

EDİTÖRLER

Dr. Orhan Odabaşı

Dr. Füsün Sayek

YAYIN KURULU

Prof. Dr. Ufuk Beyazova

Dyt. Şeniz Ilgaz

Dr. Serdar Kula

Dr. Mehmet Özen

Dr. Fatih Sanöz

Dr. Murat Sincan

Dr. Tanju Taşyürek

Doç. Dr. S. Songül Yalçın

Yrd. Doç. Dr. Hakan Yaman

Dr. R. Cenap Yıldırım

BİLİMSEL DANIŞMA KURULU

Prof. Dr. Erdal Akalın

Prof. Dr. Okan Akhan

Prof. Dr. Ayşe Akın

Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu

Doç. Dr. Özen Aşut

Dr. Mehmet Ali Biliker

Prof. Dr. Nazmi Bilir

Prof. Dr. Ayşen Bulut

Prof. Dr. Sudi Bülbül

Prof. Dr. Turgay Coşkun

Doç. Dr. A. Süha Çalikoğlu

Prof. Dr. Ayten Egemen

Prof. Dr. Gülbin Gökçay

Prof. Dr. Bahar Gökler

Prof. Dr. Çağatay Güler

Prof. Dr. Haldun Güner

Prof. Dr. Şükrü Hatun

Prof. Dr. Olcay Neyzi

Prof. Dr. İmran Özalp

Prof. Dr. Zafer Öztekin

Prof. Dr. Faik Sanalioğlu

Prof. Dr. İskender Sayek

Doç. Dr. Selahattin Şenol

Dr. Ali Rıza Tiryaki

Prof. Dr. Ergül Tunçbilek

OKUYUCU DANIŞMA KURULU

Dr. Gülden Aykanat

Dr. Mehmet Akif Kırıl

Dr. Göksel Altınışık Kiter

Dr. R. Ekrem Kutbay

Dr. Alfert Sağdıç

Dr. Mustafa Süttaş

Dr. Mehmet Taşdemir

Dr. Ayşegül Uluutku

YAYINLAYAN

Türk Tabipleri Birliği

SAHİBİ VE SORUMLU YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ

Dr. Füsün Sayek

HAZIRLIK VE TASARIM

Yeter Canbulat - TTB

Mustafa Onaycı - Nurol Matbaacılık ve Ambalaj San. A.Ş.

YÖNETİM İLETİŞİM VE ABONELİK ADRESİ

GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sok 2/4 Maltepe 06570 Ankara

Tel: (0.312) 231 31 79 (pbx) Faks: (0.312) 231 19 52 - 53

E-posta: sted@ttb.org.tr İnternet: www.ttb.org.trSTED Okurları Haberleşme Listesi: stedokur@yahoo.com

SÜREKLİ TIP EĞİTİMİ DERGİSİ

Türk Tabipleri Birliği tarafından birinci basamak hekimlerinin sürekli eğitimi için aylık olarak yayınlanmaktadır.

BASKI

Nurol Matbaacılık ve Ambalaj Sanayi A.Ş. Ankara (0.312) 267 19 45

Bu Sayıda

Cilt	10
Sayı	6
Haziran	2001

Birinci Basamakta Çevre Sağlığı Hizmetleri	206
<i>Dr. Necati Dedeoğlu</i>	
Olgu Sunumu	210
<i>Dr. M. Orhun Çamurdan, Dr. Zeynep Şıklar, Dr. Elif Ergun, Dr. Yıldız Dallar</i>	
Sigara Alışkanlığı ve Bırakma Önerileri	213
<i>Dr. Özen Aşut</i>	
Çocukluk Çağında Otitis Media	216
<i>Dr. Caner Aytekin, Dr. Gönül Tanır, Dr. Ayşin Uçkun</i>	
Birinci Basamakta Depresyon ve Tedavisi	221
<i>Dr. Atilla Soykan</i>	

STED'den	205
TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2001 Sonuçları	212
Tanınız Nedir?	212
<i>Dr. Hakan Yaman</i>	
Genel Pratisyenlik Enstitüsü	224
Siz Olsaydınız	225
Ne Yapmalı?	226
Günlüğümden	229
<i>Dr. Meltem Demir</i>	
Kitap/TTB-STE Kredi Puanı Kazananlar	230
Görkem Büyüyor	231
"Doğumsal Kalp Hastalığında Aşılama"	
<i>Dr. Serdar Kula</i>	
Okuduklarımızdan	232
İletişim	232
Sağlık Ocaklarımızdan	233
Pınarbaşı Sağlık Ocağı/İzmir	
Bizce	234
Ödüllü Bulmaca	235
Acil Yaklaşım/İlk Yardım	236

Kapak Fotoğrafı:

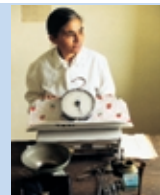
"Hayatım ve Sosyalizasyon"

Abdül Kadir Ekinci

SB Temel Sağlık Hizmetleri Genel

Müdürlüğü Şube Müdürü

Ankara





Merhaba

Mayıs ayı içerisinde önce sizlerin fotoğraflarınızla katıldığınız TTB-STED Fotoğraf Yarışması'nın heyecanını yaşadık. Yarışma Seçici Kurulumuz ince eleyp sık dokudukları bir çalışma sonrası bu sayıdan başlayarak STED kapak fotoğrafı olarak değerlendireceğimiz 12 fotoğrafı, Sosyalleştirme "Genel Kurulu" ve TTB 50. Büyük Kongre'sinde sergilenecek 40 yapıtı seçti. Ayrıca Büyük Ödül ve üç Başarı Ödülü sahipleri belirlendi. Kazananlar Sosyalleştirme "Genel Kurulu"nun açılış konuşmasının hemen ardından yapılan törenle ödülleri aldılar. Açılan sergide yer alan 40 eser büyük beğeni kazandı. Bu yarışmanın her yıl yinelenmesi konusunda beklentiler iletili. Ödül kazananların isimlerini dergimizin bu sayısında yayınlıyoruz. Tüm sanatçı dostlarımızın başarılarının sürmesini diliyoruz.

Mayıs ayı sonlarında yaşadığımız ikinci büyük heyecan oldukça geniş bir katılımı 26-27 Mayıs 2001 tarihinde Ankara'da gerçekleştirilen Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un 40. Yılında Sosyalleştirme "Genel Kurul"uydu. Genel Kurul'un ilk gününde yasanın çıkışındaki Dünya, Türkiye, 1961 Anayasası ortamı konuşuldu. 1961 Anayasası'na göre sağlık hizmeti anlayışı, yasanın özellikleri, felsefesi,

yasanın yanındaki/karşısındaki güçler, yasanın bugün ve gelecekte Türkiye'nin sağlık sorunlarına çözüm üretip üretemeyeceği tartışıldı.

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi sürecindeki yaşanan güçlükleri o günleri yaşayanlardan dinledik. Anılar anlatılırken o günlerin coşkusu dalga dalga salona yayıldı. Başarılanlardan daha iyisini yapmak, tüm güçlüklerin üstesinden gelmek kaçınılmaz bir hedef olarak önümüzde belirdi. Sağlık Hizmeti Sunumunda İnsan Gücü, Yönetim, Finansman, Örgütlenme, Eğitim başlıkları ayrı ayrı sunumlarla tartışıldı.

Toplantı salonunda hekimlerle birlikte aralarında birinci sınıf tıp öğrencilerinin de yer aldığı diğer sağlık çalışanlarının katkıları salonda duygusal anlar yaşamamıza; birlikte üretmenin, ürettiklerimize birlikte sahip çıkmanın, emeğin değerini duyumsamamıza olanak sağladı.

Genel Kurul'un ikinci günü özellikle biz birinci basamak sağlık çalışanları için çok ilgi çekiciydi. Sağlık alanımıza sahiplenme kararlılığımızla sabahın erken saatlerinde "Genel Kurul" ortamına gittik. Oturum öncesi ayaküstü yaptığımız tüm konuşmalar ilk günkü konuşmalardan ne denli etkilendiğimizi ortaya koyuyordu. Çeşitli bakış açılarından sağlık ocağı deneyimleri, bilimsel ölçütlerle sunuldu. Karşılaşılan güçlükler tüm çıplaklığı ile ortaya konuldu. Tek tek tüm sunumlar değerlendirildi. Yaşamdan örnekler verilerek, çözüm önerileri paylaşıldı.

Kırk yıl süresince, şimdilerde pek anımsanmasa da, birinci basamak sağlık çalışanlarının üstesinden geldiği sorunlar gün gibi ortada. Yıllar öncesine göre bizler çok daha donanımlıyız, üstelik kurumsal alt yapımızdan aldığımız bilimsel destekle geleceği çok daha net görebiliyoruz. Yapılacaklar alabildiğine çok ancak bu 40 yılda aldığımız yolda o denli büyük. 40 yılda başardıklarımızı küçümsemeden paylaşabilirsek büyütebileceğimiz inancıyla...

Bilimsel ve Dostça Kalın.



Sosyalleştirme "Genel Kurulu" 26-27 Mayıs 2001/Ankara .



*Dr. Necati Dedeoğlu**

Dünyanın pek çok ülkesinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin çevre sağlığı ile herhangi bir ilişkisi bulunmaz. Birinci basamak sağlık kuruluşları ne çevre koşullarını izlerler, ne işyerlerini denetlerler. Zaten sıklıkla, birinci basamakta yalnızca bir hekim ve bir hemşire çalışmaktadır. Bunlar birinci basamak tedavi hizmetinden ve sağlık eğitimi, bağışıklama, aile planlaması gibi bireye yönelik koruyucu hizmetlerden sorumludurlar. Topluma yönelik çevre sağlığı denetimi, bulaşıcı hastalık mücadelesi, toplum eğitimi gibi koruyucu sağlık hizmetlerini belediyeler ya da sağlık bakanlığına bağlı ayrı örgütler üstlenirler.

