği, TRD Yeterlilik Kurulu, Rehberler ve Standartlar Komitesi, 2011.)
7.https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/meme-kanseri-taramaprogramı-ulusal-standartları.html Erişim Tarihi:01.12. 2022.)
8. https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/cancer-screening-and-early-detection-of-cancer)
9. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/yayinlar/raporlar/2021_Kanser_Kontrol
10. http://www.saglikokuryazarligidergisi.com/index.php/soyd/index. SOYD, Haziran 2022 • 3(2) • S.: 102-111. E-ISSN: 2717-7831.
11. http://www.saglikokuryazarligidergisi.com/index.php/soyd/index. SOYD, Haziran 2022 • 3(2) • S.: 96-101. E-ISSN: 2717-7831.

Dünyada ve Türkiye'de Kanser

Dr. Murat Türkyılmaz

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kanser Daire Başkanı

Küresel nüfusun yaşlanması ile birlikte 2040 yılında 29 milyon yeni kanser vakasının ortaya çıkacağı Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından öngörülmektedir (1). Dünya kanser istatistiklerinde 75 yaşına kadar kanser gelişme riski %20,4; kanser nedeniyle hayatını kaybetme riski %10,7 olarak tespit edilmiştir (1). Kanser görülme sıklığı hem erkeklerde hem de kadınlarda Avrupa, Kanada, Amerika, Avusturalya gibi bölgelerde daha yüksektir. Bu bölgelerde insidanslar yüksek olmasına rağmen ölüm oranları Asya bölgesine oranla daha düşüktür. Afrika ülkelerindeki düşüklüğün belirli bir oranı da kayıtların yetersizliği ile açıklanabilir. Dünya Kanser Raporunda, nüfusun artması ve yaşlanması ile birlikte kanser vaka sayısındaki artışın devam edeceği, bu artışın en fazla düşük ve orta gelirli ülkeleri etkileyeceği vurgulanmaktadır (2). Her altı ölümden birinin kanser nedeniyle olduğu tahmin edilmektedir (3). Kuzey Amerika, Güney Amerika, Avrupa'nın Batısı, Avustralya ve Afrika bölgelerinde prostat kanseri ilk sırada yer almakta iken; Türkiye'nin de içinde yer aldığı Asya ve Doğu Avrupa bölgelerinde ise akciğer kanseri ilk sırada yer almaktadır. Dünyada kadınların genelinde (160 ülke) meme kanseri ilk sırada yer almaktadır. Afrika bölgesinin belirli bir alanında ise serviks kanseri ilk sıraya yerleşmiştir (1).

Ülkemizde ise kanser, yıllardır en sık izlenen ikinci ölüm sebebidir. Her 5 ölümden biri kanser nedeniyle gerçekleşmektedir (4). Türkiye'de 2018 yılında yaşa standardize kanser hızı erkeklerde yüz binde 262,4 kadınlarda ise yüz binde 188,0'dır. Toplamda kanser insidansı ise yüz binde 225,2'dir. İlgili yılda Türkiye'de toplam 211.273 kişiye yeni kanser teşhisi konulmuştur. Erkeklerde trakea, bronş, akciğer kanserleri en sık izlenen kanser olma özelliğini sürdürmektedir. Kolorektal kanserler de önceki yıllarda olduğu gibi üçüncü sıklıkta izlenmeye devam etmektedir. Kadınlarda meme kanseri en sık izlenen kanser olma özelliğini sürdürürken kolorektal kanserler de üçüncü sıklıkta görülen kanserler olmaya devam etmektedir (5). Çocukluk çağı kanserlerinde ise çocukluk çağı lösemileri en sık görülen kanser türüdür. Çocukluk çağında her iki cinsiyette de merkezi sinir sistemi tümörleri ve lenfomalar, lösemileri takip etmektedir (5). Tarama kanserlerinde yaşa özel hızlar değerlendirildiğinde, kadınlarda görülen meme kanseri diğer tarama kanserlerine göre erken yaşlarda daha yüksek insidanslara sahiptir (5).

Küresel Kanser Sağ kalım Eğilimleri Sürveyansı 2000-14'te (CONCORD-3) 71 ülkeden 322 nüfus tabanlı kanser kayıt merkezinin 18 kanser türüne ait veriler ve sağ kalımları yayımlanmıştır. Bu yayında ülkemizdeki 9 kanser kayıt merkezinin de verileri yer almıştır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre 2010-2014 serisinin meme, serviks, kolon, rektum kanserlerinin 5 yıllık sağkalım yüzdeleri sırasıyla %82,1 %60,7 %52,6 %55,2 olarak bulunmuştur (6).

Kanserlerin oluşumunda %90-95 çevrenin, %5-10 genlerin etkisinin olduğu bilinmektedir (7). Bilinen çevresel nedenlerden ve risk faktörlerinden kaçınılarak kanserlerin en az 3'te 1'inin önlenebileceği, diğer 3'te 1'inin de erken teşhis ve etkin tedavi ile kontrol altına alınabileceği bilinmektedir (8). Tütün kullanımı, yüksek beden kütle indeksi (fazla kilolu ya da şişman olma), yetersiz fiziksel aktivite, alkol kullanımı ve hava kirliliği kanser ve diğer bulaşıcı olmayan hastalıklar için risk faktörleridir. Bazı kronik enfeksiyonlar da kanserler için risk faktörü oluşturmaktadır. 2018 yılında dünya çapında teşhis edilen kanserlerin yaklaşık %13'ü karsinojenik enfeksiyonlara atfedilmiştir. Helicobacter pylori, Human papilloma virüs (HPV), Hepatit B virüsü, Hepatit C virusü, ve Epstein-Barr virüsü bu grup içinde yer almaktadır (9).

Kaynaklar

(1)Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, et al. Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2020 (https://gco.iarc.fr/today, Erişim Tarihi:18.08.2022)
(2)World Cancer Report. Wild CP, Weiderpass E, Stewart BW. Published by the International Agency for Research on Cancer, Lyon, France 2020
(3)Cancer Key Facts, WHO Updated 03 Şubat 2022 https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer.
(4)TÜİK. Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2018. Erişim Tarihi:18.08.2022 https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-Nedeni-Istatistikleri-2018-30626
(5)T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye Kanser İstatistikleri 2018. Yayım aşamasında.
(6)Allemani C, et al. Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries.The Lancet. Published online January 30, 2018 http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)33326-3 (Erişimtarihi: 08.02.2018)
(7)Anand, P., Kunnumakara, A., Sundaram, C., Harikumar, K., Tharakan, S., Lai, O., ... Aggarwal, B. (2008). Cancer is a Preventable Disease that Requires Major Lifestyle Changes. Pharmaceutical Research, 25(9), 2097–2116.
(8)Lagerlund, M., Hvidberg, L., Hajdarevic, S., Pedersen, A., Runesdotter, S., Vedsted, P., & Tishelman, C. (2015). Awareness of risk factors for cancer: a comparative study of Sweden and Denmark. BMC Public Health, 15, 1156.
(9)de Martel C, Georges D, Bray F, Ferlay J, Clifford GM. Global burden of cancer attributable to infections in 2018: a worldwide incidence analysis. Lancet Glob Health. 2020;8(2):e180-e190.

TÜRKIYE'DE KANSER KAYITÇILIĞI

Dr. Ege İhsan ORUÇ HAMAVİOĞLU

Kanser bireyi, hem bedensel hem de ruhsal olarak olumsuz etkileyen bir hastalıktır. Daha doğru bir tanımla hastalıklar grubudur.Özellikle mortalite açısından bakıldığında kanser, dünyada ölüm nedenleri arasında 2. sırada yer almaktadır. Türkiye'de aynı şekilde en sık izlenen ikinci ölüm nedenidir. Dünya Sağlık Örgütü, 2020 yılında 10 milyon ölümün kanser kaynaklı olduğu belirtmiştir.

Mortalitenin yanısıra morbiditesi de yüksek olan kanser için ulusal ve uluslararası düzeyde eylem planları oluşturulmuştur. Nitekim birleşmiş milletlerin sürdürülebilir kalkınma hedefleri arasında kanser ve diğer konik hastalıklardan erken ölümlerin azaltılması da bulunmaktadır

Ancak tüm bu planlamaların yapılabilmesi için ülkelerin kanser hastalığı ile ilgili durumunun ortaya konması gerekmektedir; örneğin, en sık görülen kanserler nelerdir, hangi yaşlarda hangi tür kanserler görülmekte gibi bilgilere sahip olmak önemlidir. Zira biliyoruz ki hastalıklarla ilgili veriler toplanarak özetleme, analiz gibi aşamalardan geçerek bilgiye dönüşür ve bu bilgiler ışığında o hastalıkla ilgili hangi müdahalelerin yapılacağı planlanarak sağlık politikaları oluşturulur

Bu kapsamda kanser sürveyansı ile bölgesel ve ulusal düzeyde değerlendirmeler yapılabilmekte ve ihtiyaçlar daha net belirlenebilmektedir. Her kanser türü hakkında eksiksiz ve ayrıntılı bir veri, bu karmaşık hastalığı anlamanın anahtarıdır.

Kısacası hangi bölgede olursa olsun kanserle mücadele ve kanser hizmetlerinde öncelikler belirlenirken kanser yüküne ve o bölgede yoğun biçimde görülen kanser türlerine dair bilgi esas alınmalıdır. Bu da "Kanser Kayıtçılığı" ile mümkün olmaktadır. Kanser Kayıtçılığı; kanser epidemiyolojisinde temel araçtır ve kanser ile mücadelenin başlangıç noktasıdır. Çünkü bu sistemle elde edilen verilerle insidans, sağkalım, mortalite gibi bir çok epidemiyolojik parametreyi hesaplamak mümkün olmaktadır.

Kanser kayıtçılığı, tüm malign ve bazı benign neoplazm olgularıyla ilgili bilgilerin toplanması ve bu bilgilerin kanserin klinik ve patolojik göstergeleri ile birlikte tam olarak belgelenmesi, analiz edilmesi ve raporlanması faaliyetlerini kapsayan ve uluslararası kuralları olan dinamik süreçtir.

Kanser kayıtçılığı, temelde verilerin toplama yöntemine göre pasif veya aktif kanser kayıtçılığı; verilerin kapsayıcılığına göre ise hastane tabanlı veya nüfus tabanlı kanser kayıtçılığı olarak gruplandırabilir.

Pasif kanser kayıtçılığında kanser olgularına ait veriler, kanseri tespit eden hekim veya kurum tarafından bildirilir. Dünyada 1900'lü yıllarda pasif kanser bildirimine başlanmıştır.

Aktif kanser kayıtçılığında ise kanser kayıtçılığı eğitimi almış sağlık personeli hastaneler, patoloji merkezleri, görüntüleme merkezleri, onkoloji merkezleri gibi veri kaynaklarına ulaşarak bu merkezlerden kanser olgularına ait verileri kayıtçılık kuralları çerçevesinde toplar. Pasif veri toplanmasında aksaklıklar ortaya çıktığı için gelişmiş ülkeler 1950'lerden itibaren bu yöntemi bırakmış ve kanser verileri aktif sistemle toplanmaya başlamıştır.

Hastane tabanlı kanser kayıtçılığı, belirli bir sağlık kuruluşunda kanser teşhisi konan ve/veya tedavi edilen tüm hastalara ilişkin verilerin kaydedilmesidir. Hastane tabanlı kanser kayıtçılığının odak noktası, klinik bakım ve hastane yönetimidir. Hastane tabanlı kanser kayıtçılığında ise nüfus düzeyinde temsiliyet olmamaktadır.

Nüfus tabanlı kanser kayıtçılığında ise, belirli bir coğrafi alana karşılık gelen, iyi tanımlanmış bir popülasyonda ortay çıkan tüm yeni kanser vakaları hakkında bilgi toplanır. Veri toplama, hastaneler, ölüm belgeleri ve laboratuvar hizmetleri dahil olmak üzere çeşitli kaynaklardan sistematik bir şekilde yapılır. En doğru ve eksiksiz veriye ulaşma nüfus tabanlı aktif kanser kayıtçılığı ile mümkündür.

Dünya Sağlık örgütü tüm ülkelerde "Nüfus Tabanlı Aktif Kanser Kayıtçılığı" yapılmasını önermektedir. Nüfus Tabanlı

Aktif Kanser Kayıtçılığında, malign kanserlerin tamamı (primer kanserler), in-situ kanserler, santral sinir sistemi ve sedulla spinalis'te yer alan benign/borderline tümörler ile ilgili veriler toplanır. Bu sistem, belirli bir nüfusun kanser insidansını bulmada altın standarttır.

Nüfus Tabanlı Kanser Kayıtçılığı, kanser yükünün ve coğrafik dağılımlarının belirlenmesi, kanser nedenlerinin anlaşılması, uygulanacak politikaların belirlenmesi, nüfus temelli sağ kalım analizlerinin yapılması, yapılan müdahalelerin etkinliğinin değerlendirilmesi ve gerekli iyileştirme çalışmalarının zamanında uygulanabilmesi, kanserin teşhis, tedavi ve bakım kalitesinin değerlendirilmesi gibi yollarla kanser kontrolüne yönelik önemli katkılar sağlamaktadır.

Ülkemizde kanser verilerinin sistematik bir biçimde toplanması kanser daire başkanlığının 1983'te kurulması ile başlamıştır. O dönem tüm illerden kanser verileri pasif yöntemle toplanmakta idi. Daha sonra aktif kanser kayıtçılığı sisteme geçiş gerekliliğinin ortaya çıkması ile kanser kayıt merkezleri kurulmaya başlanmıştır. 1992 tarihinde ilk Nüfus Tabanlı Aktif Kanser Kayıt Merkezi İzmir'de kurulmuştur. Yıllar içinde çeşitli illerimizde kanser kayıt merkezleri kurulmuş ve 2013 yılında tüm illerde aktif kanser kayıtçılığı yapılmaya başlanmıştır.

Kanser kayıtçılığı, bu konuda eğitim almış sağlık personelinin hastaneler, patoloji merkezleri, onkolojik tanı ve tedavi merkezleri, kanser tarama programları ve ölüm bildirim sistemi gibi kaynaklardan, kanser kayıtçılık kurallarına göre verileri toplayarak, özetleyerek ve kayıt formunu doldurarak kodlaması şeklinde uygulanmaktadır. Kayıt formları daha sonra il sağlık müdürlükleri bünyesinde kurulan kanser kayıt merkezlerine gelir burada kalite kontrolleri yapılır, ölüm raporları incelenir. Her il kendi veri tabanını hazırlar ve veriler Kanser Dairesi Başkanlığına gönderilir.

Kanser Dairesi Başkanlığında, tüm illerden gelen verilerde geçerlilik, tamlık, zamanındalık gibi çok önemli kalite çalışmaları yapılır. Yani veriler işlenir analiz edilir ve enformasyon elde edilir. Bu kalite çalışmaları genel olarak uzun süren çalışmalardır. Hatta bazı durumlarda veri kaynağına dönülmesi gereken durumlar ortaya çıkmaktadır. Tüm bu yoğun çalışmalar istatistik sürecini uzatmaktadır. Bu nedenle kanser istatistikleri içinde bulunulan yılda yayımlanamaz ve bu bütün ülkeler için geçerli bir durumdur.

Kanser kayıt verileri ile yıllık insidans hızları, en sık görülen kanser türleri, yaşa özel hızlar gibi birçok istatistiksel veri elde edilebilmektedir. Türkiye kanser istatistiklerine Sağlık Bakanlığı Kanser Dairesi Başkanlığı web sayfasından ulaşılabilmektedir (https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-istatistikleri).

Aktif kanser kayıtçılığı uluslararası kuralları olan bir sistemdir ve sağlık personeli bu konuda eğitim alarak kanser kayıtçılığı yapabilmektedir. Temel Kanser Kayıtçılığı (4 Gün), SEER Özet Evreleme (3 Gün), Can-Reg (3 Gün) eğitimleri alan sağlık personeli sertifikalı kanser kayıt elemanı olmaktadır. Bu eğitimler on–line ve yüz yüze verilmektedir. Eğitimler uluslararası standartlar çerçevesinde verilmektedir.