Birinci Basamakta Çevre Sağlığı Görevleri

Ülkemizde ise birinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık ocakları; tanı ve tedavi, bireye yönelik koruyucu hizmetler yanında, çevre sağlığı gibi topluma yönelik koruyucu hizmetlerden de sorumludurlar. Bu sorumluluk, içinde çevre sağlığı teknisyeni de bulunan bir ekip tarafından yerine getirilir. Ekibin çevre sağlığı ile ilgili görevleri oldukça fazladır. Belediyelerin ve muhtarlıkların yürütmekle yükümlü oldukları çevre hizmetlerini denetleyecekler, çevre koşullarını ve bunların sağlık etkisini izleyecekler, çevre sorunlarına çözüm politikaları üretecekler, diğer sektörlerle işbirliğine gidip sorunları çözecekler ve konu ile ilgili sağlık eğitimi yapacaklardır. Birinci basamağa çevre görevleri vermekle hizmette bütünlüğün sağlanması amaçlanmıştır. Bu yolla, hekim kendi



bölgesindeki çevre koşulları konusunda bilgi sahibi olarak hastalıkların tanısında ve önlenmesinde daha başarılı olacaktır. Sağlık ocağındaki tüm personel çevre hizmetiyle görevlendirildiği için hizmet yaygınlaşmaktadır. Örneğin, hekim köyde poliklinik, sağlık memuru okulda aşı, ebe evde bebek izlemi yaparken gördükleri çevre olumsuzluklarına müdahale edeceklerdir. Bu yararlarla birlikte, sağlık ocağının çevre sağlığı denetimi ile çevre hizmeti veren belediyelerin ve köy tüzel kişilerinin hizmetlerinin tarafsız bir kurumca denetlenmesi de sağlanmış olmaktadır.

Zamanla Değişim

Sosyalleştirme Yasası'nın uygulamaya girdiği yıllarda ülkemizin nüfusunun %70'i köylerde yaşıyordu. Hem köylerde, hem kentlerde, sağlık ocağı dışında çevre sağlığı hizmeti verebilecek başka bir kurum yoktu. Ancak Sosyalleştirme Yasası'nın çıktığı günden bu yana 40 yıl geçmiştir. Nüfusumuz hem hızla arttı, hem artık %70'i kentlerde yaşıyor. Sanayi kuruluşları çoğaldı, türleri değişti. Nükleer atıklardan, binlerce kimyasal maddeye kadar değişik kirleticiler çevreyi etkiler oldular. Artık sağlık ocağı tuvalet, gübrelik, su sağlığı, çöpler gibi geleneksel çevre sorunları ile çok daha az ilgileniyor. İlgilenilecek çevre konuları arasında elektromanyetik radyasyon, tehlikeli ve zararlı atıklar, çevresel risk değerlendirmesi, turizm sağlığı, gürültü, hava kirliliği, LPG istasyonları gibi çok farklı teknik konular var.

Yine Sosyalleştirme Yasası'nın çıktığı günden bu yana sosyalleştirme yozlaştı. Hem Sağlık Bakanlığı'nda hem illerde büyük kaynak sıkıntısı var; yönetim yok. Planlama, denetim, eşgüdüm yapılmıyor. Gününbirlik sorunlarla ve atamalarla uğraşılıyor. Politikacılar hizmete müdahale ediyorlar. Hekimler çevre sağlığı konusunda bilgisiz ve zaten çoğunlukla ilgilenmiyorlar. Giderek karmaşıklaşan çevre sağlığı sorunları bir tek çevre sağlığı teknisyenin omuzlarında; o da ne bilgi açısından ne gücü açısından bunların üstesinden gelemiyor. Kısacası artık Türkiye'de birinci basamak sağlık örgütü çevre sağlığı hizmeti vermede yetersiz kalmaktadır; sağlık ocağı "çevre"sine sahip çıkamamaktadır.

Sorunlar

Sağlık ocağının yürüttüğü çevre sağlığı hizmetleriyle ilgili diğer güncel sorunları şu şekilde sıralamak olanaklıdır:

*** Sağlık personelinin işyerleri denetleme yetkisi var, fakat yaptırım gücü yoktur.**

Kapatma cezası ya da para cezasının verilip verilmeyeceği kaymakamın ya da belediye başkanının bu konudaki duyarlılığına kalmaktadır. Sağlığa zarar verdiği halde bir türlü kapatılamayan bir işyeri hem personelin saygınlığını zedelemekte hem çalışma isteğini yok etmektedir.

*** Çevre sağlığı konusunda çok fazla politik müdahalede bulunmaktadır.** Bu müdahale hem doğrudan, hem de sağlık müdürlüğü, belediye ya da mülki amirce dolaylı olarak yapılmaktadır. Hekimler sürülmekle, tayinle tehdit edilmektedirler.

*** Çevre sağlığı hizmeti götüren pek çok kuruluş bulunmaktadır.** Örneğin gıda sağlığından hem belediyeler, hem sağlık örgütü, hem Tarım Bakanlığı sorumludur. Bu kuruluşlar arasında eşgüdüm bulunmamakta, bu da hizmette sorunlar yaratmaktadır. Örneğin aynı gıdadan alınan örnekler için farklı laboratuvarlardan farklı sonuçlar verilmektedir. Çünkü numune alış ve analiz tekniği, karşılaştırılan standartlar, vb. farklıdır. Kuruluşlar arası eşgüdüm sağlamakla yükümlü il çevre müdürlükleri hizmet vermeye soyundukları için asıl görevlerini ihmal etmekte, kargaşa sürmektedir.

*** Pek çok ocakta, ya çevre sağlığı teknisyeni ya araba ya benzin ya da bunlardan bir kaç birden bulunmamakta, bu da hizmeti aksatmaktadır** (Sağlık Bakanlığı çevre sağlığı teknisyeni kadroları %62 doludur. Sağ.Bak. İst., 1997). Çevre sağlığı denetimleri için artık çeşitli teknik araçlara gereksinim duyulmaktadır (gürültü ölçer gibi). Teknolojik donanımdan yoksun sağlık ocakları çevre denetim hizmetini gereğince yerine getirememektedir. Örneğin, Antalya'daki Etibank Ferro-krom fabrikasını yasal olarak 13 Nolu Sağlık Ocağı, Yağ Sanayii fabrikasını 10 Nolu Sağlık Ocağı denetlemekle yükümlüyse de her iki ocak da ne personel olarak, ne araç-gereç olarak ne de teknik bilgi donanımı olarak bu görevi yerine getirebilecek güçte değildirler. İllerde bulunan Halk Sağlığı Laboratuvarları da çevreden gelen numunelerin analizi konusunda yetersiz

kalmaktadırlar. Örneğin, gıdada hormon, aflatoksin, tarım ilacı kalıntıları ya da suda ağır metal, radyasyon gibi analizler yapılamamaktadır.

*** Mevzuat sorunludur.** Mevzuat çok fazladır. Mevzuat kitabı tuğla boyutunu geçmiş, briket boyutuna ulaşmıştır ve buna her gün yenileri eklenmektedir. Bir kısım mevzuat eskidir, artık değişmesi gerekmektedir. Örneğin, gıda ile uğraşanlara yapılan periyodik gaita incelemeleri, akciğer grafileri ve doktor muayeneleri 1930 yılında çıkan Umumi Hıfzısıhha Kanunu'na göre yapılmaktadır. Gıda sağlığı ile ilgili bilgilerimiz 70 yıldan bu yana çok değişmiş olup bu tür denetimlerin etkisi tartışmalıdır.

*** Mevzuat çelişkilidir.** Örneğin, bir yönetmelikte konulan sınır değer başka bir yönetmelikte düşürülmektedir. Örneğin, belediye sınırları içindeki ikinci sınıf bir gayri sihhi müesseseye yasaya göre belediye, daha sonra çıkan yönetmeliğe göre mülki amir ruhsat vermektedir.

Çevre sağlığı ile ilgili sorunlar her geçen gün artmakta, konuyla ilgisi ve bilgisi sınırlı bir hekim ve bir teknisyenin kapasitesini çok aşmaktadır. Yetersizlik duygusu yerini apatiye terk etmektedir.

Sorunun en büyüğü devletin çevreye yaklaşım tarzıdır. İfadesini Çevre Yasası'nın 3. maddesinde de bulan "çevre kaygıları kalkınmaya engel olmamalı" düşüncesi ülkemizde çevrenin hızla kirlenmesine, doğal yaşamın yok edilmesine yol açmaktadır.

Çevreyi en çok kirletenler devlet kuruluşlarıdır. Çevrecilerin ve sağlıkçıların şiddetli muhalefetine karşın Gökova'ya termik santral, Akkuyu'ya nükleer santral yapımına karar verilebilmektedir. Ülkenin ormanları özel üniversite ve turizm şirketlerine peşkeş çekilebilmekte, demiryolu politikasını savunanlar komünizmle suçlanmaktadır. Kentler beton yığınına dönmüş, göller, dereler, denizler pervasızca kirlenilebilmiştir. Seyircinin gözüne içine baka baka radyasyonlu çay konusunda yalan söyleyen yetkililere vatandaşın da, sağlık personelinin de güveni kalmamıştır. İnsanlar çevreleri konusunda söz sahibi değildirler; bilgisiz ve yetkisiz bırakılmışlardır. Böyle bir ortamda birinci basamakta çevre sağlığı hizmeti götürmenin fazla bir yararı da bulunmamaktadır.



Yatağan Termik Santrali

Temel Çözüm

Birinci basamakta çevre sağlığı hizmeti verirken karşılaşılan sorunların çözümüne elbette yukarıdaki son maddede belirtilen yaklaşımın değiştirilmesiyle başlamak gerekir. İnsansız kalkınma olmaz. İnsanın ve doğanın sağlığı göz ardı edilerek kalkınılamayacağı gibi, böyle bir ekonomik kalkınmanın zaten bir anlamı olamaz. Üstelik "Tamam; kalkındık. Şimdi çevreyle ilgilenelim" dendiği zaman ortada ilgilenilecek çevre kalmamış olur. Ulusal çıkarları kollayan, uzak görüşlü ve çevreye saygılı kalkınma politikaları uygulanma zamanı gelmiş, geçmektedir. Çevre sağlığı hizmetlerinde de genel sağlık hizmetlerinde olduğu gibi eşitlik (herkes sağlıklı bir çevrede yaşam hakkına sahiptir), sektörler arası yaklaşım, toplumun çevre politikası oluşturulması ve uygulanmasına katılımı, toplumun bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi ilkeleri uygulanmaya geçirilmelidir. Toplumun katılımının ancak demokratik gelenekleri olan, kitle örgütlenmesinin güçlü olduğu toplumlarda gerçekleşebileceği unutulmamalıdır. Yine, elbette sağlık hizmetinin bir meta haline getirilmesi engellenmeli, "özeleştirme", "özerkleştirme" uygulamaları sonlandırılmalıdır. Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri yeniden işlevine kavuşturulmalı, 224 Sayılı Yasa gereğince uygulanmalıdır. Sağlık Bakanlığı'nın bütçesi artırılmalı, buradan koruyucu hizmetlere daha fazla pay ayrılmalıdır. Tıp fakültelerinde birinci basamakta tedavi ve koruyucu hizmetler konularında eğitime ağırlık verilmeli, hekimlerin çalışma koşulları ekonomik ve özlük hakları iyileştirilmelidir. Çalışanlar üzerindeki idari ve politik baskıya son verilmelidir. Belirtilen bu temel konular ele alınmadan ne merkezi ne de birinci basamaktaki çevre sağlığı hizmetlerinde bir gelişme sağlanamaz.

Ancak yukarıdakilerine ek olarak mevzuatta da gerekli düzeltmelerin yapılması, çelişkilerin giderilmesi, görev ve yetki kargaşasının ortadan kaldırılması gerekmektedir. Sağlık ocaklarına mevzuat ve çevre ile ilgili teknik bilgileri düzenli olarak ulaştırılmalı, hekim ve çevre sağlığı teknisyeninin sürekli eğitimi sağlanmalıdır. Sağlık ocağı çevre sağlığı hizmeti götürecek donanım, araç gerece, yeterli laboratuvar desteğine kavuşturulmalıdır. Sağlık müdürlükleri, sağlık ocaklarını denetlemeli, karmaşık konularda hukuki ve teknik destek sağlamalıdır.

Merkezi Hizmet

Öte yandan, bütün bu koşulların yerine getirilmesi halinde bile sağlık ocağı özellikle kentlerde çevre sağlığı hizmeti götürmede yetersiz kalabilecektir. Yazının ilk bölümünde de belirtildiği gibi çevre sağlığı karmaşık bir konu haline gelmiştir. Artık hekim ve teknisyen yanında çevre kimyacı, çevre fizikçisi, çevre hukukçusu, çevre mühendisi gibi elemanlarca götürülmesi gereken bir ekip hizmeti niteliği kazanmıştır. Bu durumda, çevre sağlığı hizmetlerinin birinci basamaktan alınıp kurulacak olan bir Sağlık Bakanlığı Çevre Sağlığı Genel Müdürlüğü'nce, ilde Sağlık Müdürlüğü ve ilçede ise Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı ayrı elemanlar tarafından götürülmesi gündeme gelebilir. Bu biçimde merkezileştirilen çevre sağlığı hizmetleri yaygınlığından kaybetse de gıda mühendisi, çevre mühendisi, hukukçu gibi elemanların çalıştırılması mümkün olabileceğinden daha etkinleşebilecektir. Aslında benzer bir sistem şu anda Antalya ve Bursa'da uygulanmaktadır. Antalya ve Bursa kent merkezindeki sağlık ocaklarında çalışan bütün çevre sağlığı teknisyenleri Sağlık Müdürlüğü'nün Çevre ve



Çevreye farklı bir bakış.

Gıda Kontrol Şube Müdürlüğü'nde toplanmışlardır. Teknisyenler su, gıda, turizm, ruhsat gibi çeşitli birimlere ayrılmışlar, her birime bir araç ve telsiz verilmiş, başlarına birer hekim görevlendirilmiştir. Kent merkezindeki bütün çevre sağlığı hizmetini bu ekipler götürmektedirler. Ekipler kendi konularında uzmanlaştıkları, gerekli mevzuat ve teknik bilgilere kolayca ulaşabildikleri, denetimlere ekip olarak çıktıkları için etkin hizmet vermektedirler. Birimlerde çalışan çevre sağlığı teknisyenleri bu tür hizmetten çok memnundurlar. Yalnız kalmadıklarını, kendi konularına ve kent merkezindeki bu şubeyle ilgili çevre sorunlarına hakim olduklarını, kendilerini güçlü hissettiklerini, eskisine göre çok daha verimli olabildiklerini söylemektedirler. Avrupa'dakine benzer olan bu sistemden sağlık ocağı hekimleri de memnundurlar. Sorunlu ve karmaşık olan, hakkında yeterli bilgiye sahip bulunmadıkları bu hizmeti devretmiş olmaktan, kendi bölgelerindeki denetim ve numune sonuçlarından haberdar edilmediği için yakının bir azınlık dışında, kimse şikayetçi değildir.

Başka Bir Bakanlık

Diğer bir seçenek Umumi Hıfzısıhha Yasası ve diğer mevzuatta gerekli değişiklikleri yaparak çevre sağlığı hizmetini tümünden sağlık teşkilatının sırtından almaktır. Sağlık elemanları multidisipliner bir ekibin elemanı olarak görev alabilirler ancak sorumluluk Çevre Bakanlığı'nda olur. Bu bakanlık merkezde ve illerde deniz, su, hava, toprak kirliliği, gıda

sağlığı, sıvı ve katı atıkların, zararlı ve tehlikeli atıkların yok edilmesi, enerji ve ulaşımın yarattığı çevre sorunları, gürültü ve radyasyon kirliliği, turizm sağlığı, gayri sıhhi müesseseler, çarpık kentleşme gibi konulardaki sorunların belirlenmesi, önceliklerin saptanması, politikalar oluşturulması, strateji ve hedefler belirlenmesi, saptanan sorunların duyurulması, çeşitli resmi ve gönüllü kuruluşlar arasında işbirliğinin sağlanması ve eğitim şeklinde özetlenebilecek çevre sağlığı hizmetlerini götürür. Çevre Bakanlığı hizmet verirken çeşitli bakanlıkların ilgili personelinin (hekim, gıda mühendisi, inşaat mühendisi, jeolog, hukukçu, deniz bilimci, mimar, ziraatçı, kimyager, toksikolog, iş hijyenisti, iletişim uzmanı, biyokimyager, orman mühendisi, nükleer bilimci vb.) yararlanabileceği gibi bünyesindeki çevre sağlığı teknisyeni ve çevre mühendisini de kullanır.

Sonuç

Çevre sağlığı yaşamın kalitesiyle doğrudan ilintilidir. Sağlık, çoğunlukla çevredeki fizik, kimyasal, biyolojik ve psiko-sosyal etmenlerin olumlu ve olumsuz etkisiyle belirlenmektedir. Bu nedenle sağlık teşkilatının çevre konusundaki yetkisini tümünden Çevre Bakanlığı'na devretmesinin doğru olmadığını düşünüyorum. Öte yandan şimdiki haliyle birinci basamakta, hele hekim deposu olmuş merkez sağlık ocaklarında çevre sağlığı hizmeti verilmediği de bir gerçektir. Öncelikle temel sorunların ve sorunlar bölümünde sözü edilen diğer sorunların giderilmesi gerektiği görüşündeyim. Bunlara ek olarak, koruyucu hizmetlerde birinci basamak olan sağlık ocaklarının ve ikinci basamak olan sağlık müdürlüklerinin gıda mühendisi ve çevre mühendisi gibi uzman elemanlarla, gerekli araç gereçle, bilgiyle, mevzuatla donatılmasının hizmeti etkinleştireceğini düşünüyorum. Tıp fakültelerinde ve teknisyen yetiştirilen okullardaki çevre sağlığı eğitimi de yeniden düzenlenmelidir. Gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra çevre sağlığı hizmetinin birinci basamakta verilmesinde yarar olduğu ve bunun mümkün olduğu görüşündeyim. Ancak çevrenin değişiklikleri bekleyecek fazla zamanı kalmamıştır. Yapılması gerekenlerin nasıl hayata geçirilebileceğini hep beraber ve zaman kaybetmeden düşünmeliyiz.