Kanser kayıtçılığının uluslararası kurallar çerçevesinde yapılması, verilerin ulusal ve uluslararası düzeyde karşılaştırabilir olması için gereklidir. Nitekim Türkiye verileri Dünya Sağlık Örgütü Uluslararası Kanser Araştırma Kurumu (IARC) tarafından kabul görmüş ve beş yılda bir yayımlanan 5 Kıtada Kanser (CI5) kitabının 9,10 ve 11. versiyonlarında yer almıştır. Yakın zamanda yayımlanacak olan 12. Versiyon için de güncel verilerimiz gönderilmiştir.

Ülkemizin kanser kayıtçılığındaki diğer bir uluslararası başarısı ise 2013 yılında İzmir'de kurulan Hub olmuştur. IARC, kanser kayıtçılığında teknik destek, eğitim desteği verilmesi amacıyla dünyada 6 tane merkez (hub) oluşturmuştur. Bunlardan biri Sağlık Bakanlığı ile IARC arasında yapılan bir protokol ile İzmir'de kurulmuş olup Kuzey Afrika, Batı Asya ve Orta Asya'da bulunan 29 ülke bu merkeze bağlıdır.

KAYNAKLAR:

1. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, et al. Global Cancer Observatory: CancerToday. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2020 (https://gco.iarc.fr/today)

2. Türkiye İstatistik Kurumu

3.Türkiye Kanser İstatistikleri, 2018

KANSERDEN KORUNMADA BESLENME ÖNERİLERİ

Dyt. Havva Baler Gezgüç
Ankara Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi

Yaşam tarzı faktörleri içinde, beslenme, alkol alımı, obezite ve fiziksel aktivite gibi faktörlerin kanser oluşumunda, sigaradan sonra önemli bir rol oynadığı ve kanser riskini en çok artıran sebeplerden olduğu kabul edilmektedir. Birçok çalışma, uygun diyet modellerinin kanserin önlenmesine yardımcı olabileceğini, kanser hastalarında tümör gelişimini engelleyebileceğini veya kanser tedavisinde rol oynayabileceğini göstermektedir. "Sağlıklı diyet" önerilerinin her birine uyumun kanser riskinde azalma sağladığı, en çok mide, rahim, yemek borusu, kolorektal kalınbağırsak ve rektum, ağız, yutak ve gırtlak kanserleri riskini düşürdüğü bildirilmiştir. Farklı kaynaklara göre kanserin beslenmeyle ilişkisi %10-70 arasında değişmekte olup, ortalama %35 olduğu bilinmektedir.

Besin Gruplarının Kanserle İlişkisi

Karbonhidratlar ve Kanser

Diyet karbonhidratları, basit şekerlerden, diyet lifi ve nişasta gibi oldukça karmaşık polisakkaritlere kadar değişen çeşitli molekül grubudur ve çoğu toplumun temel enerji kaynağıdır. Basit şeker ve glisemik indeksi (bir gıdanın kan şekerini yükseltici etkisi) yüksek besinlerin tüketiminin kanser riskini artırdığı düşünülmektedir. Basit şeker tüketimi yüksek insülin üretimini ve oksidatif stresi artırarak ve obeziteye sebebiyet vererek dolaylı olarak kanser riskini artırabilir.

Proteinler ve Kanser

Hayvansal kaynaklı protein alımının artması, enerji miktarındaki artışı da beraberinde getirir; bu durumun fazla kilo ve obeziteye yol açarak kanser riskini artırdığı düşünülmektedir. Toplam kırmızı ve işlenmiş et alımı, özellikle midenin kardia hariç bölgelerinde ve Helicobacterpylori ile enfekte olanlar için mide kanseri riskinde artış ile ilişkilendirilmiştir. Pankreas ve kolorektal kanser riski ile etin tüketiminin ilişkisinde, işlenmiş etlerin etkinliğinin yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada günde 160 g'dan fazla kırmızı et ve işlenmiş et alımı, günde 20 g'dan az ile karşılaştırıldığında, kalınbağırsak ve rektum kanseri riskinde %35 artış görülmüştür. İşlenmiş etlerde özellikle salam, sosis yapımında nitrit-nitrat gibi kimyasalların kullanılması ve bu ürünlerde doymuş yağ asitleri oranının yüksek olmasından dolayı sınırlı miktarda tüketilmelidir.

Balıkta ise kanser riskinde aynı artışın bulunmadığı görülmüştür. Bu çalışmadan çıkarılan bir sonuca göre; günde 80 g'dan fazla balık tüketiminin, günde 10 g'dan az balık tüketenlere göre kolorektal kanser riskini %31 azalttığı görülmüştür.Yağlı et ile doymuş yağ asidi alımının kanser riskini artırabilen bir etken olabileceği düşünülmektedir. Bu sebeple beslenmede "yağsız veya az yağlı et, süt ve süt ürünlerinin tüketimi kanser riskini artırmaz" denilebilmektedir.

Yağ ve Kanser

Kanserden korunmanın diyet yağı ile olan ilişkisi incelendiğinde sadece tüketilen yağ miktarı değil, yağ türünün de önemli bir faktör olduğu bilinmektedir. Günlük diyette, tüketilen yağdan gelecek enerjinin %20-35 arasında olması önerilmektedir. Çalışmalar meme, kolon, prostat, karaciğer ve pankreas kanserlerini kapsayan çoğu kanser gelişiminden korunmada, omega-3'ün (DHA ve EPA) rol oynadığını göstermiştir. Balık yağlarının kanser üzerinde direkt tedavi edici etkisinden çok, hastalıktan korunma ve ağrıları dindirici etkisi görülmektedir. Zeytinyağındaki hidrokarbonlardan olan skualenin de kanser riskini azaltıcı temel bir faktör olduğu düşünülmektedir. Özellikle üst solunum ve sindirim sistemi kanserlerden korunmada olumlu bir etkiye sahip olduğuna dair düşündürücü kanıtlar vardır. Çeşitli çalışmalar sonucunda doymuş yağ alımının meme, kolon ve prostat kanseri görülme sıklığı ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Doymuş yağ alımını azaltmanın en iyi yolu, yağsız etlere ve düşük yağlı süt ürünlerine yönelmek, tereyağı yerine bitkisel yağlar kullanmaktır.

Diyet Lifi ve Kanser

Sebze, meyve, kepeği ayrılmamış tahıl ve kurubaklagillerde bir karbonhidrat türü olan posa (lif) bulunmaktadır. Lif içeriği yüksek bu besinler kanser riskini azaltmaya yardımcı olabilecek çok sayıda fitokimyasal (örn. lignanlar, polifenoller ve terpenler) içerir. Yapılan çalışmalarda; belirgin olarak, toplam lif tüketimindeki her 10 gramlık artışın kanser riskinde %13'lük bir azalma sağladığı görülmüştür.

Vitaminler ve Kanser

Vitaminlerin kanser gelişimini önlemedeki rolü günümüzde tartışmalı bir konudur; ancak giderek daha fazla önem kazanmakta ve değerlendirilmektedir. Meyve ve sebzeler, D vitamini dışındaki vitaminlerin başlıca diyetsel kaynaklarıdır. Vitaminlerin, özellikle C, D ve E vitaminlerinin kanserden koruyucu etkilere sahip olduğu bilinmektedir. Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı'nın yayınladığı D vitamini ve kanser ilişkisiyle ilgili raporda; 25(OH)D düzeyiyle kolorektal kanser ve meme kanseri arasında ters ilişki olduğu bildirilmiştir. Karotenoidler, folat (B9 vitamini), C, D, E ve B6 vitaminleri, selenyum ve fitokimyasallar gibi vitamin ve mineraller, birçok yolla kanser riskini azaltabilir. Sebze ve meyvelerde yüksek düzeyde bulunan karotenoidler, likopen, C vitamini ile bitkisel yağlar, yağlı tohumlar, baklagiller, tam tahıllı besinler ve yeşil yapraklı sebzelerde yüksek düzeyde bulunan E vitamini de antioksidan özelliği ile kanser oluşumuna karşı bileşenler olarak görülmektedir. C vitaminden zengin beslenme mide kanseri görülme sıklığını azaltmada rol oynayabilmektedir. Yetişkin bireylerde gereksinim ve önerilen miktar kişiden kişiye değişiklik göstermekle beraber günde en az 5 porsiyon (en az 400 g / gün) sebze ve meyve tüketimi, bunların en az 2,5-3 porsiyonunun sebze, 2-3 porsiyonunun meyve olması önerilmektedir. Kurkumin, resveratrol ve izotiyosiyanatlar gibi doğal olarak oluşan biyoaktif bileşikler kanser önleyici aktivitelere sahiptir.

Bazı çalışmalarda kanserden koruyucu olan vitaminlerin, takviye olarak önerilenden fazla alınması ile kanser riskini artırdığı görülmüştür. Bu sebeple diyet besin takviyelerinin, bir sağlık profesyoneli tarafından önerilmedikçe kontrolsüzce kullanmaması; besin kaynakları yoluyla vitamin gereksinimlerinin karşılanması için önerilmelidir.

Alkol ve Kanser

Son on yılda yapılan çalışmalar kronik alkol tüketiminin farklı kanser türlerinin gelişimi için önemli bir risk faktörü olduğunu tartışmasız bir şekilde kabul etmektedir. Risk artışı temel olarak yaşam boyu alkole maruz kalma düzeyinden etkilenmektedir. Bu sebeple alkol tüketimi bırakıldıktan sonra alkole bağlı risk azalmaktadır Alkol alımı ile meme kanseri riski arasındaki ilişki doğrulanmıştır. Avrupalı kadınlar için, alkol alımında günlük her 10 gramlık artışta meme kanseri riskinde %3 artış gözlenmiştir. Alkol tüketiminin kesilmesi, karaciğer kanseri riskinde yılda % 6-7 oranında azalma sağlamaktadır.

Şişmanlık ve Kanser

Şişman olan bireylerde kanser riski -kanser türüne göre değişen derecelerde-artmaktadır. Fazla kilo ve obezite, meme kanseri, kolon, endometriyum, böbrek, yemek borusu, pankreas, safra kesesi, karaciğer ve yumurtalık kanseri riskinde artışa sebep olabilmektedir. 65 yaş ve üstü 7000'den fazla kadınla yapılan bir çalışmada; %5 ve üzerinde kilo kaybı olan kadınlar, kilosu değişmeyen kadınlarla karşılaştırıldığında meme kanseri riskinin %25 ile %40 oranında azalma sağladığı görülmüştür.

Katkı Maddeleri ve Kanser

Gıda katkı maddeleri, tüketiciye sunulan gıdaların lezzet ve görünüş gibi duyusal özelliklerini arzu edilen duruma getirmek, gıda değerini korumak, kalite özelliklerini korumak, raf ömrünü uzatmak ve gıda çeşitliliğini arttırmak için teknolojik amaçlar doğrultusunda kullanılmaktadır. Isıyla işlenmiş ve kürlenmiş et ürünlerinde bakterilerin gelişimini önlemek için ve ayrıca gıda sanayinde renk koruyucu olarak kullanılan katkı maddelerinin, ısının etkisiyle kanser oluşumuna

neden olan olduğu bildirilmiştir. Yaygın olarak kullanılan sentetik tatlandırıcıların kansere sebep olabileceğinden dolayı doğal tatlandırıcılara yönelinmiştir. Gıda katkı maddeleri, yasaların öngördüğü ve teknolojinin gerektirdiği miktarlarda kullanılmalı ve denetlenmelidir.

Besinlerin Hazırlama, Pişirme, Saklama Yöntemleri ve Kanser

Besin pişirmede yüksek ısı kullanıldığında besin ögesi kaybı ve kansere neden olabilecek bazı bileşiklerin oluşumu gözlenir:

Heterosiklik aminler; kırmızı et, kümes hayvanları ve balıkların tavada kızartılması, mangalda pişirilmesi sırasında meydana gelir. Uzun süreli beslenme çalışmaları sırasında ağız boşluğu, karaciğer, mide, akciğer, kalın bağırsak, prostat ve meme kanserine neden olabildiği bilinmektedir. Bu zararlı bileşiğin oluşumunu azaltmak için; mangalda, kızartma gibi pişirme yöntemleri azaltılarak, daha sağlıklı olan fırın veya haşlama yöntemleri tercih edilmelidir. Besinleri çok yüksek ısıya uzun süre maruz bırakmamak, tavuk eti derisiyle pişirildiğinde derisini ayırarak tüketmek, kızarmış besinler tüketileceğinde dış kabuğunda bulunan yanmış kararmış kısımları uzaklaştırmak, kanserden korunma yöntemlerindendir.

Polisiklikaromatik hidrokarbonlar; kömür, odun ızgarasında dumanlanma yoluyla pişirmede, ısınan ette eriyen yağların kömürün üzerine düşmesiyle oluşur. Yağ içeren tüm vücut dokularına girebilir. Özellikle böbrek ve karaciğerde birikirken, küçük miktarları da böbrek üstü bezinde, yumurtalıklarda ve dalakta birikir. Uzun vadeli çalışmalarda bu bileşiklere yüksek seviyelerde maruz kalmak; soluma nedeniyle akciğer kanseri, gıdalarla tüketilmesi nedeniyle mide kanseri, cilt ile temas sonucu cilt kanseri gelişebildiğini göstermiştir. Mangalda pişirme yöntemi kullanımının azaltılmasıyla veya duman filtresi, duman jenaratörü ve reçinesiz ağaç kullanımı ile oluşumu azaltılabilir.

Akrilamid; besinlerde karbonhidratların yüksek ısıda pişirilmesiyle ve patates, tahıl gibi besinlerin kızartılması ile oluşur.

Kızartma yağlarını üç defadan fazla kullanmak yağın yanmasına sebep olur. Yanmış yağ kanserojenler içermektedir. Yağda kızartma yapılırken, kızartma süresi arttıkça oluşan kanserojenik bileşik miktarı artar.

Nemli ve sıcak koşullarda saklanan yağlı tohumlar, tahıllar, kuru meyveler ve baharatlarda çoğalabilen mikroorganizmalar bazı toksinlerin (aflatoksin) özafagus ve karaciğer kanserlerine neden olduğu bilinmektedir. Bu nedenle depolama uygun koşullarda, buzdolabı ve serin depolarda yapılmalı ve küflenmiş besinler hiçbir şekilde tüketilmemelidir. Yoğurt, pekmez, salça, reçel ve turşu gibi besinlerin boşalmış deterjan veya ilaç kutularında, boyalı plastiklerde saklanması; saklama kabından, kansere yol açan kurşun gibi bazı ağır metallerin ve kimyasalların vücuda alınmasına yol açar. Bu sebeple, yiyecekler kesinlikle besinlerin saklanması için yapılmış olan kaplarda saklanmalı ve özellikle cam kaplar tercih edilmelidir.

KANSERDEN KORUNMADA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Prof. Dr. Seçil ÖZKAN
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Sağlık okuryazarlık kavramını World Health Organization (WHO) "İnsanların sağlıklarını koruması ve sürdürmesi, sağlıklarına katkıda bulunmayı sağlayacak şekilde; bilgi kaynaklarına ulaşabilmeleri, bu bilgileri doğru anlamaları ve kullanmalarını belirleyen istekleri ve sosyal becerileri" şeklinde tanımlamaktadır (Kickbusch, Pelikan, Apfel ve Tsouros, 2013:7). Sağlık okuryazarlığının, kısaca toplumun sağlığının korunması ve sürdürülmesinde sosyo-kültürel bir araç olduğu da ifade edilebilir. Dünya genelinde temel sağlık okuryazarlık (SOY) düzeyinin gelişmekte olan ülkeler gibi gelişmiş ülkelerde de düşük olduğu ve yetersiz-sınırlı sağlık okuryazarlık oranının %7-%47 arasında değişiklik gösterdiği belirtilmektedir (Yılmazel ve Çetinkaya, 2016). Avrupa'nın sekiz ülkesinde yapılan sağlık okuryazarlığı araştırmasında genelde her iki katılımcıdan birisinin yetersiz-sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyinde (%29-%62 arasında) olduğu belirlenmiştir (Sørensen ve diğerleri, 2015). Weiss (2015) çalışmasında Amerikalı yetişkin nüfusun yaklaşık %50'sinin yetersiz-sınırlı sağlık okuryazarlığı becerisinde olduğunu belirtmiştir. Ülkemizde 2017 yılında Özkan ve arkadaşları tarafından yapılan "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması" çalışmasında, halkın %68,9'unun yetersiz ve sınırlı-sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu belirlenmiştir (Özkan ve diğerleri, 2018:43, 78).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), kanseri "Vücudun herhangi bir doku veya organında başlayabilen anormal hücrelerin kontrolsüz bir şekilde çoğalarak diğer organlara yayılması ile görülen bir hastalık" olarak tanımlamıştır (WHO, 2018:9-11). Kanser görülme sıklığı dünyada olduğu gibi ülkemizde de gittikçe artarak insanları maddi ve manevi kayıplara uğratmakta ve ülkelerin sağlık sistemlerini de sosyo-ekonomik olarak etkilemektedir. Son araştırmalara göre, kanser hastalığı dünyada ölüm nedenleri arasında dolaşım sistemi hastalığından sonra ikinci sırada yer almaktadır (WHO, 2018; Mattiuzzi ve Lippi, 2019).

Bireylerin kanser konusunda sağlıklı karar alabilmeleri ve ihtiyaç duydukları sağlık bilgileri ile hizmetlerine erişebilmeleri, bu bilgileri anlama ve uygulama kabiliyetine sahip olmaları için SOY gerekli bir unsurdur (Simmons ve diğerleri, 2017). Sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olan bireylerin koruyucu sağlık hizmetlerinden daha az yararlandıkları, tedavi edici hizmetleri daha fazla kullandıkları, gereksiz yere hastanelere daha sık başvurdukları, kanser gibi erken teşhis edilebilen hastalıkların tarama faaliyetlerinden yeterince faydalanmadıkları görülmektedir. Bu durum sağlık sistemine ekonomik yük getirmekle kalmayıp, yüksek morbidite ve mortaliteye yol açmaktadır. Aynı zamanda, düşük sağlık okuryazarlık düzeyi olan bireylerin pek çok sağlık çıktılarına neden olması, sağlık okuryazarlığının halk sağlığının önemli konuları arasına girmesine neden olmuştur (Özkan ve diğerleri, 2018:78- 84).

Kanser konusunda bilgi arama, kanserin önlenmesi ve kontrolü için önemli bir davranıştır ve düşük sağlık okuryazarlığı bilgi aramanın önünde bir engel oluşturmaktadır (Kobayashi ve Smith, 2015). Bilgi aramanın, kanser önleme, erken teşhis, tedavi ve hayatta kalma süreci boyunca bilinçli kararlar verme ve davranış değişikliğinin geliştirilmesi için bir yol olabileceği belirtilmektedir (Viswanath ve diğerleri, 2012; Ramírez ve diğerleri, 2013). Birçok araştırmada, eğitim düzeyi yeterli olan insanların sağlık bilgilerine daha iyi erişebildikleri, bu bilgileri daha iyi anladıkları ve hastalık önleme ve sağlığı geliştirme davranışlarında bulunma olasılıklarının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Okyay ve Abacıgil, 2016:40; Uğurlu ve Akgün, 2019; McDaniel, Nuhu, Ruiz ve Alorbi, 2019). Sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olan bireylerin koruyucu sağlık hizmetlerini daha asgaride kullandıkları, kronik hastalık durumlarını iyi yönetemedikleri, ölüm ve hastalık oranlarının yüksek olduğu görülmektedir. Bu gibi durumların sağlık sistemine ek yükler getirmekte olduğu da bilinmektedir (Çopurlar ve Kartal, 2016; Özkan ve diğerleri, 2018:85; Ferlay ve diğerleri, 2019). Sağlık okuryazarlığı ile koruyucu sağlık hizmetleri ilişkisi değerlendiğinde, düşük sağlık okuryazarlık düzeyinin tarama testlerinin uygulanması açısından önemli bir engel olduğu görülmektedir (Çopurlar ve Kartal, 2016). İngiltere'de yapılan bir araştırmada, sınırlı sağlık okuryazarlık durumunun, kamuya açık kolon kanseri tarama programına katılımında engel teşkil ettiği gösterilmiştir (Kobayashi ve Smith, 2015).

Kanser farkındalığında sağlık okuryazarlık düzeyinin iyileştirilmesi bireylerin kendi sağlık sorumluluğunu alarak sağlıklarını korunmalarında, sağlık sektörü dâhil diğer sektörlere ve politika yapıcılarına birçok görev düşmektedir (Avcı, 2016; Orun, 2017; Özkan, 2018). Toplumun sağlık okuryazarlık düzeyinin geliştirilmesi için sağlık eğitimlerine, çocukluğun erken dönemlerinden itibaren önem verilmeli, kanserden korunma ve tarama programları ile sağlığın geliştirmesini de içeren farkındalık faaliyetleri arttırılarak sürdürülmesi önemlidir (Orun, 2017; Tekpınar, Özen ve Aşık, 2018; Değer ve Zoroğlu, 2021).

CURRENT DEVELOPMENTS IN CANCER DIAGNOSIS

Babikir Ismail, MBBS, MD, MRCPath, CCST, FRCPath.

Senior Consultant pathologist at CCCRC – Oman.

Incidence of Cancer:

A cancer incidence rate is the number of new cancers of a specific site/type occurring in a specified population during a year, usually expressed as the number of cancers per 100,000 population at risk. That is,

Incidence rate = (New cancers / Population) x 100,000

Statistics at a Glance: The Burden of Cancer in the United States:

- In 2020, an estimated 1,806,590 new cases of cancer will be diagnosed in the United States and 606,520 people will die from the disease.
- The most common cancers are: breast cancer, lung and bronchus cancer, prostate cancer, colon and rectum cancer, melanoma of the skin, bladder cancer, non-Hodgkin lymphoma, kidney and renal pelvis cancer, endometrial cancer, leukemia, pancreatic cancer, thyroid cancer, and liver cancer.
- Prostate, lung, and colorectal cancers account for an estimated 43% of all cancers diagnosed in men in 2020. For women, the three most common cancers are breast, lung, and colorectal, and they will account for an estimated 50% of all new cancer diagnoses in women in 2020.

Cancer Incidence in Europe:

Introduction: Europe contains 9% of the world population but has a 25% share of the global cancer burden. Up-to-date cancer statistics in Europe are key to cancer planning. Cancer incidence and mortality estimates for 25 major cancers are presented for the 40 countries in the four United Nations-defined areas of Europe and for Europe and the European Union (EU-28) for 2018.

There were an estimated 3.91 million new cases of cancer (excluding non-melanoma skin cancer) and 1.93 million deaths from cancer in Europe in 2018. The most common cancer sites were cancers of the female breast (523,000 cases), followed by colorectal (500,000), lung (470,000) and prostate cancer (450,000). These four cancers represent half of the overall burden of cancer in Europe. The most common causes of death from cancer were cancers of the lung (388,000 deaths), colorectal (243,000), breast (138,000) and pancreatic cancer (128,000). In the EU-28, the estimated number of new cases of cancer was approximately 1.6 million in males and 1.4 million in females, with 790,000 men and 620,000 women dying from the disease in the same year.

Incidence of Cancer in Africa:

Estimated number of new cancer cases vs. deaths and distribution (%) by type (excludes non-melanoma skin cancer) in sub-Saharan Africa, both sexes, 2018. There were an estimated 752,000 cancer cases. The leading cancer cases are breast (15%), cervix (15%), prostate (9%), colorectum (6%), liver (5%), non-Hodgkin lymphoma (4%), Kaposi sarcoma (4%), and other cancers (42%).

Estimated number of new cancer cases vs. deaths and distribution (%) by type (excludes non-melanoma skin cancer) in sub-Saharan Africa, both sexes, 2018. There were an estimated 752,000 cancer cases. The leading cancer cases are breast (15%), cervix (15%), prostate (9%), colorectum (6%), liver (5%), non-Hodgkin lymphoma (4%), Kaposi sarcoma (4%), and other cancers (42%).

Global Problem:

- As you could see the issue of cancer is global;
- Mortality is decreasing in developed nations due to high technology in imaging & diagnosis; while incidence is increasing in developing countries due to aging.
- Systematic & standardized management of cancer will lead to early detection & consequently reduce mortality

Role of Pathology & Laboratory Medicine in Reducing Cancer:

- Good pathology service is an integral part of integrated management of cancer.
- Also pathology besides imaging play a role in early detection of cancer.
- This will be discussed in the subsequent sections:

Pathology Perspective:

This includes histopathology & cytology;

Histological diagnosis is a pre-requested for oncotherapy.

Histological reporting on cancer now follows standardized approach (CAP protocols & minimum datasets of RCPath of UK).

This is presented in synoptic reports (core & non-core data);

CAP Synoptic Reporting:

- Surgical Pathology Cancer Case Summary Protocol posting date: February 2020
- INVASIVE CARCINOMA OF THE BREAST: Biopsy Notes
- Procedure ___ Needle biopsy ___ Fine needle aspiration ___ Other (specify):
- Tumor Size ___ Microinvasion only (≤1 mm) ___ Greatest dimension of largest invasive focus >1 mm (millimeters): ___ mm, or at least ___ mm ___ Greatest
- Histologic Type
- Histologic Grade (Nottingham Histologic Score)

Example of Synaptic Reporting – Breast Biopsy:

- Glandular (Acinar)/
- Tubular Differentiation; Score 1 (>75% of tumor area forming glandular/tubular structures) ___ Score 2 (10% to 75% of tumor area forming glandular/tubular structures) ___ Score 3 (<10% of tumor area forming glandular/tubular structures)
- Nuclear Pleomorphism; ___ Score 1 ___ Score ___ Score 3 ___
- Mitotic Rate: Score 1 ___ Score 2 ___ Score 3 ___
- Overall Grade ___ Grade 1 (scores of 3, 4, or 5) ___ Grade 2 (scores of 6 or 7) ___ Grade 3 (scores of 8 or 9)

Cytopathology:

This has two roles in diagnosing cancer:

Diagnostic (FNA), fluids, smears etc ..

Screening for cancer: breast, cervix;

Advantages: : cheap, quick, low technology;

Disadvantages: needs expertise

Molecular Biology, NGS, PCR etc:

- Needed for certain tests: PDL-1; HER2 by FISH
- Cancer genes
- These are highly These are expensive & require also high expertise.

Cancer Staging:

- Two types of staging: clinical & pathological.
- Currently radiologists are involved in staging, but treatment requires pathological stages.
- This is done retrospective, i.e. after surgery.
- It includes three elements: Tumour (T), nodes (N) & metastasis, (M).
- Tumour stage: 1-4 (depends either on size or thickness or both);
- Nodes: 1-3: depends on number of positive nodes
- Metastasis: presence or absence: M0, M1, M2 or Mx
- Example: T1, N0, Mx

Tumour Boards, (MDT's):

- Cancer management is now through specialist multidisciplinary teams which includes: surgeons, physicians, oncologists, radiologists, radiotherapists, specialist nurses, palliative care team, genecists, psychologists & social workers.
- All decisions are discussed in this team.
- Radiology and pathological findings are discussed & challenged in this meeting.

Roles of Other disciplines of Pathology (Lab Medicine):

Tumour markers are blood tests: CA125, CA19-9 etc...

Peripheral smears, ESR & CRP are all tests that can raise suspicion of cancer;

Viruses like: HPV, EBV, Hep C, & HIV can all cause cancer & their detection is important.

Self-Assessment & Clinical Suspicion:

Finally: first step towards diagnosing cancers: health awareness, self-assessment or check with doctors early on.

RADYASYON ONKOLOJİ MERKEZLERİ VE PROTON RADYOTERAPİSİ

Doç.Dr.Fatih GÖKSEL
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr.A.Y Onkoloji EAH
Radyasyon Onkolojisi AD

Özet:

Kanser beraberinde getirdiği sağlık sorunlarının yanı sıra, maddi ve manevi yönden uzun süreli mücadele gerektiren bir hastalıktır. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre kanser yükü geçtiğimiz 30 yılda iki kat artmıştır. 2020 yılında dünyada yıllık yeni kanser vakası sayısı 19,3 milyona çıkacağı 2040 yılında ise 32,2 milyona yükseleceği öngörülmektedir. Toplumların yaşlanması ve sanayileşme başlıca neden olarak düşünülmektedir. Kanser orta-ileri yaş hastalığıdır ve yeni kanser tanısı alanların %90'ı 45 yaş ve üzerindeki hastalardır. Kanser, içinde bulunduğumuz 21. yüzyılda başlıca sağlık sorunu olmaya artarak devam edeceği öngörülmektedir.

Radyasyon Onkolojisi; Radyasyon Onkolojisi Uzmanı, Sağlık Fizikçisi (Tıbbi Fizik Uzmanı), Radyoterapi Teknikeri ve Onkoloji Hemşiresi meslek gruplarının ortak çalıştığı bir daldır. Radyasyon onkolojisi konusunda gerekli planlamaların yapılabilmesi için radyoterapi alacak kanserli hasta kapasitesi bilinmesi önemlidir. IAEA her 200 - 250 yeni radyoterapi hastası için bir radyasyon onkolojisi uzmanına, her 300 yeni hasta içinse 1 tedavi cihazı, fizik uzmanı 350 hastaya iki ve tekniker 60 hastaya bir düşecek şekilde planlama yapılması başlangıç için en uygun yaklaşım olacaktır.

İdeal olarak basit bir radyoterapi merkezi yılda 1000 hastayı tedavi edebilecek ve 2 tedavi cihazı ile 1 gelişmiş simülasyon cihazına (CT-Sim, CT, PET-CT vb.) sahip olmalıdır. Merkezler hastane bünyesinde ve iki cihazlı olması önerilir.

Proton radyoterapi sistemleri 1930 yılında keşfedilmesine karşın ilk tedavi 1954'te yapılmıştır. 1930'li yıllardan bu yana bilinmesine karşın günlük kullanıma girmesindeki gecikme, teknolojilerin pahalı ve bakım masraflarının yüksek olmasından dolayıdır. Dünyada bu gün aktif olarak 115 proton (parçacık tedavisi) tedavi merkezi vardır.

Protonların nispeten büyük kütleli olmaları dokudaki saçılmaları azaltır. Hedefe gelen proton demeti fazla dağılmadan tümör üzerine odaklanır, böylece sağlam doku çok zarar görmez. Dozun derinlikle değişmesine bakıldığında maksimum dozun bırakıldığı noktada bir pik oluşur. Protonun enerjisi girdiği derinlikle ilişkilidir. Hangi derinlikte tedavi yapmak istiyorsak ona göre enerji seçilir.

Proton ile en çok tedavi edilen kanser türü uveal melanomdur. Proton tedavisinin kullanım alanında öncelikle pediatrik tümörler yer almaktadır. Çocuklarda, yapılan radyoterapi sonucu oluşabilecek ikincil kanserleri en aza indirmek için tüm vücudun aldığı integral dozu minimumda tutmak temel prensip olup bunu en iyi şekilde proton tedavisi sağlamaktadır.

Protonun Üstünlükleri; Braggpeak özelliği, Daha düşük giriş dozu, Hemen hemen sıfır çıkış dozu, normal dokuyu daha iyi koruma, RBE = 1.1 aynı doz ile daha fazla biyolojik etki, manyetik alanlarla yönlendirilebilmesi sayesinde istenen doz belirtilen doku içinde yoğunlaştırılabilmektedir.

Proton tedavisinin klinik faydaları; Kanserli bölge haricindeki sağlıklı dokuyu en iyi şekilde korur, agresif tümörlerde daha iyi kontrol sağlar, tedaviden sonra ikincil kanser olma olasılığını belirgin azaltır, radyoterapinin tüm yan etki ve toksisitede azalma sağlar, daha fazla doz verebilme imkanı sağlar ve tedavi şansını arttırır, tedavi sırasında ve sonrasında yaşam kalitesini arttırır.

Summary:

Cancer is a disease that requires a long-term struggle, both financially and morally, as well as the health problems it

brings. According to the World Health Organization data, the cancer burden has doubled in the past 30 years. It is predicted that the number of new cancer cases in the world will increase to 19.3 million in 2020 and will increase to 32.2 million in 2040. The aging of societies and industrialization are thought to be the main causes. Cancer is a middle-aged disease, and 90% of those newly diagnosed with cancer are 45 years of age or older. It is predicted that cancer will increasingly continue to be the main health problem in the 21st century.

Radiation oncology; Radiation Oncology Specialist, Health Physicist (Medical Physicist), Radiotherapy Technician and Oncology Nurse is a branch in which occupational groups work together. It is important to know the capacity of cancer patients who will receive radiotherapy in order to make the necessary plans for radiation oncology. Planning in such a way that IAEA will have one radiation oncologist for every 200 - 250 new radiotherapy patients, 1 treatment device for every 300 new patients, two physicists for 350 patients and one technician for 60 patients will be the most appropriate approach at the beginning.