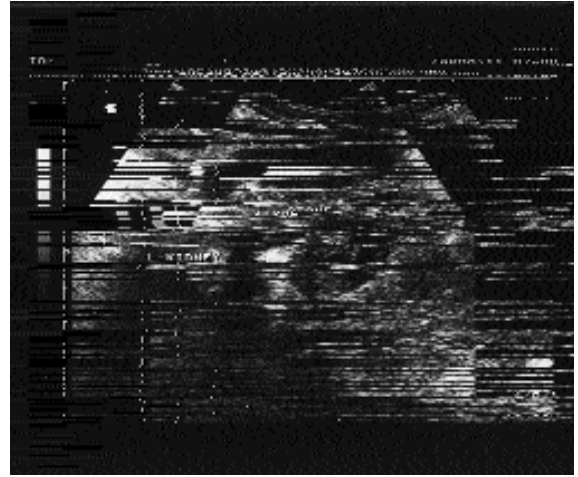
Dr. M. Orhun Çamurdan, Dr. Zeynep Şıklar*,
Dr. Elif Ergun**, Dr. Yıldız Dallar**

Atipik Sunumlu Komplike Bir İdrar Yolu Enfeksiyonu

Çocukluk çağında, üst solunum yolları enfeksiyonlarından sonra en sık rastlanan enfeksiyonlar idrar yolu enfeksiyonları (İYE) dir. Prevalansı %4.1 ile %7.1 arasında değişmektedir. Çocukluk çağı sırasında İYE geçirme riski erkek çocuklar için %2, kızlar için %8'dir. İYE'de belirtiler yaşla farklılık göstermekle birlikte iştahsızlık, kusma, ishal, kabızlık, anemi, kilo alamama, ateş, karın ağrısı, yan ağrısı, dizüri, pollaküri, sıkışma, enüresis olarak sayılabilir.

İYE'nin erken tanısı ve uygun tedavisi, böbrek işlevlerinin korunması ve kalıcı hasarın önlenmesi açısından büyük önem taşır.

Bu yazıda, idrar yolu enfeksiyonu olan bir çocuğun atipik prezentasyonu ile birlikte İYE saptanan olguların izlem ve tedavisinin uygun biçimde yapılması ve radyolojik incelemenin gerekliliği vurgulanmaya çalışılmıştır.



Olgu

Beş yaşında erkek hasta, üç gündür süren ateş, terleme, bir gün öncesinde dikkati çeken gövdenin sol yanında şişlik yakınması ile başvurdu. Öyküsünden iki ay önce idrar yolu enfeksiyonu tanısıyla tedavi aldığı, kontrole gitmediği, özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik olmadığı öğrenildi. Fizik incelemesinde; ateşi 37.8°C, sol hipokondriak bölgede 10x7 cm boyutlarında ağrılı, fluktuasyon vermeyen, çevre dokuya yapışık kitle saptandı. Diğer sistem muayene bulguları normal sınırlardaydı. Laboratuvar incelemesinde; hemoglobin:10.8 g/dl, beyaz küre sayısı 10.300/mm³, periferik yayması %63 PMNL, %30 lenfosit, %7 monosit, %2 eozinofil, eritrositler hipokrom normositer, trombositler bol ve kümeli, idrar incelemesinde ışık mikroskopunda 40 büyütmede bol lökosit, 10-12 eritrosit, biyokimya incelemelerinde karaciğer ve böbrek işlev testleri normal sınırlarda saptandı. Hastanın yumuşak doku ve karın ultrasonografisinde atnalı böbrek anomalisi, sağdaki böbrek normal sonografik yapıda, sol böbrek lojunda parankim incelmış ve parankim ekojenitesi belirgin artmış hidronefrotik böbrekle uyumlu görünüm vardı. Pelvikaliseal yapılarda taş ve pü ile uyumlu yoğun ekojeniteler vardı. Böbrek konturları seçilememekte; retroperitoneal

* SB Ankara Eğit. ve Araşt. Hast. 2. Pediatri Kliniği, Ankara
** SB Ankara Eğit. ve Araşt. Hast. Radyoloji Kliniği, Ankara

alandan sırt kasları içerisine ve sol psoas kasına uzanım gösteren yoğun ekojeniteler ve miks yapıda, apse ile uyumlu kitle lezyonu varlığı rapor edildi. Karın tomografi incelemesi ultrason raporunu destekler özellikte idi. Hastaneye yatırılarak 100 mg/kg ampicilin ve 5 mg/kg gentamisin tedavisi başlanan hastanın tedavi öncesi alınan idrar ve kan kültüründe üreme olmadı. Piyonefroz tanısı ile Üroloji Kliniği tarafından operasyona alındı. Operasyonda, flank kesi ile girilip ilk tabaka kaslar kesildiğinde pürülan materyal direnaji oldu, böbreğe ulaşıldığında parankimin 1-2 mm kadar incelendiği, böbreğin pü dolu bir kese şeklinde olduğu izlendi. Enfekte böbrek sağlam olan böbrekten ayrılarak çıkarıldı. Operasyon sonrası genel durumu düzelen hasta yatışının yedinci gününde taburcu edildi. Operasyon sonrası dönemde halen izlenmekte olan hastanın genel durumu iyi, böbrek işlevleri normal sınırlarda olup sonraki idrar kültürlerinde üreme olmamıştır.

Tartışma

İdrar yolu enfeksiyonu, çocukluk çağının sık rastlanan ve iyi tanı ve tedavi yapılmadığı zaman ciddi morbiditeye neden olan sorunlarından biridir.

Üriner sistemin konjenital anomalilerinin varlığı sık idrar yolu enfeksiyonu için risk faktörüdür. İdrar yolu enfeksiyonu olan hastalarda radyolojik tetkikler sonucunda anatomik anormallik belirlenme insidansı %40-50 olarak tanımlanmaktadır. Bunlar arasında en sık rastlanan vezikoüreteral reflü (VUR)'dür. İdrar yolu enfeksiyonlarında radyolojik değerlendirme endikasyonları konusunda yazarlar arasında tam bir fikir birliği oluşmamış olmakla birlikte pek çok araştırmacı idrar yolu enfeksiyonu saptanmış bütün çocuklarda, özellikle de beş yaşın altında olanlar, erkek cinsiyet, kız çocuklarında yineleyen İYE, piyelonefrit varlığı, tedavinin ikinci gününde yeterli yanıt alınamamış olması durumunda radyolojik değerlendirmeye gidilmesini önermektedirler. VUR, atnalı böbrek, toplayıcı kanalların duplikasyonu ve üriner obstrüksiyonlar, hastanın kronik renal yıkıma yatkınlıklarını artırdıklarından, uzun dönem sekellerin önlenmesi için radyolojik tetkiklerle bu anormalliklerin varlığının belirlenmesi zorunluluk oluşturmaktadır. Ayırım yapılmaksızın İYE saptanmış tüm

çocuklara uygun olan en kısa zamanda ultrasonografi, voiding sistoüretrografi ve DMSA ile değerlendirme yapılmasını önerilmektedir. Olgumuzda da atnalı böbrek anomalisinin varlığı İYE'ye zemin hazırlamıştır.

İdrar yolu enfeksiyonu olan hastaların kliniğe başvurma yakınmaları yaşla değişkenlik göstermektedir. Yenidoğan ve yaşamın ilk yılında kilo alışı hızında azalma, vücut ısısında düzensizlik, beslenme zorluğu, huzursuzluk, kusma abdominal distansiyon ve sarılık saptanırken, okul öncesi ve okul çağına ateş, dizüri, sıkışma, pollaküri, enkontinans, yan ağrısı, hematüri gibi idrar yollarına ilişkin bulgular olarak kendisini göstermektedir.

Tanı, tedavi ve izlemedeki aksaklıklar, hastaların gerek ekonomik koşullar, gerekse sağlık kurumlarındaki yığılmalar nedeniyle yanlış tanı ve izlenememe sonucunda, kolaylıkla üstesinden gelinebilecek sorunların morbidite ve mortalitesi çok daha yüksek komplikasyonlar haline gelmesine neden olmaktadır. Burada değinilmesi gereken en önemli noktalardan biri de, İYE saptanan olguların mutlaka kontrole gelmesinin aileye ısrarla belirtilmesi zorunluluğudur.

İYE komplikasyonları renal skar, akut böbrek yetmezliği ya da glomeruler filtrasyon hızında azalma, hipertansiyon, taş hastalığı ve kronik böbrek yetmezliği şeklinde sıralanabilir. Hastayı nefrektomiye götürecek kadar şiddetli olanlar genellikle enfeksiyonun başından beri kontrol altına alınamadığı, klinik bulguları şiddetli ve hastanın sağlık kuruluşuna acilen başvurmaları gerektirecek kadar genel durumunu bozan olgular olmaktadır. Bu olguda ise hastayı sağlık kurumuna getiren yakınma kitle olarak karşımıza çıkmaktadır.

Başvuru sorununun atipik olması, uygun bir tedavi protokolü ve yakın izleme önlenilebilecek, ancak tanı yöntemlerinin uygulanmasındaki gecikme nedeniyle nefrektomi gibi ciddi bir operasyona neden olacak komplikasyonu ile, ülkemizdeki idrar yolu enfeksiyonlarına yaklaşımdaki yetersizliği bir kez daha gözler önüne sermesiyle bu olgunun hekimlerin İYE hastalığına daha dikkatle yaklaşım laboratuvar incelemesi ve tedavide daha dikkatli olmalarını bir kez daha anımsatacağı düşüncesindeyiz.

Kaynaklar

- 1- Altemeier WA. Changing Concepts in the Management of Pediatric Urinary Tract Infections. *Pediatr Ann* 1999; 28:631-4
- 2- Christian MT, McColl JH, MacKenzie JR, Beattie TJ. Risk Assessment of Renal Cortical Scarring with Urinary Tract Infection by Clinical Features and Ultrasonography. *Arch Dis Child* 2000; 82:376-380
- 3- Johnson CE. New Advances in Childhood Urinary Tract Infections. *Pediatr Rev* 1999; 20:335-43
- 4- Larcombe J. Urinary Tract Infection in Children. *BMJ* 1999; 319:1173-5
- 5- Morey SS. AAP Issues Guidelines for Urinary Tract Infections in Infants and Toddlers. *Am Family Physician* 1999; 60:665-9
- 6- Plachter NB, Schulman SL, Canning DA. Identification and Management of Urinary Tract Infections in the Preschool Child. *J Pediatr Health Care* 1999; 13:268-72



BÜYÜK ÖDÜL
"Hayatım ve Sosyalizasyon"
Abdül Kadir Ekinci
"Yarışmaya katıldığım fotoğrafları 1998 yılında sosyalleştirmenin ülkemizde ilk uygulamaya başlandığı Muş İli Karaköprü Sağlık Ocağı'nda çektim. Fotoğraftaki Ebe Hanım bu ilde 1967'de göreve başlamış. 1998 yılında halen çalışıyordu. Bana sosyaleştirmenin ilk yıllarını anlattı. O döneme ait araç-gereçleri gösterirken yüzünde biraz da yılların hüznü vardı."