Ideally, a simple radiotherapy center should be able to treat 1000 patients per year and have 2 treatment devices and 1 advanced simulation device (CT-Sim, CT, PET-CT, etc.). It is recommended that the centers be within the hospital and with two devices.

Although Proton Radiotherapy Systems were discovered in 1930, the first treatment was made in 1954. Although it has been known since the 1930s, the delay in its introduction into daily use is due to the expensive and high maintenance costs of the technologies. There are 115 proton (particle therapy) treatment centers active in the world today.

The large masses of protons reduce scattering in the tissue. The proton beam arriving at the target is focused on the tumor without being too scattered, so that the intact tissue is not too damaged. When the dose changes with depth, a peak occurs at the point where the maximum dose is released. The energy of the proton is related to the depth at which it enters. The energy is selected according to the depth at which we want to do the treatment.

The type of cancer most commonly treated with proton is uveal melanoma. Pediatric tumors are primarily used in the field of use of proton therapy. In order to minimize secondary cancers that may occur as a result of radiotherapy in children, keeping the integral dose taken by the whole body to a minimum is the basic principle and proton therapy provides this in the best way.

Advantages of Proton; Braggpeak feature, Lower input dose, Almost zero output dose, better protection of normal tissue, more biological effect with the same dose of RBE = 1.1, the desired dose can be concentrated in the specified tissue thanks to its orientation with magnetic fields.

Clinical benefits of proton therapy; It protects the healthy tissue outside the cancerous area in the best way, provides better control in aggressive tumors, significantly reduces the possibility of secondary cancer after treatment, reduces all side effects and toxicity of radiotherapy, provides the opportunity to give more doses and increases the chance of treatment, during and after treatment improves quality of life.

Kaynaklar:

1.CA A Cancer J Clinicians, Volume: 71, Issue: 3, Pages: 209-249, First published: 04 February 2021, DOI: (10.3322/caac.21660

2.Göksel, Fatih. "Retrospective Evaluation of theLast 10 Years Development of Particle (Proton, Carbon) RadiotherapyCenters." ActaOncologicaTurcica 53.1: 5-16.

3.Goksel, Fatih, et al. "Radiationon cology facilities in Turkey: current status and future perspectives." AsianPac J CancerPrev 12.9 (2011): 2157-62.

4.Planning national radiotherapy services:a practical tool, iaea human health series no. 14 , vienna, 2010

HEMATOLOJI VE KEMIK İLIĞI NAKIL MERKEZI

Doç. Dr. Dilek GÜRLEK GÖKÇEBAY
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Hematoloji Onkoloji Kliniği

Herhangi bir vericiden alınan kök hücrelerin, başka bir alıcıda hematopoetik sistemin tekrar çoğaltılması işlemine kemik iliği nakli denir. Ancak kemik iliği dışında, periferik kan veya kordon kanı da kök hücre kaynağı olarak kullanılabilir bu nedenle sıklıkla "Hematopoetik kök hücre nakli" (HKN) olarak da adlandırılmaktadır. İlk defa 1957'de Thomas ve ark. tarafından kök hücre nakli uygulanmıştır. Sonrasında doku uyumu konusundaki gelişmeler sayesinde başarı oranı giderek artmıştır. Birçok doğumsal benign ve malign hastalığın tedavisinde HKN kullanılmaktadır.

Hematopoetik kök hücre naklinde verici hastanın kendisi (otolog) veya bir başkası (allojenik) olabilir. Doku grubu uygun kardeş verici bulma olasılığı %30 civarındadır. Kardeş vericisi olmayanlarda akraba dışı gönüllü vericiler, aile içi yarı uyumlu vericiler veya kordon kanı seçenek olabilir.

Kemik iliği nakil merkezlerileri hastane enfeksiyonları ve fırsatçı enfeksiyonlar açısından son derece riskli, bağışıklığı ileri derecede baskılanmış hastaların tedavi edildiği özelleşmiş birimleridir. Enfeksiyonlar kök hücre nakli alıcılarında morbidite ve mortalitenin yansıra tedavi maliyetlerini de önemli ölçüde arttırmaktadır. Nozokomiyal enfeksiyonlar hastane ortamında hava, yüzeyler ve su sistemleri ile bulaşabilir. Havayolu ile bulaşın engellenebilmesi için havalandırma sistemlerinin düzenli bakımı, onarım ve inşaat işleri sırasında gerekli önlemlerin alınarak inşaat kaynaklı tozların havaya karışmasının engellenmesi, temas/yüzey yolu ile bulaşın engellenebilmesi için tek kişilik odalar, el yıkamayı kolaylaştıracak hasta başı el yıkama üniteleri ve alkol bazlı dezenfektanların uygun bir şekilde yerleştirilmesi ve su ile bulaşın engellenebilmesi için su boru ve depolarının düzenli bakım ve temizliği gerekmektedir. KİT üniteleri olabildiğince hastane içi trafik yoğunluğunun az olduğu alanlarda ve üst katlarda bulunmalıdır. Birimin camları açılamaz olup çok iyi yalıtılmış olmalı, dışarıdan doğrudan filtrelenmemiş hava girişine olanak tanımamalıdır. Tek kişilik banyo ve tuvaletli odalar bulunmalı ve oda havalandırması odadan koridora doğru pozitif basınçlı (minimum 2,5 Paskal) ve HEPA filtre sistemi ile havalandırması gerçekleştirilmelidir. HEPA (High Efficiency Particulate Air Ventilation System)-filtre sistemi havadaki 0,3 µm den büyük parçacıkların %99.97 sini temizleyebilmelidir. Tüberküloz gibi hava yolu ile bulaşabilecek enfeksiyonu olan hastaların odasında negatif basınç uygulanır ve basınç koridora verilmeden direk hastane dışına uzaklaştırılır. Havalandırma sistemlerinin giriş ve çıkış noktalarının güvercinler ve dışkılarından uzak tutulması önemlidir. Havalandırma sistemlerinin kesintisiz çalışması ve bu nedenle kesintisiz güç kaynağı ve/veya jeneratöre bağlı olması çok önemlidir. Havalandırma sistemlerinin büyük önemine karşın hastane enfeksiyonlarının en temel nedeni sağlık personeli kaynaklı temas bulaşıdır. Hastane enfeksiyonlarının önlenmesinde en etkili yöntem düzenli el yıkamaktır. Alkol bazlı el dezenfektanlarının yatak başına yerleştirilmesi ve her hasta için el değmeden el yıkanabilecek ve hasta yatağına veya oda girişine yakın ayrı bir lavabo bulundurulması da uyumu arttırmaktadır. Tetkik amacı ile birim dışına çıkan hastalar N95 maske takmalı eldiven gömlek ve bone gibi özel giysiler ile temas bulaşından korunmalıdır. Transplantasyon ekibinde hematoloji onkoloji uzmanı ve en az 1 yıl KİT eğitimi ve deneyimi bulunan bir servis sorumlusu koordinatör bulunmalıdır. Koordinatör, tüm transplant ekibinden ve yapılan tüm işlemlerden sorumlu kişidir. Bu işlemler verici seçimi, hücrelerin toplanması ve işlenmesi de dahil olmak üzere tüm idari ve klinik işlemleri kapsamaktadır. Kök hücre nakli biriminde çalışan hemşirelerin nötropenik hasta takibinde deneyimli olması ve nakil komplikasyonlarını tanıyabilmesi gerekir. Dünyada son yıllarda kabul görmüş ve Avrupa Kemik İliği Nakli Derneği (EBMT) tarafından kullanılan akreditasyon sistemi ise JACIE Ülkemizde de JACIE akreditasyonu alan merkezlerin sayısı hızla artmaktadır.

Türkiye'de KİT yapan merkezlerle ilgili ilk yasal düzenleme olan Kemik İliği Nakli Merkezleri Ve Kemik İliği Nakli Doku Bilgi İşlem Merkezleri Yönergesi T.C Sağlık Bakanlığının 26.02.2001 tarih ve 1832 sayılı olurları ile yürürlüğe girmiştir. Buna göre:

Tablo . Kemik iliği nakil merkezlerinin bulunduğu hastane bünyesinde bulunması gerekenler.
a. Doku tipleme laboratuvarı bulunmalı ya da ruhsatlı bir doku tipleme laboratuvarından hizmet alacağı,
b. Sitogenetik laboratuvarı bulunmalı ya da başka bir kurumdaki sitogenetik laboratuvarından hizmet alacağı, belgelenmeli,
c. Yirmi dört saat hizmet veren hematoloji ve biyokimya laboratuvarı,
d. Histopatoloji,
e. Radyoloji ve görüntüleme,
f. Mikrobiyoloji laboratuvarı,
g. Kan ürünü desteği (eritrosit, trombosit ve diğer kan ürünleri, insan lökosit antijen uyumlu trombositler, filtre edilmiş veya Sitomegalovirüs negatif kan ve kan ürünleri, ışınlanmış kan ürünleri),
h. Eczane,
i. Tüm ana uzmanlık birimleri (göğüs hastalıkları, gastroenteroloji, nefroloji, kardiyoloji, nöroloji, psikiyatri, beyin cerrahisi, enfeksiyon hastalıkları, vasküler ve genel cerrahi),
j. Yerinde bronkoskopi ve endoskopi,
k. Yoğun bakım ünitesi,
l. Nütrisyon desteği, hizmetlerinin sağlanacağı belgelenmelidir.
Her nakilinde doku tipleme laboratuvarı sorumlusunun imzaladığı laboratuvar raporlarının bulunması gereklidir.
Çocuk kemik iliği nakil üniteleri için çocuk cerrahisi ve diğer çocuk üst uzmanlık alanları bulunmalıdır.

1) Kemik İliği Nakli Ünitesi;

a) En az 2 adet tek yataklı hasta odası ve hasta odalarından en az bir tanesi gerektiğinde yoğun bakım odasına dönüştürülebilecek alt yapıya sahip olmalıdır.

*b) Kemik iliği nakli ünitesi ve odaları güncel izolasyon ölçütlerine uygun oluşturulmalıdır. (Değişiklik: 02.05.2007/3902- 01.07.2008 tarihinde yürürlüğe girer.) Allogeneik kemik iliği nakli odaları için izole tek kişilik odalarda pozitif basınçlı hepa filtre sisteminin (merkezi/portatif) olması gereklidir. Hepa- filtre sisteminin en az **0,5** mikrometre partikül tutucu ve en az saatte 12 kez hava değişimi yapacak şekilde tesis edilmesi gereklidir.* (Doğru olan 0,3 mikrometredir)

2) Aferez Ünitesi;

a) Kök hücre ve trombosit toplama cihazları bulunmalıdır,

b) İşlem sırasında hasta veya vericinin yattığı koltuklar bulunmalıdır.

3) Kök hücre İşleme, Dondurma, Saklama (Kryoprezervasyon) Ünitesi;

a) Sıvı Nitrojen tankı, saklama tankları, kontrollü dondurucu veya mekanik dondurma ve saklama imkanları olmalıdır,

b) Laminar hava akımı kabini bulunmalıdır.

4) Kemik İliği Nakli Polikliniği; *Nakil öncesi hasta ve vericilerin değerlendirildiği ve nakil sonrası takiplerin yapıldığı ayrı bir bölüm olarak bulunmalıdır.*

TIBBİ ONKOLOJİ MERKEZİ

Ayşe OCAK DURAN*

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Dr.Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi

Kanser ölüme en sık neden olan sağlık problemi olarak bilinmektedir. 2022 Kanser tedavi ve sağkalim istatistiklerine göre erken tanı , definitif tedaviler ve hedefli tedavilerin onkoloji pratiğine girmesi ile birlikte kanser sağ kalım süreleri son yıllarda artış göstermektedir. Kanser bir çok branşın multidispliner yaklaşımını gerektirir bir tedavi ve takip algoritması gerektirmektedir. Kanser sağ kalım verilerinin de artması ile birlikte bu durum daha kompleks bir organizasyon yapısını gerektirmektedir.

Kapsamlı bir onkoloji merkezinde , tıbbi onkoloji, hematoloji ve kemik iliği nakil, cerrahi onkoloji, radyasyon onkolojisi , radyoloji ve nükler tıp merkezi mutlaka olmalıdır. Hastalara maksimum desteği sunabilmek için, palyatif destek , beslenme, klinik araştırma ve psikoonkoloji merkezide bulunması önerilmektedir.

Tıbbi onkoloji merkezinde solid organ malignitesi tanısı alan hastaların merkeze kabulünden sonra doktorların muayene, tedavi ve takip planını yaptığı muayene odaları bulunmaktadır. Ünitede kemoterapi hazırlık ünitesi ve kemoterapi uygulama alanı da bulunmaktadır.

Kemoterapi ajanları kanser hücresine etki etmekle birlikte diğer sağlam dokularada zarar verdiği bilinen sitotoksik ajanlardır . Kemoterapi hazırlama birimi, kemoterapi ilaçları ile gereksiz teması önleyecek şekilde kemoterapinin güvenlik kabini ve gerekli techizatle ile hazırlandığı yerlerdir. Kemoterapi hazırlama birimi, merkezin günlük kemoterapi hazırlama sayısına gore kurallarla belirlenen geniş ve yükseklikte olmalıdır. Kemoterapi hazırlama ünitesinde , kemoterapi yarı otomotik, tam otomatik robotlarla hazırlanabileceği gibi manuel olarak da hazırlanabilir. Günlük elliden fazla kemoterapi hazırlayan merkezlerde genellikle robotik kemoterapi hazırlama yöntemi kulanılmaktadır. Kemoterapinin robotik olarak hazırlanması sitotoksik temasının minimuma indirmekte, eş zamanlı birkaç kemoterapi hazırlayabilmekte , ünitede çalışacak insane gücünden tasarruf sağlamaktadır. Robotik ünitenin dez avantajı ise kemoterapi setlerinin cihaza uyumlu olması gerekliliği , elektronik aksanda problem olursa cihazın tamamen duruyor olmasıdır. Manuel kemoterapi hazırlaması için mutlaka güvenli negative basınçlı kemoterapi hazırlama kabini olmalıdır. Manuel kemoterapi hazırlamanın avantajı robotik ünitede hazırlanamayan küçük volümlü yada vizköz kemoterapiler hazırlanabilmekte. Manuel kemoterapi hazırlmanın dezavantajı ise sitotoksik ajan ile temas riski ve hazırlama esnasında enjektör ucu yaralanması riskinin olmasıdır.

Kemoterapinin gündüz şartlarında ayaktan hastalar için uygulandığı ayaktan tedavi biriminde, kemoterapi eğitiminin eğitimli bir hemşire tarafından verildiği eğitim birimi, kemoterapi ile oluşacak olası yan etki premedikasyonu için premedikasyon alanı ve kemoterapinin verildiği kemoterapi salonları olması gerekir. Kemoterapi salonunda konforlu kemoterapi koltukları ve hastalar için ayrı infüzyon setleri bulunur. Kemoterapi salonununda, hemşirelerin her an hastaları görebileceği şekilde yerleşim planı yapılmış olmalıdır.

MEDICAL ONCOLOGY CENTER

Ayşe OCAK DURAN*

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Dr.Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi

Cancer is known as the most common health problem causing death. According to 2022 Cancer treatment and survivorship statistics data, cancer survival times have increased in recent years with the introduction of early diagnosis, definitive treatments and targeted therapies into oncology practice. Cancer requires a multidisciplinary approach from many branches and requires a treatment and follow-up algorithm. With the increase in cancer survival data, this situation requires a more complex organizational structure

In a comprehensive oncology center, there should be a medical oncology , a hematology and bone marrow transplant , a surgical oncology , a radiation oncology , a radiology and a nuclear medicine center. In order to provide maximum support to the patients, it is recommended to have a palliative support , nutrition , clinical research and psychooncology center in the comprehensive oncology center.

In the medical oncology center, there are examination rooms where the doctor's examine, make treatment and follow-up plan after the admission of patients diagnosed with solid organ malignancy to the center. There is a chemotherapy preparation unit and chemotherapy application area in the unit.

Chemotherapy agents are cytotoxic agents that are known to affect cancer cells but also damage other healthy tissues. Due to this effect, it should be avoided from contact and inhalation. Chemotherapy preparation unit is the place where the chemotherapy is prepared with the safety cabinet and necessary equipment to prevent unnecessary contact with chemotherapy drugs. The chemotherapy preparation unit should be wide and high, determined by the rules according to the number of daily chemotherapy preparations of the center. In the chemotherapy preparation unit, chemotherapy can be prepared with semi-automatic, fully automatic robots as well as manually. In centers that prepare more than fifty chemotherapy daily, robotic chemotherapy preparation method is generally used. Robotic preparation of chemotherapy minimizes cytotoxic contact, can prepare several chemotherapy simultaneously, and saves manpower to work in the unit. The disadvantage of the robotic unit is that the chemotherapy sets must be compatible with the device, and if there is a problem in the electronic accent, the device will stop. There must be a safe negative pressure chemotherapy preparation cabinet for manual chemotherapy preparation. The advantage of preparing manual chemotherapy is that small volume or viscous chemotherapies that cannot be prepared in a robotic unit can be prepared. The disadvantage of manual chemotherapy preparation may be contact with the cytotoxic agent and injury to the syringe tip during preparation

In the outpatient treatment unit, where chemotherapy is administered for outpatients during the daytime, there should be a training unit where chemotherapy training is given by a trained nurse, a premedication area for possible side effects with chemotherapy and chemotherapy rooms where chemotherapy is given. In the chemotherapy room, there are a comfortable chemotherapy chairs and separate infusion sets for patients. At the chemotherapy unıt a layout plan should be made so that nurses can see patients at any time.

AKCİĞER KANSERİ

Doç. Dr. Tarkan Özdemir

Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Akciğer kanseri dünyada olduğu gibi, ülkemizde de en sık görülen ve en çok ölüme neden olan kanser türüdür. Akciğer kanserli hastaların yaklaşık olarak yarısı ileri evrede, dörtte biri lokal ileri ve dörtte bir kadarı da erken evrelerde gelişmektedir ve bu olguların ancak %15 kadarı 5 yıllık yaşam şansına sahiptir. Akciğer kanserine bağlı ölümlerin %90 kadarı sigara ile ilişkilidir. Türkiye'de OECD ülkelerinde görülen orana benzer şekilde trakea, bronş, akciğer kanserine bağlı ölümlerin oranı tüm ölümler ile kıyaslandığında %5 civarındadır. Sigara dışında, KOAH, İPF gibi kronik akciğer hastalıkları, radyasyon maruziyeti, aile öyküsü, gen sisteminde varyasyonlar akciğer kanseri gelişmesi için tanımlanan diğer risk faktörleridir.

Histopatolojik sınıflama çok geniş bir listeyi içermekle birlikte en sık görülen hücre tipleri, adenokarsinom, squamöz hücreli karsinom ve küçük hücreli karsinomdan oluşmaktadır. Klinisyenin en çok karşılaştığı semptomlar öksürük, kilo kaybı, nefes darlığı, göğüs ağrısı, hemoptizidir. Ayrıca tümörün lokal yayılımına bağlı bölgesel semptomlar ve metastazlara bağlı gelişen semptomlar görülebilir. Son olarak tümörden salgılanan ajanlara bağlı olarak paraneoplastik semptomlar ortaya çıkabilir.

Akciğer kanserinin tanısında görüntüleme yöntemleri ve girişimsel işlemler önemlidir. Akciğer grafisi uygulanabilirliği en kolay görüntüleme yöntemi olmakla birlikte son yıllarda akciğer tomografisinin de ülke genelinde yaygınlığı giderek artmış ve randevu süreleri kısalmıştır. Akciğer grafisinde kitlenin kendisi, kitleye bağlı atelektazi, plevral sıvı gibi görüntüler klinisyenin hastalıktan şüphelenmesine ve ileri tetkikler için hastayı yönlendirmesine neden olmaktadır. Akciğer tomografisinin olası metastazları değerlendirebilmek amacıyla üst batın kesitleriyle birlikte çekilmesi önerilmektedir. Akciğer tomografisi T,N,M evrelemesi için önemli bilgiler verebilmektedir. Ayrıca biyopsi noktasının saptanmasında ve eşlik eden diğer hastalıklarla ilgili de klinisyeni aydınlatabilmektedir. Bronkoskopi flexible olması yani bükülme kabiliyeti nedeniyle subsegment bronşlarına kadar değerlendirme yapabilmekte ve özellikle santral tümörlere ulaşımda ön plana çıkmaktadır. EBUS ise 2,4,7,10,11,12 no'lu lenf nodlarına ulaşabilmekte hem tanıda hem de evrelemede kullanılabilmektedir. PET-BT akciğer kanserinin tanı, ayırıcı tanı ve evrelemesinde kullanılan önemli bir görüntüleme yöntemidir. Kanser hücrelerinde artmış olan metabolik aktiviteye bağlı olarak glukoz tutulumunu tespit eder. SUV max 2.5 altında ise negatif olarak kabul edilebilir. Ancak infeksiyöz ve enflamatuar süreçlerde yalancı pozitiflik olabileceği, karsinoid tümör, 8 mm den küçük lezyonlarda, kaviter lezyonlarda ve bazı adenokarsinomlarda yalancı negatiflik olabileceği unutulmamalıdır. Toraks BT ile kıyaslandığında PET-BT'nin N ve M evrelemede daha üstün olduğu bilinmektedir. Bronkoskopi veya EBUS ile ulaşılamayan periferal lezyonlarda daha yüksek komplikasyon oranlarıyla transtorasik ince iğne aspirasyon biyopsisi yapılabilmektedir. Plevral efüzyonu olan hastalarda ise sitolojik değerlendirme için en az üç torasentez yapılması önerilmektedir. Tanı oranı %80'lere ulaşabilmektedir. TNM evrelemesine göre küçük hücreli dışı akciğer kanserinde Evre IIIA'ya kadar rezeksiyon şansı varken, Evre IIIB ve Evre IV tümörlerde kemoterapi ve radyoterapi tedavinin temelini oluşturur. Hedefe yönelik tedaviler özellikle adenokanser grubunda gelecek vaad etmektedir. Küçük hücreli akciğer kanserinde ise öncelikle kemoterapi ve radyoterapi düşünülür.

PROSTAT KANSERİ: TANISAL YAKLAŞIM VE TEDAVİ

Prof. Dr. Halil Başar
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

Prostat kanseri (PK) tüm dünyada önemli bir halk sağlığı sorunudur. Erkeklerde en sık gözlenen kanser olup kansere bağlı ölümlerde de ikinci sıradadır. 2020 Yılında 1.3 milyon yeni vaka ve 40 000'in üzerinde ölüm bildirilmiştir. Tüm dünyada PK'i görülme insidansı 10-70/100 000 arasında olup, Türkiye'de insidans 35/100 000'dir. Yaşam boyu her altı-sekiz erkekten biri PK adayıdır. Prostat kanseri görülme sıklığı esas olarak yaşa bağlıdır. PK vak'alarının yaklaşık % 70'i 65 yaş üzerinde görülür.

PK biyolojik olarak karmaşık ve heterojen bir kanserdir. Bu heterojeniteyi genetik ve moleküler yapı belirler. İleri yaş, ırk, aile öyküsü ve genetik yatkınlık (BRCA gen mutasyonları) ispatlanmış risk faktörleridir. Ayrıca, coğrafyadan bağımsız olarak diyet, yaşam tarzı ve genetik yapıdan da etkilenmektedir.

Halen, önleyici düzenlemelerin PK riskini azaltacağına dair hiçbir kesin kanıt yoktur; ancak, tüm kanserlerde olduğu gibi sağlıklı (sebze ve meyveden zengin) beslenme, düzenli egzersiz yapma ve sağlıklı kiloda olma PK'nden korunmada önemlidir. Yine, sigaranın PK'e bağlı ölümler üzerine önemli etkisi olduğu gösterilmiştir.

1980 lerden günümüze bir erkeğin yaşam boyu PK olma riski %8den %18e yükselmiştir. Prostat kanseri genellikle ileri bir aşamaya kadar semptomlara neden olmaz. PK taraması için endikasyonlar tartışmalıdır. Ancak, kılavuzlar risk popülasyonunda tarama yapılmasını önermektedir. Universal olarak kabullenilmiş bir tarama protokolü yok; ancak, 51-69 Yaş grubunda tarama önerilmelidir.

Prostat kanseri taraması kanda PSA (prostat spesifik antijen) bakılmasıyla olur. PSA meninin kıvamını düzenleyen bir enzimdir, hastalığa özgü değil, organa özgü bir testtir. PSA, PK tanı ve takibi için kullanılan en yaygın belirteçtir. PSA testinin kullanıma sunulmasından bu yana, yeni teşhis edilen erkeklerin %81'inde lokalize hastalık bulunurken, metastatik hastalık insidansı %75 oranında azalmıştır. Geleceğin en büyük zorluklarından biri tarama ile tespit edilen prostat kanserli hastaların hangilerinin tedavi edilmesi gerektiğini ve hangilerinin aktif izlem yaklaşımı ile yönetilebileceğini belirlemektir. Zira, tanı konulan vakaların yaklaşık %50'sinde aktif bir tedaviye ihtiyaç yoktur.

Prostat kanserli hastada hangi hastanın tedavi edilmesi gerektiğini ve hangilerinin aktif izlem yaklaşımı ile yönetilebileceğini belirleme önemlidir. Hastalığın evresi, düşük/orta veya yüksek riskli olması kadar, hastanın yaşı, komorbidite varlığı ve yaşam beklentisi... de karar vermede önemli rol oynar.

ABD'de 2000'li yılların başında %6,2 oranında "aktif izlem" tercih edilirken; 2006'da %10, 2010-2013 döneminde ise bu oran %40'lara kadar yükselmiştir. 75 Yaş üstü hastalarda ise bu oran %76,2 olarak bildirilmiştir.

Tedavi seçenekleri olarak "Watchful Waiting, Aktif izlem, radikal prostatektomi, radyoterapi ve metastatik prostat kanseri dürümunda hormontedavi ve kemotersapiler" olarak özetlenebilir.

Metastaz sıklıkla kemik (%75.4), akciğer (%16.3) ve karaciğere (%8.3) olur.

Sonuç olarak, PK genellikle yavaş seyirli bir hastalıktır. Aşırı tanıyla (Overdiagnosis) klinik olarak önemsiz kanserin tespiti ve bu yavaş seyirli hastalığın aşırı tedavisi ciddi yan etki riski, finansal ve yaşam kalitesindeki olumsuz sonuçları nedeniyle önemli sıkıntılara yol açabilir. Bununla birlikte lokalize hastalıkta tedavi ile kür şansımız varken, metastaz halinde kür sağlamak pek mümkün değildir. Bu nedenle, alinisyenler arasında "Acaba erken tedavi edip sistemik hale gelmesini önleyelim mi; yoksa, izleyip progresyon gelişince mi tedavi edelim!?" tartışması –halen de- devam etmektedir.

Prostat kanseri hastalığının tarama, tanı ve tedavisi bu gerçeklerin ışığında ve klavuz önerilerine riayet edilerek belirlenmelidir.

PSİKO-ONKOLOJİ UYGULAMALARI

Doç. Dr. Hayriye Dilek Hamurcu,
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr Abdurrahman Yurtaslan
Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi, Psikiyatri AD, Ankara

Kanser gibi yaşamı tehdit eden bir hastalık deneyimi, kişide duygusal, tıbbi, sosyal ve varoluşsal gereksinimleri gündeme getirmektedir. Son 40 yılda kanser tedavilerinde değişiklik olsa da, hastaların emosyonları değişmemektedir. Kanserle yolculuğu daha tolere edilebilir hale getirmekte psiko-onkolojinin katkıları önem taşımaktadır. Psiko-onkoloji; kanser hastaları ve yakınlarının, onkoloji sağlık çalışanlarının, tanı konulma aşamasından itibaren, tüm tedavi süreci boyunca yaşayabilecekleri psikolojik, psikiyatrik, varoluşsal, manevi, sosyal ve etik sorunlarını tespit etmeye ve gidermeye çalışan, multidisipliner çalışmayı gerektiren bir tıp dalıdır. Tıbbi onkoloji, hematoloji, radyasyon onkolojisi, cerrahi onkoloji gibi klinik disiplinlerdeki tedavi ekibi ile psikiyatrist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, onkoloji hemşiresi, manevi bakım uzmanının birlikte çalışmasını gerektirir.

Dünya Sağlık Örgütü, 2008 yılında yayınladığı raporda her ulusal kanser bakım planında onkolojik bakımın psikososyal bileşenlerinin olması gerektiğini ve kanser tedavisi veren kliniklerde psiko-onkoloji hizmetlerinin sunulması gerektiğini belirtmiştir. Kanserde psikososyal sorunlar son derece önemli olmasına rağmen, çoğunlukla gözden kaçmaktadır. Günümüzde kaliteli kanser bakımı ise, hastaların psikososyal ihtiyaçlarının rutin kanser bakımına entegre edilmesini gerektirmektedir. Kapsamlı psikososyal bakım, maliyet etkin, kanser bakımına uyarlanabilir, distres taramasını kapsayan şekilde olmalıdır. Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı, ağrıdan sonra 6. vital bulgu olarak kabul edilen distresin kanserin tüm aşamalarında tanınması, izlenmesi, dökümente edilmesi ve tedavi edilmesi gerektiğini belirtmiştir. Kanser ilişkili distres terimi "doğal olarak görülen üzüntü ve korku duygularından klinik olarak anlamlı düzeyde depresyon, anksiyete veya diğer psikolojik, sosyal veya spiritüel sorunlara kadar değişen, kanserle ve tedavisiyle etkili bir şekilde baş etme becerisini engelleyebilecek, hoş olmayan bir duygusal deneyim" olarak tanımlanmıştır. Distres genellikle kanser teşhisine doğal bir tepki olsa da, kanser hastalarının %13-50'sinin yüksek düzeyde distres yaşadığı bildirilmektedir. Hafif ve orta seviyedeyken distrese etkin müdahale edilmediği durumlarda yüksek seviyede distres oluşabilmektedir. Yüksek düzeyde distresi olan birey yaşamındaki sorunlarla başetmekte zorlanmaktadır. Yönetilemeyen distres ise, bireyin tedaviye uyumunu, kanserden kurtulanlarda sağkalımı ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Kanseri bir yaşamsal kriz olarak ele aldığımızda bu krizi değişim için bir fırsat olarak değerlendirmede psiko-onkoloji hizmetlerinin katkıları önemlidir. Psiko-onkoloji pratiğindeki deneyimlerim, psiko-onkoloji hizmetlerinin maliyet etkin ve kaliteli kanser bakımının önemli bir parçası olduğu kanaatini oluşturmaktadır.

PSYCHO-ONCOLOGY APPLICATIONS

Assoc. Prof. Hayriye Dilek Hamurcu,
University of Health Sciences Dr Abdurrahman Yurtaslan
Health Application Research Center, Department of Psychiatry Ankara

The experience of a life-threatening illness such as cancer raises emotional, medical, social and existential needs. Although there have been changes in cancer treatments in the last 40 years, the patients' emotions do not change. The contributions of psycho-oncology are important in making the journey with cancer more tolerable. Psycho-oncology is a branch of medicine that requires multidisciplinary work in order to identify and solve the psychological, psychiatric, existential, spiritual, social, and ethical issues that cancer patients, their families, and oncology healthcare professionals may face throughout the treatment process, beginning with the diagnosis stage. It requires the collaboration of the treatment team in clinical disciplines such as medical oncology, hematology, radiation oncology, surgical oncology, and a psychiatrist, psychologist, social worker, oncology nurse, and spiritual care specialist.

In the report published in 2008, the World Health Organization stated that psychosocial components of oncological care should be included in every national cancer care plan and that psycho-oncology services should be provided in cancer treatment clinics. Although psychosocial problems in cancer are extremely important, they are often overlooked. Today, quality cancer care requires integrating the psychosocial needs of patients into routine cancer care. Comprehensive psychosocial care should be cost-effective, adaptable to cancer care, and include distress screening. The National Comprehensive Cancer Network stated that distress, which is considered the 6th vital sign after pain, should be recognized, monitored, documented and treated at all stages of cancer. Cancer-related distress has been defined as "an unpleasant emotional experience ranging from naturally occurring feelings of sadness and fear to clinically significant depression, anxiety, or other psychological, social, or spiritual problems that may interfere with the ability to effectively cope with cancer and its treatment". Although distress is often a natural response to a cancer diagnosis, it is reported that 13-50% of cancer patients experience high levels of distress. In cases where the distress is not effectively intervened at mild and moderate levels, high levels of distress may occur. Individuals with high levels of distress have difficulty coping with the problems in their life. Unmanaged distress negatively affects the individual's adherence to treatment, survival and quality of life in cancer survivors. When we consider cancer as a vital crisis, the contribution of psycho-oncology services is important in evaluating this crisis as an opportunity for change. My experience in the practice of psycho-oncology is of the opinion that psycho-oncology services are an important part of cost-effective and quality cancer care.