TTB- STED Fotoğraf Yarışması 2001

Prof. Dr. Erdal Akalın, Prof. Dr. Mehmet Beyazova, İbrahim Demirel, Dr. Mehmet Gökağaç, Hafize Kaynarca, Dr. Mehmet Özen'den oluşan Seçici Kurul değerlendirmesi sonucunda: **Büyük Ödül'e** Abdül Kadir Ekinci'yi "Hayatım ve Sosyalizasyon" isimli çalışmasıyla, **Başarı Ödüllerine** Cüneyt Karabiber'i "Mutluluğun Resmi", Dilek Eda Kolay'ı "Külrengi Sabahlar", Ayla San'ı "Dumanlı Dağlar" çalışmalarıyla, **Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi Kapağı** olarak değerlendirilmek üzere Dilek Eda Kolay'ın "Dört Mevsim", Ahmet R. Tülüce'nin "Duvar ve Çocuk" ve "Lunapark Işıkları", Abdül Kadir Ekinci'nin "Daha Yürüyecek Çok Yolumuz Var", Ediz Tütüncü'nün "Semah", Meriç Kaymak'ın "Masumiyet", Esra Okan'ın "Kuş", Mürüvvet Gümüş'ün "Midyat'ta Zaman" isimli fotoğraflarını uygun bulmuşlardır.

Tanınız Nedir?



Dr. Hakan Yaman*

Kliniğe yaygın beden ağrısı, solunum sıkıntısı yakınmaları ile 55 yaşındaki bir kadın hasta yatırıldı. Alınan öyküsünde yakınmalarının sekiz aydır olduğu öğrenildi. Ara ara eklemelerinde şişmeleri oluyordu ve şişler diğer eklemlere de geçiyordu. Hastamızın daha önce sağ elinin parmaklarında çok ağrılı bir morarması olmuştu. Ayrıca hastamız sekiz aylık süre içinde 10 kg'a yakın kilo kaybetmiş.

Hastanın sistem sorgusunda başının ağrıdığı, çarpıntısının olduğu, 1-2 gündür kustuğu, dispeptik yakınmalarının olduğu, geceleri 1-2 kez idrara çıktığı anlaşıldı. Özgeçmişinde ise altı ay önce yapılan bir ekokardiyografide septum ve arka duvarda önemli hipertrofi ve birinci dereceden mitral yetmezliği tanısı konulmuş. Hastanın beden bakısında nabızı 100/dk, kan basıncı 150/100 mmHg, beden ısı 37°C ve solunum sayısı 18/dk bulundu. Hastanın konjunktivaları soluk, ağzının içinde ülseratif lezyonlar ve bilateral servikal mikrolenfadenopati saptandı. Deri doğal olarak değerlendirildi.

Solunum sesleri doğal bulundu, ancak göğüs perküsyonunda toraksın lateral bölgelerinde duyarlılık bulundu. Kalp taşikardik (KTA:110/dk) ve ritmik; mitrak odaktan 1/6 sistolik üfürüm duyuldu. Epigastrik bölgede palpasyonla duyarlılık bulunmaktaydı, karaciğer kot yayını 5 cm geçmekteydi. Diğer incelemelerinde bir patolojiye rastlanılmadı.

Hastanın laboratuvar değerlendirilmesinde idrarında +2 protein bulundu (dansite 1020, pH 5.0). Hemogramında hemoglobin 8.54 g/dl, BK 10900/mm³, PLT 234000/mm³, Htc 25.8, MCV 83, MCH 27.5, MCHC 33.2, sedimentasyonu 50 mm/saat saptandı. Kan biyokimyasında ise kreatinin 258, BUN: 81, LDH: 826, albumin: 21, Na: 139, K: 4.35 ölçüldü. Çekilen EKG'sinde kalp atım sayısı 110/dk ve voltaj düşüklüğü bulundu. PA akciğer grafisinde kardiyotorasik oranında artma, pulmoner konusta belirginlik ve kostodiyafragmatik sinüslerde dolgunluk görüldü.

Tanınız Nedir? Yanıtı: 227'de.

*Yrd. Doç.; Süleyman Demirel Ü. Tıp Fak. Aile Hekimliği Uzm, Isparta



Dr. Özen Aşut*

Sigaranın Sağlığa Etkileri

Araştırmalar, sigara tiryakilerinin yüzde 75-80'inin sigarayı bırakmayı istediklerini ve tiryakilerin üçte birinin en az üç kez ciddi bırakma çabası gösterdiklerini ortaya koymaktadır. Buna karşılık, sigara alışkanlığından 60 yaşından önce kurtulma oranı yüzde 50'nin altındadır. Sigara alışkanlığından kurtulamayan tiryakilerin yarısı sigaraya bağlı nedenlerle ölmektedir.



Sigaranın olumsuz etkileri nedeniyle 25-69 yaş grubunda ölen insanlar, yaşamlarının 20-25 yılını bu alışkanlık nedeniyle yitirmektedirler. Başka bir deyişle, bu insanlar 20-25 yıl erken ölmektedirler.

Sigara, başta akciğer kanseri olmak üzere pek çok kansere, kalp-damar hastalıklarına, erken yaşlanmaya ve erken ölüme yol açmaktadır. Bu gerçekler, büyük bilimsel araştırmalarla ortaya konarak kanıtlanmıştır ve sigara şirketleri bile artık bu verileri yadsıyamamaktadırlar. Bu durum, güçlü bir bağımlılık yapıcı etken olan sigaranın etkisinden kurtulabilmek için tiryakilerin daha çok çaba göstermelerine gerek olduğunu düşündürmektedir.

Sigarayı Bırakmaya Yönelik Öneriler

Sigarayı bırakmak isteyen tiryakilerin çoğu, bu alışkanlıktan kendi kendilerine kurtulma şansına sahiptir. Bunun için kararlı olmak ve bir hazırlık dönemi yaşamak gereklidir. Gerekliğinde sağlık ocaklarında çalışan hekim ve sağlık personelinin destek istenmelidir.

Sigarayı bırakmaya yönelik kimi basit önlem ve öneriler şöyle özetlenebilir:

- * Bırakma tarihini belirleyin.
 - * Bırakmaya hazırlık için, çevrenizdeki insanlara sigarayı bırakacağınızı söyleyin.
 - * Sigara içmemeyi özendiren bir ortam hazırlayın. Örneğin, kül tablalarını ortadan kaldırın. Değişik yerlere "Sigara içilmez" uyarıları asın.
 - * Geçmişteki başarısız denemelerinizi gözden geçirin.
 - * Sigara içmenizin nedenlerini ve niçin bırakmanız gerektiğini düşünerek bunları not edin.
 - * Sigarayı bırakanın ilk günlerinin güç olacağını bilin ama zor günlerin gelip geçeceğini, sigarasız yaşamın çok daha güzel ve sağlıklı olacağını düşünün.
- Sigarayı Bırakan Kişiye Yardımcı Olacak İlk Gün Önerileri:** Sigarayı bıraktığınız gün neler yapabilirsiniz?
- * Su ve meyve suyu içebilirsiniz.
 - * Yürüyüşe çıkabilirsiniz.
 - * Bırakma nedenlerinizi yeniden okuyabilirsiniz.
 - * Alışverişe çıkabilirsiniz.
 - * Sigara içmeyen bir dostu ziyaret edebilirsiniz.
 - * Banyo ya da duş yapabilirsiniz.
 - * Sigaranın zararlarını anlatan yayınları okuyabilirsiniz.
 - * Kendinizi ödüllendirebilirsiniz.



Sigarayı bıraktığınız gün ne gibi güçlüklerle karşılaşabilirsiniz, bunlarla nasıl başa çıkabilirsiniz?

Sigara bırakmadan sonraki 14 gün kritik gündür. Bu nedenle, ilk 14 günün her biri ilk gün gibi değerlendirilmelidir. Sigarayı bırakan kişi ilk gün ve izleyen 13 gün şu belirtilere hazır olmalıdır:

- * Yoksunluk belirtileri
- * İyileşme işaretleri
- * Dayanılmaz sigara içme isteği
- * Sigara içme dürtüsü

1. Yoksunluk belirtileri arasında; gerginlik, acıkma, baş dönmesi, dikkati yoğunlaştırma güçlüğü, fazla uyuma, uykusuzluk, sigara içme isteği, iştah artması ve kilo alma, huzursuzluk gibi belirtiler bulunmaktadır. **Bunlara karşı neler önerilebilir?**

- * Derin soluklar alın.
- * Zorlandığınız durumlardan uzaklaşın.
- * Sıcak bitkisel çay için.
- * Su için.
- * Şekersiz çiklet çiğneyin.
- * Çiğ sebze ve meyve yiyin.
- * Yürüyüş ya da egzersiz yapın.
- * Sigarayı niçin bıraktığınızı düşünün.

2. İyileşme belirtileri, sigarayı bırakır bırakmaz başlar.

Eğer günde 20 sigara içiyorsanız, sigarayı bıraktığınızda:

- * Sekiz saat sonra vücudunuzda oksijen artışı olur.
- * İki gün sonra tüm nikotin ürünleri vücudunuzdan atılmıştır.

Tat ve koku alma duyularınızda düzelme başlamıştır.