REFERENCES

1-Bağ B. (2012). Psycho-Oncology, Psychosocial Problems and Measurement Methods. Current Approaches in Psychiatry, 4(4), 449-464.

2-Dubey, C., De Maria, J., Hoeppli, C., Betticher, D. C., & Eicher, M. (2015). Resilience and unmet supportive care needs in patients with cancer during early treatment: A descriptive study. European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society, 19(5), 582–588. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.03.004

3-Heß, V., Meng, K., Schulte, T., Neuderth, S., Bengel, J., Jentschke, E., Zoll, M., Faller, H., & Schuler, M. (2021). Unexpressed psychosocial needs in cancer patients at the beginning of inpatient rehabilitation: a qualitative analysis. Journal of psychosocial oncology, 39(2), 173–188. https://doi.org/10.1080/07347332.2020.1819931

4-Holland, J.C., Wiesel, T.W. (2017). Principles Of Psycho-Oncology. R.C. Bast, C.M. Croce, W.N. Haıt, W.K. Hong, D.W. Kufe, M. Pıccart-Gebhart, R.E. Pollock, R.R. Weıchselbaum, H. Wang, J.F. Holland edit, in Holland-Frei Cancer Medicine, Ninth Edition (p.531-536), Johnwiley & Sons, Inc. Doı: 10.1002/9781119000822.Hfcm048.

5-Hamurcu H.D. (2022). Bölüm 5: Psiko-onkoloji neden önemlidir? Psiko-onkoloji alanında kanser hasta ve yakınlarına öneriler. Gamze Akbulut editör, Sağlık profesyonellerinden kanserle yaşam rehberi içinde. 1. Baskı (s.170-204), Ankara Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti. ISBN: 978-625-7564-43-4

6-National Comprehensive Cancer Network guidelines in oncology version 2.2022. (2022). Distress Management. www.nccn.org.

7-Yalvaç, H.D., Aytaş, Ö. (2011). Onkoloji Hastalarında Stres. İ Balcıoğlu editör, Stres Özel Sayısı içinde (s.44-50), Ankara: Türkiye Klinikleri.

EVDE SAĞLIK UYGULAMALARI

Orhan KOÇ[1], Yasemin KILIÇ ÖZTÜRK[2], Derya KARAKAYA[3]
[1]Op Dr.,T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı,Ankara,Türkiye
[2]Doç. Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir Türkiye
[3]Hemşire, Pursaklar Devlet Hastanesi, Ankara, Türkiye

Türk tarihinde evde sağlık hizmetlerinin tarihçesi gayrıresmi kayıtlara göre çok eski çağlara kadar uzansa da, hizmetlerin resmi kaynaklarda planlı uygulamalarına Selçuklu Devleti ve Osmanlı İmparatorluğu döneminde rastlanmaktadır.

Ülkemizde evde sağlık hizmetleriyle ilgili resmi kayıtlar 15. Yüzyıla kadar uzanmaktadır. Anadolu Selçukluları döneminde Bîmâristan ve Dârüşşifâ gibi kurumlarda görevli doktorlar, evlerde, çarşı ve pazarlarda hastalarına tedavi hizmeti sunmuşlardır. Ayrıca 15. ve 16. yüzyıllarda Asklepion adı verilen tapınaklarda hamilelerin ve ölümcül hastaların tedavi edilmesiyle evde sağlık uygulamalarının geliştiği ve göçebe topluluklara evde sağlık hizmeti sunulmasına öncülük edildiği gözlenmektedir.

Fatih Sultan Mehmet döneminde Darüşşifanın bağlı olduğu vakfın nazırı, hekim ve kâtip haftada bir gün darüşşifada toplanarak hasta olup evine hekim çağırmaya ve ilaç almaya gücü yetmeyenlerin tedavileri ile ilgilenmişlerdir.

Türkiye Cumhuriyeti'nde 1930 yılında 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu çıkarılmış ve bu kanunla doktorların evde muayene ve tedavi uygulamalrı hakkında düzenleme sağlanmıştır.

Evde Sağlık Hizmetleri, kronik veya malign hastalıkları nedeniyle yatalak veya eve bağımlı hale gelen hastalara profesyonel bir sağlık ekibi tarafından kendi ev ortamında fizik muayene, tetkik, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesi, ayrıca hasta ile aile üyelerine sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin bir bütün olarak sunulmasıdır.

Ülkemizde Evde Bakım Hizmetleri Yönetmeliği 10.03.2005 tarihinde 25751 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanmıştır. Bu Yönetmelik ile bireylerin ve toplumun sağlığını koruyup geliştirmek üzere kurulacak evde bakım hizmeti veren sağlık kuruluşlar ile bunları işleten kurum ve kuruluşlar, tüzel ve gerçek kişilerin, kuruluş, işleyiş ve denetimde uyması gereken usul ve esaslar düzenlenmiştir. Hizmet sunumunda sürekliliği esas alan bir model geliştirilerek 24 saat kesintisiz hizmet verilmesi planlanmıştır. Hem resmi hem de özel sağlık kuruluşları bu yönetmelik hükümleri çerçevesinde evde sağlık hizmeti sunmaktadır.

"Sağlık Bakanlığınca Verilen Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" ise 1 Şubat 2010 tarihinde yürürlüğe girmiştir.

Halen Türkiye'de Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurum ve kuruluşları tarafından sunulan evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonu Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü sorumluluğunda yürütülmektedir. Evde sağlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlar bünyesindeki Eğitim ve Araştırma Hastaneleri, genel ve dal Hastaneleri, Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri aracılığıyla görevlendirilen sağlık ekipleri tarafından sunulmaktadır. Evde sağlık hizmet ekiplerinde hekim, hemşire/sağlık memuru/ebe/acil tıp teknisyeni, tıbbi sekreter, şoför, sosyal çalışmacı, psikolog, fizyoterapist ve diyetisyen görev alabilmektedir. Hasta veya yakınları 4443833 (444EVDE) numaralı telefon ile koordinasyon merkezi üzerinden Evde Sağlık Hizmetlerine başvuru işlemlerini başlatabilmekte, ilgili ekipler ise randevu sistemi ile hizmet vermektedir.

Bu sunumda Türkiye'de evde bakım hizmetlerinin gelişimi, evde sağlık uygulamalarının avantaj ve dezavantajları, 2021 yılı veri ve istatistikleri değerlendirilerek evde sağlık hizmetlerinin güncel durumu ele alındı. Ayrıca evde sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesinde sivil toplum kuruluşlarının rolü ve görevleri tanımlandı.Bu alanda öncü bir kuruluş olan Sağlık Dernekleri Federasyonu (SADEFE), sağlık sisteminin birçok alanında faaliyet gösteren, sağlık hizmetlerinde halk, hasta ve sivil toplum arasındaki bağlantıyı sağlayarak, hasta ve dezavantajlı bireylere yönelik savunuculuk faaliyetlerini sürdürmekte, sağlık profesyonellerinin haklarını ve eğitim ihtiyaçlarını destekleyici çalışmalar yürütmektedir. Panel konuşmasında SADEFE Federasyonu bünyesinde yer alan Evde Sağlık ve Sosyal Hizmetler Derneği (EVSAD) ve palyatif sağlık hizmetleri derneği (PASHİDER) başta olmak üzere ilgili derneklerin sürdürdüğü sivil toplum faaliyetleri de ayrıntılı olarak sunulmuştur.

HOME HEALTH CARE PRACTICES

Yasemin KILIÇ ÖZTÜRK[1], Derya KARAKAYA[2]

[1]Assoc. Prof, University of Health Sciences Turkey, Izmir Faculty of Medicine, Family Medicine Department

[2]Spec. Nurse, Pursaklar State Hospital, Ankara, Turkey

Although the history of home health care facilities extends during the ancient times in some informal ways in Turkish history, planned and formal implementation of the services were well organized during the Seljuk State and Ottoman Empire period.

The well defined formal history of home health services in Turkey goes back to the 15th century. During the Anatolian Seljuks period, such as Bîmaristan and Darüşşifa Physicians assigned in institutions visited and provided treatment to patients at homes, open markets and bazaars. Moreover it is thought that home health practices are improved with the treatment of pregnant and terminally ill patients in temples called Asclepion in the 15th and 16th centuries and led to the provision of services in the homes of nomadic communities.

During the reign of Fatih Sultan Mehmet, the overseer, physician and clerk of the foundation to which the Darüşşifa was affiliated, gathered at the hospital one day a week and dealt with the treatment of those who were sick and could not afford to call a physician to their home and to have medication.

In the Republic of Turkey, the Public Health Law No. 1593 was enacted in 1930 and the doctor's examination procedure and treatment process at home was regulated by this law.

Home Health Care Service is the provision of physical examination, tests, treatment and rehabilitation services in their own home environment to patients who have become bedridden or home-bound due to chronic or malignant diseases, additionally the provision of social and psychological support services to patient and family members as a whole by a professional healthcare team.

The Regulation on Home Care Services in our country was published in the Official Gazette with the number 25751 on 10.03.2005. With this regulation, the procedures and principles that should be followed by the establishment, operation and supervision of health institutions providing home care services, as well as the institutions and organizations that operate them, legal and natural persons, are regulated in order to protect the health of individuals and the society. It is planned to provide 24-hour uninterrupted service by developing a continuity-based model in service delivery. Both the governmental and private health institutions provide home health care services with the provisions of this regulation. Moreover; "The Directive on Implementation Procedures and Principles of Home Health Services Provided by the Health Ministry " was put into effect by the Ministry of Health on 1 February 2010.

In Turkey, the coordination of home health services provided by health institutions and organizations affiliated to the Ministry of Health is carried out under the responsibility of the General Directorate of Public Hospitals. Home health services are provided by the healthcare teams stated at Training and Research Hospitals, General or Branch Hospitals, Oral and Dental Health Centers within the body of the Health Ministry and its affiliated institutions. Physician, nurse/ medical staff/midwife/emergency medicine technicians, medical secretary, driver, social worker, psychologist, physiotherapist and dietitian can be assigned at home health care teams. The patients or relatives can start the application process for Home Health Services from the communication center by calling the phone number 4443833 and the teams are delivering the service by appointment systems.

In this presentation the development of home care services in Turkey, the advantages and disadvantages of home

health care practices, the evaluation of the current statistics and situation with the 2021 home health care data were discussed. Moreover the role of non governmental organizations working for the improvement of home health services were described.

The federation of health associations (SADEFE) is a leading organization that operate in many fields of health system, aiming to maintain the advocacy activities for the sick and disadvantaged individuals, and to carry out studies that support the rights and education needs of health professionals by providing the link between the public, the patient and the civil society in health services in Turkey.

The ongoing civil society activities of the relevant associations, especially the home health and social services association (EVSAD) and the palliative health services association (PASHİDER) within the SADEFE Federation, were introduced and presented during the panel speech.

References:

1.Kesik M. Selçuklular'da Sağlık, Sağlık Kurumları ve Tıp Eğitimi. Tarih Dergisi 2020; (71):115-44.

2.https://istanbultarihi.ist/109-klasik-donemde-istanbul-darrusifalari erişim tarihi:07.12.22

3.Kıran İ, Güçlü A. Türkiye'de evde sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi. Selçuk Üniversitesi Akşehir Meslek Yüksekokulu Sosyal Bilimler Dergisi 2022; (13): 107-14.

4.Doğusan AR. Legislation and Development of Home Health Services in Turkey. Ankara Med J, 2019;(3):684-93.

PEDİATRİK ONKOLOJİDEKİ GELİŞMELER

Prof. Dr. Neriman Sarı
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Çocuk Hematoloji-Onkoloji Kliniği

Çocukluk çağı kanserleri oldukça nadir ama en önemli ölüm nedenidir. Çocukluk çağındaki ölüm nedenlerine bakıldığında yüksek gelirli ülkelerde kazalardan sonra ikinci sırayı alırken düşük gelirli ülkelerde enfeksiyon, konjenital kalp hastalıkları ve kazlardan sonra dördüncü sırayı alır. Çocukluk çağı kanserleri içerisinde beyin tümörleri en önemli mortalite nedenidir.

Her yıl 15 yaş altı her 100.000 çocuktan 11-15'i kanser tanısı alır. Bu insidans 15-19 yaş için 21/100.000, 15-39 yaş için (adölesan-genç erişkin grubu) 80/100.000, 40-64 yaş için 550/100.000'dir. Ülkemizde her yıl 150.000 yeni kanser vakasının 2500-3000'i 0-14 yaş arası çocuklarda görülmektedir. Tüm kanser vakalarının %0.5-2'sini çocuklar oluşturur. Ülkemizde kanser tanı oranları yüksek gelir düzeyli ülkelerle neredeyse aynıdır. Ancak Afrika, Güney Asya gibi düşük gelirli ülkelerde hastaların tanı alma oranları %40'a kadar düşmektedir.

Tüm dünyada her yıl 400.000 çocuk ve adölesan kanser tanısı almaktadır. Çocukluk çağı kanserlerinin çoğu önlenemez, tarama ile erken tanı pek çoğunda mümkün değildir. Genel olarak beyaz ırkda ve erkeklerde daha sık görülür. Çocukluk çağı kanserlerinden sağ kalanların sayısı her gün artmaktadır. Veriler yaklaşık her 500 erişkinden birinin çocukluk döneminde kanser ile mücadele ettiğini göstermektedir.

Çocukluk çağı kanserleri erişkin kanserlerinden oldukça farklıdır. Çocuklarda embriyonel tümörler ve sarkomlar sık iken erişkinlerde karsinomlar daha sık görülmektedir. Çocukluk çağı kanserleri etiyolojisinde genetik faktörler çok daha belirgin iken erişkin kanserlerinde çevresel faktörler ön plana çıkar. Çocukluk çağı kanserleri daha yüksek derecelidir, daha kısa sürede metastatik hale gelir. Çocuklarda ileri evre (evre III-IV) hastalık daha fazla görülür. Erişkinlerde ise tanı anında bölgesel tutulum daha sıktır. Metastatik kansere ilerleme için gereken süre, karsinomlar için nispeten uzundur. Çocukluk çağı embriyonel tümörleri ve sarkomları kemoterapi ve radyoterapiye daha hassas iken karsinomlar radyoterapi ve kemoterapiye diğer kanser türlerine göre daha dirençlidir. Erişkinlerde ve çocuklarda aynı tip tümörün moleküler, sitogenetik ve immünolojik özellikleri de önemli ölçüde farklıdır. Bu nedenle ülkemizde genel yaşam hızları çocuklarda %70'e ulaşmışken erişkinlerde %50 civarındadır.

Çocukluk çağı kanser tipleri yaşa göre değişiklik gösterir. Bebeklik döneminde embriyonel tümörler sık iken, erken çocukluk döneminde lösemiler daha sık görülmeye başlar. Santral sinir sistemi tümörleri her yaşta oldukça sık görülmektedir. Geç çocukluk döneminde Hodgkin dışı lenfomalar, adölesan döneminde Hodgkin lenfoma, kemik ve yumuşak doku sarkomları, gonadal tümörler, tiroid ve nazofarenks karsinomları daha sık görülür.

Çocukluk çağı kanserlerinde en önemli prognostik kriterler arasında; hastalığın evresi ve risk grubu, pek çok tümörde hastanın yaşı, tümörün yerleşim yeri ve cerrahi olarak çıkarılabilirliği, tümörün kemoterapi ve radyoterapi hassasiyeti ve tümörün moleküler yapısı yer almaktadır.

Tüm dünyada global olarak çocukluk çağı kanserleri ile ilgilenen iki büyük çalışma grubu vardır. Biri kuzey Amerika kökenli "Children's Oncology Group-COG", diğeri Avrupa kökenli "Societe ınternationale D'Oncologie Pediatrique-SIOP"dur. Her iki grubunda tüm dünya ülkelerinden binlerce üyesi bulunmaktadır. Pek çok klinik çalışma yürütülmektedir. Ülkemizde de "Türk Pediatrik Onkoloji Grubu Derneği" pediatrik onkoloji ile ilgili çalışmalarına devam etmekte, COG ve SIOP ile ilişkilerini sürdürmektedir.