Akciğerleriniz düzelmektedir (Birkaç hafta öksürük sürebilir, çünkü akciğerleriniz temizlenmektedir.)

* Bir yıl sonra kalp krizinden ani ölüm riskiniz, sigara içen bir kişiye göre yarı yarıya azalmıştır.

3. Dayanılmaz sigara içme isteği, bırakmanın ilk günlerinde sizi zorlayacak en önemli tehlikelerden biridir.

- * Bu istek geldiğinde, beş dakika bekleyin. İstek geçecektir.
- * Derin soluk alın. Oturun, gevşeyin. Burnunuzdan derin soluk alın. Sonra soluğunuzu geri verin. Beş kez yineleyin. Tıpkı sigara içer gibi.
- * Yavaş yavaş su yudumlayın.

* Başka bir işle uğraşın. Sigara içme yerine yapabileceğiniz işlerin listesini yapın.

4. Sigara içme dürtüsü bazen sigara yakma ile sonuçlanabilir. Bunu normal olarak kabul edin. Bir dahaki durumda bunu başarıyla aşmanın yollarını düşünün.

Tehlikeli Durumlar

Sigarayı bırakmanın sürdürülmesinde en önemli tehlike, sigara içme dürtüsü yaratan durum ve koşullardır. **Sigarasızlığa alışmaya çalışan kişiye verilecek en iyi öğüt, bu durum ve koşulları kendisinin saptaması ve bunlardan uzak durmaya çalışmasıdır.** En sık bildirilen dürtü yaratıcı durumlar şöyle özetlenebilir:

- * Gerginlik ve sinirlilik
- * Öfke
- * Yemek sonrası
- * Sıkıntı ve üzüntü
- * Çay, kahve içme
- * Başka tiryakilerle birlikte olma
- * Alkol alma
- * Stresli olma
- * Mutsuzluk
- * Araba kullanma
- * Sigara ikramı
- * Özel kutlamalar ve tatil

Sigarayı stresten uzaklaşmak için içiyorsanız, sigaranın içindeki nikotin stresi yaratıcı bir etken olduğunu unutmayın. Sigarayı bırakmanın özellikle ilk iki haftasında ve daha sonra da gerektiğinde, her zaman hekim ya da öbür sağlık personelinin desteği istenebilir. Her şeye karşın yeniden sigaraya başlayanlar, yeniden bırakabilirler. Hiçbir zaman umutsuzluğa kapılmamak gerekir.

Destekleyici Önlemler

Sağlık hizmeti sunumu sürecinde, sigara bırakma girişimlerinin başarılı olabilmesi için hekim ve diğer sağlık çalışanları öncelikle örnek davranış içinde olmalıdır. Başka bir deyişle hasta yanında sigara içilmemelidir. Sağlık hizmetinin verildiği tüm ortamlar kesinlikle sigarasız olmalı, bu tutum ortama giren herkesin görebileceği uyarı yazılarıyla duyurulmalıdır.

Sağlık kuruluşundaki hastalara dağıtılan okuma gereçleri arasında, sigaranın sağlık sonuçlarını ve bırakmanın yararlarını anlatan yayınlar bulunmalıdır. Olanak varsa, görsel eğitim araçlarından (video filmleri, vb.) yararlanılmalıdır.

Nikotin bağımlılığının ölçülmesi:

Sigara İçme Profili Anketi

Lütfen aşağıdaki soruları yanıtlayınız:

A.

1. Günün ilk sigarasını uyandıktan ne kadar sonra içiyorsunuz?
a. 30 dakikadan sonra b. İlk 30 dakika içinde
2. Sigara içmenin yasaklanmış olduğu yerlerde (kütüphane, tiyatro, hekim muayenehanesi) sigara içmemek size güç geliyor mu?
a. Evet b. Hayır
3. Gün boyunca içtiğiniz sigaraların hangisi size en hoş geliyor?
a. Sabah ilk içilen dışında herhangi biri b. Sabah ilk sigara
4. Günde kaç sigara içiyorsunuz?
a. 1-15 b. 16-25 c. 26 ya da üstünde
5. Sabahları ilk iki saatte günün geri kalan bölümlerine göre daha çok sigara içer misiniz ?
a. Evet b. Hayır
6. Günün önemli bölümünü yatakta geçirecek ölçüde hasta olduğunuzda bile, sigara içer misiniz?
a. Evet b. Hayır
7. İçtiğiniz sigara markasının içerdiği nikotin miktarı düşük mü, orta mı, yoksa yüksek düzeyde mi? (Sigara paketine bakınız)*
a. Düşük (0.9 mg ve daha az) b. Orta (1-1.2 mg) c. Yüksek (1.3 mg ya da üstünde)
8. Sigaranın dumanını ne sıklıkla içinize çekersiniz?
a. Hiçbir zaman b. Bazen c. Sürekli

B.

9. Sigarayı bırakmayı istiyor musunuz?
a. Evet b. Hayır
10. Sigarayı hiç bıraktınız ya da bırakmayı denediniz mi?
a. Evet b. Hayır
11. Örgütlü sigara bırakma programlarına katıldınız ya da kendi kendinize bırakma araçları kullandınız mı?
a. Evet b. Hayır
12. Sigarayı bırakmayı başaracağınızı düşünüyor musunuz?
a. Evet b. Hayır

C.

13. Sigarayı bırakersanız kilo alacağınızdan korkuyor musunuz?
a. Evet b. Hayır
14. Sigarayı bırakma konusunda başka kaygılarınız var mı?
.....
15. Sigarayı bırakmanın en iyi yöntemi sizce ne olabilir?
.....

*Türkiye'deki sigaralar çoğunlukla orta düzeyde nikotin içermektedir. Ülkemizde sigara paketleri üzerinde nikotin miktarı yer almadığından, doğrudan "b" şıkkı işaretlenmelidir.

Yanıtların Yorumlanması:

"A" bölümündeki sorular, nikotin bağımlılığını ve sigara içme düzeyini gösterir. Soruların puanları, sigaraya bağımlılık arttıkça yükselmektedir.

Soru 1,3: "b" seçeneğine bir puan verilir.

Soru 2, 5, 6: "Evet" yanıtları için birer puan verilir.

Soru 4, 7, 8: "a" seçeneğine 0, "b" seçeneğine bir, "c" seçeneğine iki puan verilir.

Değerlendirme:

Puanlama sonucunun altı ya da üstünde çıkması, tiryakinin nikotin bağımlılığı olduğunu gösterir ve sigarayı bırakmanın kimi fizyolojik belirtilere yol açacağını düşündürür.

"B" bölümündeki sorular, sigarayı bırakma sürecinde hastanın kendi kendine yeterli olup olmayacağı konusunda bilgi verir. İki ya da daha çok "evet" yanıtı, yüksek derecede kendine yeterli olmayı; "hayır" yanıtlarının çoğunlukta olması, hastanın kendine yeterli olamayacağını gösterir.

"C" bölümündeki sorular, hastanın sigarayı bırakma konusunda kendisiyle ilgili olarak algıladığı engelleri tanımlar ve hangi yöntemi yeğleyeceğini ortaya koyar. Hastanın verdiği yanıtlar, hekimin tartışması için bir kılavuz işlevi görebilir.

Kaynaklar

1- Aşut, Ö. Hekim ve Sigara. Türk Tabipleri Birliği Yayını, Ankara, 1993.

2- Aşut, Ö. Türkiye'de Hekimlerin Sigara İçme Alışkanlığı. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ocak 1999.

3-Bilir, N. Yayınlanmamış Araştırma Sonuçları, Ankara, 2000.

4- Champagne, BM. The Context of Treating Tobacco Addiction. The First Virtual Congress of Cardiology, Pan American Health Organization, January 12, 1999

5- Tobacco or Health: A Global Status Report. World Health Organization, Geneva, 1997.

6-Tütün ve Sağlık Ortak Komitesi Raporu. Toraks Derneği Bülteni Çeviri: Dağlı, E. : Chest 1995, 108: 1118-1121



Dr. Caner Aytekin*, Dr. Gönül Tanır**,
Dr. Ayşin Uçkun***

Otitis media (OM) orta kulak bölgesinin enflamasyonudur. Hastalığın başlangıcı, belirtileri, orta kulak efüzyonunun özelliği ve süresine göre sınıflandırılır.

Sınıflandırma

1) Akut Otitis Media (AOM): Efüzyonsuz ya da efüzyonlu olabilir.

a) Efüzyonsuz AOM: Orta kulak mukozasının efüzyon olmadan enflamasyonudur. Timpanik membran (TM) opaklaşmış ve eritematözdür fakat mobilitesi bozulmamıştır.

b) Efüzyonlu AOM (AOME): Semptomatik bir hastalıktır. TM'nin arkasındaki orta kulak efüzyonu pürülandır.

2) Efüzyonlu Otitis Media (OME):

Asemptomatik bir hastalıktır ve orta kulak efüzyonu serözdür. Diğer isimleri; sessiz, sekretuar, seröz, kataral, mukoid ve nonsüpüratif otitis mediadır

3) Kronik Efüzyonlu Otitis Media

(COME): Orta kulak efüzyonunun üç ay ya da daha uzun süre sürmesidir. Orta kulak efüzyonu daha mukoiddir ve tutkallı kulak (glue ear) da denir.

4) Kronik Süpüratif Otitis Media

(CSOM): Timpanik membranın perfore olması ve kulak akıntısının altı haftadan daha uzun süre sürmesidir.

Otitis media tanısının doğru konulması ve hangi evrede olduğunun doğru belirlenmesi antibiyotik tedavisinin gerekli olup olmadığına karar vermek için önemlidir. Otitis mediada antibiyotiklerin gereksiz kullanımının en sık nedeni AOME'yi OME'den ayırmadaki yetersizliktir. AOME'nin antibiyotikle tedavi edilmesi gereklidir. OME'nin ise üç aydan uzun sürmedikçe tedavi edilmesi gerekmez.