THE CHALLENGES IN DEVELOPING HOLISTIC HEALTHCARE SERVICES ESPECIALLY CANCER SERVICES

Dr Mohd Hishamuddin B Harun, MD (UKM) M Med {Int Med} (USM), DBA [USA], Doc Med Sc {Haematology} (UKM)AM(Malaysia). MedicalConsultant&Haemato-Oncologist,Hospital, Pusrawi, K.Lumpur Malaysia

A healthy nation is pivotal to the existence of any nation. Unfortunately escalating costs in healthcare delivery systems due to changing demography & disease patterns, increasing consumer expectations, new medical technologies and inadequate service integration amongst others, poses formidable challenges to achieving this goal.[1]

To overcome the challenges in the healthcare provision is to equip individuals with the relevant health info encouraging communities to partake in health promotion and prevention hence reducing the cost of treating illness as the old adage says "prevention is better than cure" and a lot more cheaper too. Cost saving via service integration can also be achieved with the application of telehealth.[1]

The Telehealth project was adopted by Government of Malaysia in 1997 [1], developed and operationalized by Medical Online (MOL), a Government linked company from 2000 - 2003 aiming to provide quality health care services for all. It comprised of i) LHP (Lifetime Health Plan) - e-profiling of one's health with the aim of providing healthcare services in continuum ii) CME (Continuing Medical Education) - provision of educational programs for nurses, paramedics and doctors through a private virtual network iii) MCPHIE (Mass Customized Personalized Health Information & Education) - dissemination of public & personalized health info tagged to the profile "grabbed" from LHP data. iv) Teleconsultation (TC) - sharing the patient's data with fellow colleagues or experts with the aim of improving patient care [2].

MOL's experience indicated that lack of legal framework to operate the telehealth systems and a non sustainable business model were some of the pertinent issues that limited the operation of the Telehealth system.[3]

Interestingly,28 years ago four key main areas were identified as causing major morbidity in Malaysia namely Cardio- and cerebrovascular causes (26.18%), Accidents (10.14%) , Perinatal conditions (10.08%) and Cancer (9.23%.[1]

And in 2022, Overall, 48,639 new cancer cases recorded in Malaysia last year, and the cancer incidence in Malaysia is expected to double by 2040.[4] Managing cancer patients can be stressful to both patients and their families and most patients undergo a long arduous process hence a holistic approach is needed whereby well being relies not just on physical health but a comprehensive and close interrelation with psychological, emotional, social, spiritual & environmental states.[5] In addition application of maqasid shariah preserving faith, life, intellect lineage & wealth is expected to be "built in" where appropriate in managing patient in particular patient with chronic illness or cancer.[6]

It is also interesting to note that the challenges in healthcare today include cybersecurity threats, telehealth implementation, invoicing and payments, price transparency mandate, IT healthcare Investments, patient experience, healthcare regulatory changes, healthcare staffing shortages, effective payment models including National Health Scheme which in turn would require Telehealth Network thus respective solutions are required.[7]

In Conclusion Telehealth is an enabler to provide quality healthcare to all (affordable, accessible) with a built in holistic approach & the application of Maqasid Shariah. Any nation aiming to comply with this goal should apply a checklist for its Telehealth readiness before embarking on this ambitious project to ensure relevant regulatory measures are in place - eg Telemedicine Act, Personal ID Act etc.

Also the Telehealth Network services can be used as the backbone for other national healthcare informatic projects such as National Health Scheme Services.

A holistic approach to medicine is the way forward when managing patients especially Cancer patients or patients with chronic illness. Smart partnerships with other key stakeholders for instance national experts in cancer services,

consultants in IT healthcare system, Islamic private hospitals and philanthropists are some of the essentials in developing cost-effective Holistic Healthcare services focusing on Cancer services, which are currently being developed by our group.

References

1. Ministry Of Health (MOH), Malaysia. July 25th, 1997.Malaysia's Telemedicine Blueprint,Leading Healthcare Into The Information Age.

2.Dr. Mohd. Hishamuddin Harun.2001.Integrated Telehealth, The Malaysian Experience.Dtp Enterprise Sdn. Bhd.

3.Dr. Mohd Hishamuddin Harun.2005. The Challenges of The Malaysian Telehealth Business Model- From Medical Online's Perspectives.Dawama.

4.Mastura Md Yusof And Wan Zamaniah Wan Ishak. February 17, 2022. Cancer In My Community: Addressing Increasing Cancer Cases In Malaysia.Cancer. https://www.cancer.net/blog/2022-02/cancer-my-community-addressing- increasing-cancer-cases-malaysia

5.Dr Hayley Willacy. Jul 28th, 2021. Holistic Medicine.Patient.http:// pt.info/doctor/holistic-medicine.

6.Ascarya Ascarya. October, 2016. Measuring The Islamicity Of Islamic Bank In Indonesia And Other Countries Based On Shari'ah Objectives.11th Islamic Conference On Islamic Economics And Finance Kuala Lumpur, Malaysia. Researchgate. https://www.researchgate.net/publication/314093831_MEASURING_THE_ISLAMICI TY_OF_ISLAMIC_BANK_IN_INDONESIA_AND_OTHER_COUNTRIES_BASED_ON_SHAR I'AH_OBJECTIVES

7.May 24th, 2022.Major Challenges Facing the Healthcare Industry Today. PrognoCIS. https://prognocis.com/challenges-in-healthcare-industry/

NUTRITION SUPPORT IN CANCER

Dr Naheeda Mustofa
IMAN Philippines

The lecture covers the current ESPEN Guidelines on Nutrition Support in malignancy, highlighting the need for in-hospital nutrition screening and assessment with collaboration among physicians, dietitians, pharmacists and nurses.

Nutrition support entails knowing whether enteral or parenteral nutrition support can be blended in conventional medical interventions to maximize recuperation and tolerance to cancer treatment.

She shared her personal 14-yr breast cancer survival with Islamic perspectives on health approaches and making use of holistic belief techniques such as Tawakkul blended with Salah, Ramadhan and fasting regimens, natural food therapies including usage of known fruits and seeds recommended by the Prophet Muhammad (SAW) along with conventional surgical and chemotherapy treatments.

She also shared the App for proper commercial formula for enteral tube feeding called the EN Rx Calculator which is downloadable in Google Play and can be utilized to accurately compute for nutrient contents whenever doctors prescribe the formula.

THE NATURAL PRODUCTS, ANTIOXIDANTS IN CANCER PREVENTION

Dr Norsuhana Omar
Department of Physiology, School of Medical Sciences, USM Health Campus.

Cancer is a global epidemic. Cancer trends are showing upward trends in many developing countries and a mixed pattern in developed countries. Cancers which are associated with diet and life style are seen more in developed countries while cancers which are due to infections are more in developing countries. In order to understand the usefulness of natural product in cancer, we need to understand the various factors which could cause cancer. Carcinogenesis is a multi-step process and has multifactorial causes. Development of cancers takes place long after initiation, promotion, and progression steps have taken place. The cellular damage could be by one factor or multiplicity of these factors. The latter is more frequent. Cancer development could occur 10–15 years after exposure to the risk factors.

Natural products, with remarkable chemical diversity, have been extensively investigated for their anticancer potential for more than a half-century. Natural products are considered as a rich reservoir of bioactive compounds with therapeutic potentials for their numerous health benefits. Natural products have been reported to be multi-targeted in their mechanism of action because of their robust phytochemical composition, thus making them more effective compared to the conventional medications which are most often single targeted in their mechanism of action.

In recent years, a number of natural products isolated from herbs have been found to inhibit proliferation, induce apoptosis, suppress angiogenesis, retard metastasis and enhance chemotherapy, exhibiting anti-cancer potential both in vitro and in vivo. These natural products are also reviewed for their therapeutic potentials, including flavonoids (Honey , gambogic acid, curcumin, wogonin and silibinin), alkaloids (berberine), terpenes (artemisinin, βelemene, oridonin, triptolide, and ursolic acid), quinones (shikonin and emodin) and saponins (ginsenoside Rg3), which are isolated from medicinal herbs.

In particular, the discovery of the use of Honey as excellent anti-cancer drugs is also reviewed. Honey is known for centuries for its medicinal and health promoting properties. It contains various kinds of phytochemicals with high phenolic and flavonoid content which contribute to its high antioxidant activity. Antioxidant is any substance whose availability, even in minute concentration inhibits or delays the oxidation of a substrate. Agent that has strong antioxidant property may have the potential to prevent the development of cancer as free radicals and oxidative stress play a significant role in inducing the formation of cancers. Phytochemicals available in honey could be narrowed down into phenolic acids and polyphenols.

For example, a research was done at USM, confirmed that Honey alleviates breast carcinogenesis through modulation of hematologic, estrogenic and apoptotic activities in this experimental breast cancer animal model. Honey may be used as a natural 'cancer-alleviating' agent or as a supplement to chemotherapeutic agents. There is now a sizeable evidence that honey is a natural immune booster, natural anti-inflammatory agent, natural antimicrobial agent, natural cancer "vaccine," and natural promoter for healing chronic ulcers and wounds; some of the risk factors for cancer development. Honey and cancer have sustainable inverse relationship in the setting of developing nations where resources for cancer prevention and treatment are limited.

As conclusion, taken together, the past paradigms have evolved to carry on a new role for natural products in the pharmaceutical industry. With remarkable changes in the landscape of cancer therapy and growing role of cutting-edge technologies, we may have come to a crossroads to revisit the strategies to understand nature products and to explore their therapeutic utility.

THE PREVENTION OF CANCER

Tengku Ahmad Damitri Al Astani Tengku Din

Department of Chemical Pathology & Breast Cancer Awareness & Research Unit (BestARi),
Hospital Universiti Sains Malaysia, 16150 Kubang Kerian, Kelantan, Malaysia.

Cancer is any of a number of diseases characterised by the uncontrollable growth of abnormal cells with the ability to invade and damage healthy bodily tissue. Many cancers can be reduced in mortality by screening and prevention. The goal of screening is to detect abnormalities before they become clinically apparent, allowing for intervention either before cancer develops or at an early stage, when treatment is most often effective. Prevention strategies focus on modifying environmental and lifestyle risk factors that promote cancer. Despite a strong understanding of what factors reduce cancer risk, cancer prevention implementation lags. Prevention, particularly primary prevention, is an effective way of addressing the difficult issue of cancer, as a third to half of cancers could be avoided based on our current understanding of risk factors. The benefits of preventive care extend to the entire population and are not dependent on socioeconomic status; they are also cost-effective, affecting the entire population rather than just high-risk individuals. Cancer has a significant economic and epidemiological impact on society worldwide. More advanced imaging and diagnostic tools, as well as modern medications that selectively target tumour cells, are leading to more expensive treatments that may only be available to a small number of patients. Regulatory actions can have far-reaching consequences, even for future generations; by educating and empowering people, encouraging healthy habits, and promoting self-care, they can begin a positive cycle.

CANCER DIAGNOSIS, TREATMENT AND RESEARCH CENTERS IN RUSSIA

Makka Tsueva

The number of cancer patients in the Russian Federation who received medical care increased by 1.5% in 2020 compared to 2019.

It exceeded more than 3 million people.

This is stated in the report of the Ministry of Health of the Russian Federation for January-December 2020.

"According to the Compulsory Medical Insurance Fund, in January-December 2020, medical care was provided to 3,186,161 patients with cancer, which is more than the same indicator in 2019 by 46,725 patients, or by 1.5%, for a total amount of 298,645.5 million . rubles, which is more by 99,334.3 million rubles, or 49.8%," the document says.

2.2 million patients received outpatient medical care, 336,918 in a day hospital, and 602,350 in inpatient settings. The Ministry of Health of Russia notes that the increase in the number of cases of treatment and hospitalizations is associated with an increase in the detection of cancer. In particular, this is due to the implementation in 2020 of cash incentive payments to doctors for the detection of cancer during medical examinations and preventive examinations of the population.

The fight against oncological diseases is one of the priorities of the national project "Healthcare". For six years, it is planned to reduce cancer mortality to 185 cases per 100,000 population. To achieve this goal, the Government of Russia plans to allocate almost 1 trillion. rubles. Most of the funds will be used to provide Russians with modern medicines in accordance with international clinical guidelines and treatment protocols. The project also plans to create centers for outpatient cancer care, increase the availability of radiation therapy in the country to 80% of the need, and create reference centers for various research methods.

ROLE OF DYSBIOSIS IN CANCER: THE IMPORTANT OF HEALTHY FOOD, LIFE STYLE AND LIVING'S ENVIRONTMENT.

Susilorini

Departement of Pathology Anatomy

Faculty of Medicine University Islam Sultan Agung, Semarang, Indonesia.

Cancer is a complex disease that is always associated with carcinogenesis and changes at the genetic level. Currently, humans are known to be composed not only of their own cells, but also of ecosystems formed by the genome of the microbiota that lives in their bodies which is called microbiome. An imbalance in the microbiota ecosystem in the human body called dysbiosis is known to be the root of the problem that can trigger carcinogenesis and cancer progression. Dysbiosis is divided into 3 types including conditions of lack of good bacteria (synbionts), excessive development of bad bacteria (pathobions) and reduced diversity of ecosystems. The gut is the largest ecosystem in the body, so gut dysbiosis is always associated with many local and systemic diseases such as cancer. Gut dysbiosis will trigger carcinogenesis through direct and indirect mechanisms. The direct mechanism is through translocation of bacteria to the mucosa and intestinal wall which will lead to chronic inflammation and production of free radicals, which creates a microenvironment that is conducive to cancer development. The indirect mechanism is through the production of bacterial metabolites which are genotoxins from processed foods, especially those high in fat, protein and sugar such as colibactin, acetaldehyde and nitrites which are converted into nitrosamines. Exposure to other carcinogens such as radiation and chemicals will increase DNA damage in the form of mutations in genes that play an important role in cancer progression. The process of cancer development will also be enhanced by a bad lifestyle, especially eating and sleeping patterns, stressful conditions and a bad environment. In conclusion The best and most important prevention is to overcome dysbiosis with a healthy diet with balanced nutrition, rich in probiotics, prebiotics and polyphenols. In addition, lifestyle modifications and environmental ecosystem improvements are also needed

Key words: dysbiosis, carsinogenesis, diet, life style, cancer.

EVDE SOSYAL HİZMET VE SOSYAL YARDIMLAR

Ergün Hasgül
Doç. Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü,
Tıbbi Sosyal Hizmet Derneği

Türkiye'de sosyal yardımlar uzun yıllara dayanan bir geçmişe sahiptir. Osmanlı Devleti'nden bugüne vakıflar aracılığıyla bağışla, zekatla sağlanan yardım kültürü, Cumhuriyet Dönemi'ne de taşınmış ve Vakıflar üzerinden yardım faaliyetleri devam ettirilmiştir. Fatih Sultan Mehmet Vakfiyyesinde'de evde sağlığın ve evde sosyal hizmetin öneminden bahsetmiş, bu hizmetlerin sunulmasını vasiyet etmiştir. Aynı şekilde Kanuni Sultan Süleyman, Sultan Abdulaziz ve II. Sultan Abdulhamid gibi Osmanlı imparotları sosyal yardımlara ve vakıf kültürüne önem vermis ve bu alanlarda hizmetler başlamıştır. Günümüz Türkiye'sinde Osmanlı medeniyetinden gelen ve Cumhuriyete taşınan vakıf kültürü Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları ile devam etmektedir. 1986 yılında sosyal yardım alanında kalıcı çözümler getirmek amacıyla Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu (SYDTF) oluşturulmuştur. Fon ile yürütülen sosyal yardım faaliyetleri, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları (SYDV) aracılığıyla gerçekleştirilmiştir. 2004 yılında kurulan Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü, Fonun kaynağını kullanarak sosyal yardım programları uygulamaya başlamıştır. Fon gelirlerini Bütçeye konulacak ödeneklerle, Trafik para cezası hasılatlarından, Radyo ve Televizyon Kurulu reklam gelirlerinden ve Bağış anlayışıyla toplanan paralar oluşturmaktadır. Türkiye'nin her il ve ilçesini kapsayacak şekilde yaklaşık 1000 SYDV hizmet vermektedir.

Sosyal yardımlar alanında Türkiye son 20 yılda önemli bir yol katetmiştir. 4 program ile sağlanan sosyal yardımların sayısı 2022 yılı itibariyle 49'a ulaşmıştır. Sosyal yardımlara harcanan para da 20 yıl içinde yaklaşık 75 kat artış göstererek 97,8 milyar TL'ye ulaşmıştır. Günümüzdeki yardım kolları şunlardır; yaşlı ve engelli maaşı, şartlı doğum yardımı, şartlı sağlık yardımı, şartlı gebelik yardımı, eşi vefat eden kadınlara yönelik nakdi yardım, asker ailelerine nakdi yardım, asker çocuklarına nakdi yardım, kız ve erkek öğrencilere eğitim yardımları, öksüz ve yetim yardımı, gebelik sonrası yardım.

Ayrıca sunulan sosyal yardımlar ile birlikte engelli, çocuk, yaşlı gibi tüm bireyleri kapsayacak kurum modelleri de geliştirilmeye devam etmektedir. Buna göre öncelikle evde sağlık ve evde bakım araçlarının kullanıldığı görülmektedir. Çünkü ev ortamı her bireyin sağlık ve bakımı için öncelikli görülmektedir. Ev ortamında sağlık ve bakımın sağlanamadığı durumlarda devlet ihtisaslaşmış kurumları ile kurumsal bakım hizmetini sunmaktadır. Evde hasta, yaşlı ve engelli bireylerin bakımı için Vefa Evde Bakım projeleri ile 2021 yılında 25,752 bireye hizmet sunulmuştur.

Sonuç olarak, Türkiye'de geçmişten bugüne hasta, yaşlı ve engelli gibi bakıma ihtiyacı olan birey ve ailelerine yönelik öncelikle ev ortamında sağlık, bakım ve nakdi yardım hizmetlerinin planlandığı görülmektedir. Bu hizmetlerde vakıf kültürünün devam ettirildiği görülmektedir. Eğer ki evde ortamında bireyin bakımı mümkün değilse kurumsal bakım hizmetleri ile etkili sağlık ve bakım hizmetine ulaşması sağlanmaktadır.

SOCIAL WORK AND SOCIAL ASSISTANCE AT HOME

Ergun Hasgul

Assoc. Dr., University of Health Sciences, Gülhane Faculty of Health Sciences, Department of Social Work, Medical Social Work Association ergun.

Social assistance in Turkey has a long history. The culture of aid provided by donations and zakat from the Ottoman Empire to the present day was carried over to the Republican Period and aid activities were continued through the Donations. Fatih Sultan Mehmet mentioned the importance of home health and social services at home in her will, and she willed that these services be provided. Likewise Ottoman imperials such as Kanuni Sultan Süleyman, Sultan Abdulaziz and II. Sultan Abdulhamid gave importance to social aid and donation culture and services started in these areas. In today's Turkey, the donationa culture, which came from the Ottoman civilization and moved to the Republic, continues with the Social Assistance and Solidarity Foundations. In 1986, the Social Assistance and Solidarity Encouragement Fund (SYDTF) was established in order to bring permanent solutions in the field of social assistance. The social aid activities carried out with the Fund were carried out through the Social Assistance and Solidarity Foundations (SYDV). The General Directorate of Social Assistance and Solidarity, which was established in 2004, started to implement social aid programs by using the resources of the Fund. Fund revenues consist of appropriations to be placed in the Budget, revenues from traffic fines, advertising revenues of the Radio and Television Board, and the money collected with the concept of donation. Approximately 1000 SYDV provides services to cover every province and district of Turkey.

In the field of social assistance, Turkey has come a long way in the last 20 years. The number of social assistance provided through 4 programs has reached 49 as of 2022. The money spent on social assistance has increased by 75 times in 20 years and reached 97.8 billion TL. Today's help branches are; pensions for the elderly and disabled, conditional maternity benefits, conditional health benefits, conditional pregnancy benefits, cash aid for women whose spouses passed away, cash aid to military families, cash aid to military children, education aids for girls and boys, orphans and orphans aid, post-pregnancy aid .

In addition, with the social assistance provided, institutional models that will cover all individuals such as the disabled, children and the elderly continue to be developed. Accordingly, it is seen that primarily home health and home care tools are used. Because the home environment is seen as a priority for the health and care of each individual. In cases where health and care cannot be provided in the home environment, the state provides institutional care services with its specialized institutions. Vefa Home Care projects provided services to 25,752 individuals in 2021 for the care of sick, elderly and disabled individuals at home.

As a result, it is seen that health, care and cash assistance services are planned primarily in the home environment for individuals and their families in need of care, such as the sick, the elderly and the disabled, from past to present in Turkey. It is seen that the donation culture is maintained in these services. If it is not possible to care for the individual in the home environment, institutional care services provide access to effective health and care services.

BRAIN TUMOR IN ADULTS

Muktader A. Kalbi, MD, MPH, FPNA

Brain tumors are a diverse group of neoplasms arising from different cells within the central nervous system (CNS) or from systemic cancers that have metastasized to the CNS. Systemic cancers most likely to metastasize to the CNS include lung cancer, melanoma, and breast cancer.

Brain tumors can produce symptoms and signs by local brain invasion, compression of adjacent structures, and increased intracranial pressure (ICP). In addition to the histology of the tumor, the clinical manifestations are determined by the function of the involved areas of the brain.

Metastases from a systemic cancer are the most common brain tumors in adults. Among primary brain tumors, meningiomas and gliomas together account for more than two-thirds of all adult primary brain tumors.

Magnetic resonance imaging (MRI) with contrast is the optimal study for evaluation of brain tumors. Computed tomography (CT) has much lower resolution and is relied upon primarily in emergency settings, for a more detailed view of bony structures, and in patients with a contraindication to MRI.

Patients with a suspected brain tumor should undergo history and neurologic examination and brain MRI with contrast. A CT of the chest and abdomen should be performed when metastatic disease is suspected. Unless imaging features are atypical, additional testing is often not necessary prior to diagnostic biopsy or resection.

Glucocorticoids are used to decrease peritumoral edema and elevated ICP in patients with severe symptoms or threatened herniation. Steroids are not necessary in patients with minimal symptoms and should be avoided when there is high clinical suspicion for lymphoma.

Accurate diagnosis of a brain tumor requires an adequate tissue sample for histopathologic and molecular analysis. This may be obtained by stereotactic biopsy or open surgery. Procedure selection is individualized based on suspected tumor type and grade, location, and operability.

SUCCESSFUL AUTOLOGOUS BONE MARROW TRANSPLANTATION IN ACTIVE COVID 1 19 PATIENTS: CASE REPORT FROM PALESTINE

Riad Amer, Ali Sabateen, Yosuf Hamshari, Husam Salameh, Basel Hroub, Hazem Sawalhi and Osama Sawalmeh

Background:

Patients with hematologic malignancies are considered at high risk for COVID 19 infection either from the disease itself or from the treatment. Hematopoietic stem cell transplantation (HSCT), among one of the approved therapies for hematologic malignancies, was performed around the world during COVID 19 era with some regulations such as COVID 19 testing before proceeding with transplantation or cellular therapy. Up to authors' knowledge, none have reported the result of autologous HSCT in an active COVID 19 patient.

Case Presentation:

We describe a successful clinical course of autologous bone marrow transplantation for two lymphoma patients tested positive for COVID 19. Thorough discussion between multidisciplinary hemato-oncology, intensive care and infectious diseases teams was done, and the decision was to proceed towards BMT with some modifications in the transplantation protocol and close monitoring for the patients.

Conclusions:

Our cases lend credence that successful autologous BMT is possible among active COVID 19 patients and the obstacles, which we faced, could be overcome with the collaboration between a highly qualified multidisciplinary team. Despite the potential complications, the benefits of bone marrow transplantation among patients with high risk of relapse and still COVID 19 positive outweighs the risks but further studies are still recommended to support our inference.

Keywords: Lymphoma, COVID 19, Autologous, bone marrow transplantation, hematopoietic stem cell transplantation, Hematology, Palestine.

VISSERAL MANUEL TERAPİ YÖNTEMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Yücel KATI

Serbest Hekim, Lokman Hekim Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Amaç

Bu sunum ile dünya çapında birçok yerde öğrencisi bulunan Dr. Ogulov Alexander Timofeevich'e ait olan Visseral Manuel Terapi (VMT) yöntemi hakkındaki klinik deneyimler ve derlenen yayınlar ile elde edilen bilgilerin sunulması amaçlanmıştır.

Yöntem

Sunum hazırlanırken yazılı kaynaklar, literatür taramaları, klinik deneyimler ile şahsi klinik deneyimlerim kullanılmıştır. Bulunan sonuçlar literatürde tekrar gözden geçirilip süzüldükten sonra bulgu olarak yazılmıştır.

Bulgular

Doğu tıbbı ve Tıbb-ı Nebevi'ye göre, olumsuz duyguların gastro intestinal sistemde (GİS) biriktiği yerlerin olduğu ifade edilmiştir. Öfke karaciğeri, keder akciğeri, üzüntü mideyi, stres kalbi, korku ise böbrekleri yorar denilmiştir. Dr. Ogulov Alexander Timofeevich, manipulatif karın masajını 1975 yılında halk şifacılarından öğrenmiştir. Daha sonra bu yöntemi geliştirerek, uyguladığı VMT yöntemini tüm dünyaya tanıtmıştır. VMT'de sıklıkla iç organların ciltteki kesişme noktaları ve yansıma bölgeleri baz alınmaktadır. Vücut genelindeki veya ciltteki bulgularla kişilerdeki olası sorunlar tespit edilmektedir. Mesela; devamlı karaciğer ve safra kesesi problemleri yaşayanların sıklıkla sağ ayak başparmağı medialinde kistik, keratik yapıların olduğu saptanmıştır. Hatta 'Hallux Valgus'un esasen bir karaciğer sorunu olduğu iddia edilmiştir. Bu dengesizliklerin veya sorunların çözümünde ilgili kişi de uygulayıcı hekim kadar rol almaktadır. Manipülasyonlar için sıklıkla eller, bazen de masaj aletleri kullanılmaktadır. VMT uygulamasında; hafif, hassas; ancak, bir o kadar da kuvvetli manipülasyonlar uygulanmaktadır. Bazı kaynaklarda VMT'nin "Visseral Osteopati" (VO) ile aynı olduğu ifade edilmektedir. Ancak, VMT ve VO pratikte her ne kadar benzermiş gibi görünse de inceleme sonuçlarında aynı tedavi yöntemleri olmadıkları anlaşılmaktadır.

Sonuç

Geçmişten beri halk arasında uygulanan ve insanların tedavi oldukları karın manipülasyonlarının sistematik hale getirildiği VMT uygulaması ile ilgili yeterince bilimsel çalışma bulunmamaktadır. Fakat uygulayıcıların aldığı olumlu yanıtlara bakıldığında, VMT ile ilgili daha çok bilimsel araştırılma yapılmasının son derece önemli olduğu görülmektedir.

Anahtar sözcükler: Masaj, tedavi, visseral manuel terapi

REVIEW OF VISCERAL MANUAL THERAPY METHOD

Dr. Yücel KATI1

Medical Doctor, Lokman Hekim University, Ankara, Turkey

Introduction

With this presentation, it is aimed to present the information obtained with the clinical experiences and compiled publications about the Visceral Manual Therapy (VMT) method belonging to Dr. Ogulov Alexander Timofeevich.

Method

While preparing the presentation, written sources, literature reviews, clinical experiences and my personal clinical experience were used. The results were written as findings after being reviewed and filtered in the literature.

Results

According to eastern and prophetic medicine, the places where negative emotions accumulate are in the gastrointestinal tract (GIS) and anger injures the liver, grief injure the lungs, pensiveness injures the spleen/stomach, joy injures the heart, fear injure the kidneys. Dr. Ogulov Alexander Timofeevich learned about manipulative abdominal massage from folk healers in 1975. Later, he developed this method and introduced the VMT method he used to the whole world. VMT is often based on the intersections and reflection areas of the internal organs on the skin. Possible problems in people are detected with findings in the body or on the skin. For example; it has been determined that those who have persistent liver and gallbladder problems often have cystic and keratic structures in the medial of the right big toe. It is even claimed that 'Hallux Valgus' is essentially a liver problem. In the solution of these imbalances or problems, the person concerned plays as much a role as the practitioner. Hands and sometimes massage tools are used for manipulations. Light, delicate; however, strong manipulations are also applied. In some sources, it is stated that VMT is the same as "Visceral Osteopathy" (VO). However, although VMT and VO seem to be similar in practice, it is understood from the examination results that they are not the same treatment methods.

Conclusion

There are not enough research about the VMT method, which has been applied among the people since the past and where the abdominal manipulations that people are treated are systematized. However, considering the positive responses of practitioners, it is seen that it is extremely important to conduct more research on VMT.

Key words: Massage, manipulation, visceral manual therapy

THE EFFECT OF LISTENING TO THE QUR'AN RECITATION ON CANCER PATIENTS: A SYSTEMATIC REVIEW

Widana Primaningtyas[1], Sari Rahayu[2]

[1]Medical Program, Faculty of Medicine of Sebelas Maret University, Surakarta, Central Java, Indonesia

[2]Academic Hospital of Gadjah Mada University, Yogyakarta, Indonesia

Introductions and Aim: Cancer is one of the highest leading cause of death around the world and its prevalence continues to grow each year. A patient who is diagnosed with cancer will experience prolonged stress, anxiety, and depression. As for the treatment process such as chemotherapy, it takes a great deal of time to resolve and has negative side effects. Various types of non-pharmacological treatment to support patient with chronic and terminal condition is using a spiritual treatment, which was shown to give better impacts emotionally and physically. One of the recommended types is Quran recitation which can provide peace to the believer and give positive effect. The aim of this systematic review was to assess the studies that evaluated the effect of listening to the Quran recitation in cancer patients.

Method: This systematic review study was performed on articles published between January 2018 and November 2022. English and Bahasa Indonesia language articles taken from several online databases including ScienceDirect, PubMed, EBSCO and Google Scholar were searched. Boolean queries are crafted to search the articles, with the keywords "((((((Qur'an) OR (al Qur'an)) OR (quran)) AND (chemotherapy))." The risk of bias across all included studies was assessed using Version 2 of the Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials (RoB 2).

Results: A total 238 articles on the initial search were found, among them 8 articles were selected. Listening to the Qur'an recitation using various surah significantly reduces stress, anxiety and depression level for the cancer patient during their chemotherapy. Two studies reported that listening to the Qur'an recitation also decreasing the incidence of nausea and vomiting also increasing sleep quality. A combination of non pharmacological treatment using Qur'an recitation and aromatherapy showed it's effectiveness in reducing stress levels. One study reported using an application that combines listening to the Qur'an recitation along with physical activities and diet guidance for cancer patient, was proven increasing the sleep quality for the most patients.

Conclusion: Based on the available researches, listening to the Qur'an recitation can be used as a useful non pharmacological treatment, as independent treatment or combined, to reduce stress, anxiety and depression level for the cancer patient during their chemotherapy. Increase the quality of sleep and decrease the incidence of nausea and vomiting are found following hearing the recitation of the Qur'an. However, methodologically robust randomised controlled trials are required in this area.

Keywords: Cancer; Chemotherapy; Qur'an; Treatment

DÜNYA İSLAM SAĞLIK BİRLİĞİ
WORLD ISLAMIC HEALTH UNION
اتحاد العالم الإسلامي للصحة

SAĞLIK DER

HAK-İŞ
ÖZ SAĞLIK-İŞ SENDİKASI

HAPPY® SANTE GLOBAL

HEALTH DIPLOMACY SOCIETY

Mahmudiye Vakfı

NTR

Özel MALTEPE Fizik Tedavi Rehabilitasyon Merkezi

İSTANBUL Health Centers

SAĞLIK DER

WIHU

DÜNYA MÜSLÜMAN SAĞLIK TOPLULUKLARI 7. KONGRESİ ve FUARI

WORLD MUSLIM HEALTH SOCIETIES 7th CONGRESS & FAIR

المؤتمر السابع للاتحاد العالمي للتجمعات الصحية الاسلامية

HILTON GARDEN INN ANKARA GIMAT HOTEL / ANKARA

15-16 December 2022

www.wihu.org.tr