Epidemiyoloji

Otitis media en sık 6-18 aylar arasında görülür. Çocukların %10' u üç aylık olana kadar, %70'i bir yaşına kadar ve %85'i üç yaşına kadar en az bir AOM atağı geçirirler. Altı yaşından sonra insidans azalır. İlk 1 yaş içinde dört ya da daha fazla atak geçirenler ya da daha büyük çocuklar için altı ayda üç ya da 12 ayda dört atak geçirenler "otite eğilimli"

çocuklar olarak adlandırılırlar. Bir AOME atağından sonra orta kulak efüzyonu %60 olguda bir ay içinde, %80 olguda iki ay içinde, %90 olguda üç ay içinde kaybolur.

Otitis media riskini artıran etmenler

konjenital ya da akkiz olabilir. Konjenital risk faktörleri; östaki tüp anomalisi, kraniofasiyal anomali, ailesel ve genetik etmenler, ırk etmenleri ve erkek cinsiyettir. Otite eğilimli çocukların kardeşlerinde de benzer öykü gözlemlenmiştir. Akkiz risk etmenleri ise viral üst solunum yolu enfeksiyonları (ÜSVE), orta kulak patojenleri ile nazofaringeal kolonizasyon, kreşe gitme, biberonla beslenme, evde sigara içilmesi, atopik yapı, adenoid hiperplazi ve uzun süreli entübasyon ya da nazogastrik sonda takılmasıdır.

Otitis media insidansı viral ÜSVE'lerinin insidansına paralel olarak sonbahar, kış ve ilkbahar aylarında yüksek yaz aylarında düşüktür. AOM'nin görüldüğü mevsim respiratory syncytial virus (RSV), influenza virus gibi kış respiratuvar virüslerinin görüldüğü mevsimdir. OME'nin sonbahar ve ilkbaharda sık görülmesi de bu mevsimlerde daha sık görülen parainfluenzae virüs ve rhinovirüs gibi respiratuvar virüslerin etyolojik rolünü düşündürür.

Patogenezi

Östaki tüp, otitis media patogenezi ile ilgili en önemli nazofaringeal yapıdır. Orta kulağın nazofaringeal sekresyonlardan korunması yani reflünün önlenmesi, orta kulakta yapılan sekresyonların nazofarinkse drenajının ve orta kulağın ventilasyonunun sağlanması işlevlerini yerine getirerek orta kulağı enfeksiyondan korur.

Östaki tüp işlevi normal olduğunda orta kulak ve atmosfer parsiyel oksijen, karbon dioksit ve nitrojen basınçları eşittir. Orta kulak çevresindeki dokularda ise atmosfer ya da orta kulak havasındakinden daha düşük bir parsiyel basınçta nitrojen içeriği vardır. İşlevsel ya da mekanik olarak östaki tüpün tıkanması ile orta kulak nitrojeni subepitelyal dokulardaki mikso venöz kan içine absorbe edilir, bu da total orta kulak gaz basıncını düşürerek negatif orta

* Uzm.; Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müd.

**Uzm.; Dr. Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hast. Eğit. ve Araş. Merkezi

*** Uzm. Adnan Menderes Ü. Tıp Fakültesi

kulak basıncına neden olur. Bunu seröz sıvının subepitelyal kapillerlerden, orta kulak alanına transüstasyonu izler. Böylece orta kulak hava volümü azalarak negatif orta kulak basıncı artar. Nazofaringeal bakteriler tıkanmış östaki tüp yoluyla orta kulak alanını invaze eder ve seröz orta kulak efüzyonu içinde çoğalır. Bakteriyel ve inflamatuvar konak hücre ürünleri orta kulak efüzyonu içine salınarak periferik kan lökositlerini bu bölgeye çeker ve inflamatuvar kaskadı başlatır. Bu kaskad semptomatik akut otitis media ile sonuçlanır.

Östaki tüp tıkanıklığının en sık nedeni viral ÜSYE'lerinin tüpün nazofaringeal kısmındaki epitelyal hücreleri hasarlandırması ile distal tubal epitelyal hücreler tarafından mukus sekresyonunun artırılması, bu mukoid sekresyonların ve dökülen hücresel artıklarla tüp lümeninin tıkanmasıdır. **Sigara dumanının da tubal epitelyal hücreler üzerine benzer etkisi vardır.** Atopik yapısı olan çocuklarda da alerjenlerle karşılaşma nazofarinksde inflamatuvar değişiklikleri indükleyerek işlevsel östaki tüp tıkanıklığı yaratmaktadır.

Östaki tüpün ağzındaki adenoidlerin hiperplazik olması ise mekanik östaki tüp tıkanıklığı yaratır. Yedi günden daha uzun süre entübasyon yapılanlarda ya da nazogastrik tüp takılanlarda da mekanik östaki tüp tıkanıklığı gelişmekte ve otitis media riski artmaktadır.

Bebeklerde ve küçük çocuklarda östaki tüp erişkinlere göre daha horizontal (köşeaçısı 10 derece, erişkinlerde 45 derece) ve daha kısadır (18 mm, erişkinlerde 35 mm). Ayrıca havalanma işlevleri de daha az etkindir. Bu anatomik özellikler çocuklarda viral ÜSYE'lerinin ve nazofarinksin orta kulak patojenleriyle kolonizasyonun sıklığı ile birlikte düşünüldüğünde otitis media insidansının yüksekliğini açıklamaktadır.

Mikrobiyolojik Etiyoloji

Efüzyonlu Akut Otitis Media Etkeni Olan Patojenler:

Streptococcus pneumoniae, *Haemophilus influenzae* ve *Moraxella catarrhalis* AOME'ye en sık neden olan patojenlerdir. AOME olgularının %40-50'sinden *S. pneumoniae* sorumlu iken, *H. influenzae* %20-30'undan, *M. catarrhalis* %10-15'sinden sorumludur. *H. influenzae*ların %90'ı tiplendirilemeyen *H. influenzae*'dir. AOME olgularında grup A *Streptokokların* oranı %5, *Staphylococcus aureus*'un oranı %12den küçüktür. Özellikle küçük çocuklarda *Chlamydia pneumoniae* ve

miringitis ile ilişkili olduğu düşünülen *Mycoplasma pneumoniae* da AOM etkeni olabilir. Son 10 yılda AOM bakteriyolojisindeki en belirgin eğilim, penisiline-dirençli *S. pneumoniae* (PRSP) ve beta-laktamaz yapan *H. influenzae* ve *M. catarrhalis* suşlarındaki artıştır. Bugün için PRSP oranı, çeşitli coğrafik bölgelerde %13-70 arasındadır. Broth dilusyon tekniği ile MIC<0,1 mikrogram/ml olanlar penisiline duyarlı, MIC=0,1-1.0 olanlar orta-düzye (relatif) dirençli, MIC>2.0 olanlar yüksek-düzye dirençli olarak tanımlanır. PRSP ile kolonize ya da enfekte olma riski;<2 yaş çocuklarda, yineleyen AOM atakları geçirenlerde, multipl antibiyotik tedavisi alanlarda, kalabalık kreşler ya da bakımevlerinde kalanlarda daha yüksektir. Dirençli suşların gelişimi ile ilgili potansiyel etmenler; viral enfeksiyonlar için uygun olmadan antibiyotik kullanımı, yeterli antimikrobial etki spektrumu olmayan antibiyotiklerin seçimi, tedaviye uyum yetersizliği nedeniyle yeterli süre antibiyotik kullanılmaması, kemoprofilaksi için uzun süreli subterapötik dozda antibiyotik kullanılmasıdır. *H. influenzae*ların beta-laktamaz yapımı bugün için %20-60, *M. catarrhalis*'in %75-100 oranındadır.

Efüzyonlu Otitis Media ve Kronik Efüzyonlu Otitis Media Etkeni Olan Patojenler:

Bakteri-spesifik IgG antikorların seröz transüdaya difüzyonunu kapsayan doğal immün sistem mekanizmalarının etkisi ve antibiyotik tedavisi sonucu efüzyonların bir kısmı sterildir. COME'de olguların yaklaşık %70'sinde efüzyonda üreme olur, ancak bunların yalnızca %30-35'i *S. pneumoniae*, *H. influenzae* ya da *M. catarrhalis*'dir. Geriye kalan %35-40 olguda koagülaz negatif stafilokoklar gibi bakteriler ürer.

Kronik Süpüratif Otitis Media Etkeni Olan Patojenler: Perfore TM dan altı haftadan uzun süre pürülan akıntının mikrobiyolojisi mikstir. Gram (-) bakteriler hakimdir. *Pseudomonas türleri* aerobik türlerin %64'ü iken, *S. aureus* %18 oranı ile en sık gram (+) aerobdur, %33-70'inden ise anaerobik bakteriler üretilmiştir.

Klinik Bulgular ve Tanı

AOM genellikle soğuk algınlığı şeklinde başlar. AOM'li çocukların %93'e varan oranında AOM tanısından önce ya da tanı sırasında burun akıntısı, burun tıkanıklığı,

öksürük gibi viral enfeksiyon belirtileri bulunur. Kulak ağrısı AOM'nin karakteristik bir bulgusudur. Ağrı çocuğun çığlık atmasına neden olacak kadar şiddetli olabilir ya da daha sinsi olarak huzursuzluk, uyku bozukluğu ya da çocuğun kulaklarını çekiştirmesine yol açabilir. AOM'de ateş beklendiği kadar sık bir bulgu değildir. Küçük bebekler daha büyük çocuklara göre ateşli olmaya daha eğilimlidir. Bazı olgularda AOM ile birlikte konjunktivit bulunur ve bu kombinasyona genellikle H. influenzae neden olur. AOME'li bebeklerde kusma, ishal, iştahsızlık, halsizlik gibi özgün olmayan belirtiler de bulunabilir.

Normal kulak zarı renksiz, ince, saydam ve mobildir. AOME'de kulak zarının rengi değişir, renk kırmızı, sarı ya da gri/bulanık olabilir. Kırmızılığın nedeni hipervasküleritedir ve ağrının yoğunluğu ile korelasyon gösterir. Ancak çocuğun ağlaması ya da ÜSYE nedeni ile üst solunum yolu mukozasının enflamasyonu da kırmızılığa neden olabileceğinden çoğu zaman güvenilir bir bulgu değildir. AOME'de kulak zarının ossiküler işaretleri ve ışık reflesi kaybolur. Pnömotik otoskopi ya da timpanometri uygulandığında kulak zarının hareketsiz olduğu saptanır. Kulak zarının rüptürü %5'den az olguda görülür. Ancak [perforasyon yoluyla kulak akıntısının varlığı AOM için tanısaldır](#). Orta kulak enfeksiyonunun rezole olmaya başlamasıyla ağrı ve ateş gibi belirtiler iki ya da üç gün içinde azalır, yedinci güne kadar çocukların çoğu asemptomatik hale gelir. Kulak zarı tedrici olarak normal pozisyon, renk ve kalınlığa ulaşır. Pürülan orta kulak sıvısı daha seröz bir hale gelir. Kulak zarının arkasında hava kabarcıkları ya da hava-sıvı düzeyi görülebilir. Rezolüsyonun bu evresine OME denir. OME özellikle yaşamın ilk bir yılında önceden AOME geçirilmeden de gelişebilir. Eğer rutin muayenede kulak zarı incelenmezse bu ataklar tanı almaz. Sağlıklı çocuk muayenelerinin %5-10'unda OME tanısı konulur. ÜSYE belirtileri ve orta kulak efüzyonunun varlığı nedeniyle, kulak ağrısı olmamasına, kulak zarının ince ve normal bombelikle olmasına karşın OME yanlışlıkla AOME tanısı alabilir ve yanlışlıkla AOME gibi tedavi edilebilir. Oysa AOM'nin tedavisinde antibiyotiklerin kullanılması gerekiyken, üç aydan uzun sürmeyen OME olgularında antibiyotiklerin kullanılması gerekli değildir. Bu nedenle tanının doğru konulması gereksiz antibiyotik kullanımını azaltmak açısından önemlidir.

Kulak kanalı dar ve kısa olan, fazla miktarda serümeni olan ve koopere olmayan bebeklerde otoskopik muayene zor olabilir. Çocuk immobilize edilmeli, kulak kanalındaki serümen otoskop başının içinden sokulan bir stile ile nazikçe temizlenmelidir ve otoskopun ışığı yeterli olmalıdır. Orta kulak efüzyonunun saptanmasında pnömotik otoskopi, timpanometri, akustik reflektometre kullanılabilir. Pnömotik otoskopi orta kulak efüzyonunun saptanmasında en önemli yöntemdir. Timpanometri ya da akustik reflektometre tanının güvenilirliğini artırır. Efüzyonu saptamada odyometrinin sensitivitesi düşüktür. Timpanosentez otitis medianın mikrobiyolojisinin belirlenmesinde tek güvenilir yöntemdir ancak tanı için rutin olarak kullanılmaz. Ciddi olarak hasta görünen otitli çocuklarda, konak savunması bozuk olan hastalar, antibiyotik alırken otit gelişenlerde, süpüratif intratemporal ya da intrakranial komplikasyonu olanlarda tedavinin bir parçası olarak timpanosentez endikasyonu vardır. Ayrıca çok şiddetli ağrısı olan çocuklarda ağrıyı hafifletmek için yapılabilir. Bu işlem genel anestezi olmadan, cerrahi başlıklı bir otoskop ya da otomikroskop ile yapılabilir. Kulak kanalı alkol ile sterilize edilir, sonra kulak kanalından zarın yakınından bir kültür alınır. 18 nolu spinal iğneye bir enjektör takılır ve kulak zarının anteroinferior kanalından timpanosentez yapılır.

Tedavi

Akut otitis media tedavisinde antibiyotik seçimi otitin en sık patojenleri olan S. pneumoniae, H. influenzae, M. catarrhalise yönelik olarak ve bu organizmaların direnç durumu ile ilgili bölgesel ve yeni verilere dayanılarak yapılmalıdır. İn vitro duyarlılık kalıplarına ek olarak, orta kulak sıvısında ulaşılan ilaç konsantrasyonları da göz önüne alınmalıdır. Antibiyotığın pik orta kulak sıvısı konsantrasyonları, patojenin minimum inhibitör konsantrasyon (MIC) 90 değerinin üzerinde olmalı ve bu düzeyde uzun süre kalmalıdır. Aksi takdirde rekürrens ve relaps riski vardır. Gözönüne alınması gereken diğer etmenler dozaj sayısı, tadı ve yan etkileridir. Bu özellikler hastanın tedaviye uyumunu etkiler. Akut otitis media tedavisi için ilk seçilecek ilaç amoksisilindir. Amoksisilinin orta kulak sıvısındaki konsantrasyonları AOM'nin en sık etkeni olan S. pneumoniae'nin duyarlı ve orta-düzye dirençli

suşlarının MIC 90 değerlerini, yüksek-düzye dirençli suşlarının MIC 50 değerlerini aşar. Farmakokinetik çalışmalar amoksisilin dozunun, standart dozun (40-45 mg/kg/gün) üzerine (70-90 mg/kg/gün) çıkılmasıyla orta kulak sıvısı konsantrasyonlarının çoklu ilaç dirençli pnömokokların eradike edilmesini sağlayacak düzeylere ulaştığını göstermiştir. Bu nedenle standart dozda cevap alınamayan olgularda amoksisilini değiştirmek yerine dozunun artırılması önerilmektedir. Amoksisilin H. influenzae ve M. catarrhalis'in β -laktamaz yapan suşlarına etkili değildir. Bu suşların prevalansının yüksek olduğu yerlerde birinci aşama tedavide, amoksisilin ile tedavi başarısızlığı olduğunda ikinci aşama tedavide diğer antibiyotikleri düşünmek gereklidir. Tedavi başarısızlığı tedavinin üçüncü gününden sonra kulak ağrısı, ateş, kulak zarında kızarıklık, bombeleşme ya da otore gibi belirti ve bulgularla klinik iyileşme olmaması ile tanımlanabilir. Akut otitis media ile birlikte olan viral ÜSYE'nin belirti ve bulgularının sürüyor olması yanlışlıkla tedavi yetersizliği olarak değerlendirilip tedavi değişikliğine gidilmemelidir. Amoksisilin ile tedavi başarısızlığı olduğunda önerilen tedavi amoksisilin/klavulanik asit ya da sefuroksim aksetildir. Çünkü bütün ikinci kuşak oral sefalosporinler penisiline-duyarlı S. pneumoniae'ya etkili olmasına karşın **orta-düzye dirençli** olanlara ise yalnızca sefprozil, sefuroksim ve sefpodoksime etkilidir. **Yüksek-düzye dirençli** olanlara ise hiçbirisi etkili değildir. Son veriler sefuroksim dışındaki ikinci kuşak sefalosporinlerin H. influenzaya karşı betalaktamaz stabilitesinin çok iyi olmadığını göstermiştir. Eğer yüksek doz amoksisilin, amoksisilin/klavulanik asit ya da sefuroksim aksetil ile klinik iyileşme sağlanamazsa dirençli pnömokoklara karşı daha etkin bir tedavi düşünülmelidir. Bu durumda bir tedavi seçeneği tek doz ya da üç gün günde tek doz olarak IM seftriakson kullanılmasıdır. Diğer bir seçenek klindamisin ile tedavidir. Klindamisin-aktam antibiyotiklere dirençli pnömokoklara etkili olabilir. Ancak H. influenzae ve M. catarrhalis'e etkili olmadığından yalnızca kültürle kanıtlanmış pnömokokkal hastalıkta kullanılabilir. Azitromisin ve klaritromisin penisiline dirençli pnömokoklar ve betalaktamaz yapan H. influenzaya karşı in vitro etkinlik gösterirler. Ancak bu ilaçlar ile -laktam antibiyotikler arasında çapraz-direnç

olabileceğinden amoksisiline yanıt vermeyen olgularda makrolidlere de direnç olasılığı yüksektir. TMP-SMX'a karşı pnömokok direnci oldukça yüksektir ve bu ilacın orta kulak sıvısı konsantrasyonları betalaktamaz yapan H. influenzae ve penisiline dirençli pnömokokların MIC değerlerini aşamaz.

Klinik İzlem

AOM'li hastanın izleminde klinik iyileşme sağlandığında antibiyotik tedavisi 10-14 güne tamamlanır ve tedavi bitiminde hasta kontrole çağrılır. Kontrolde efüzyon saptanırsa hasta izleme alınır ve eğer üç ay sonra halen efüzyon varsa ilk tedavide kullanılan antibiyotikten farklı bir antibiyotikle yeniden 10-14 gün süre tedavi verilir. Kontrolde efüzyon var ve toplam efüzyonlu süre 4-6 ayı geçmişse cerrahi tedavi düşünülür. Ancak çocuğun östaki tüp ve immün sisteminin matürasyonu efüzyonun düzelmesini sağlayacağı için (matürasyonel etki) ve yedi yaşından sonra OME prevalansı ani olarak düştüğü için cerrahiye karar verilirken çocuğun yaşı göz önüne alınmalıdır. Ayrıca her olguda efüzyonun süresi bilinmemeyebilir ve efüzyon rutin inceleme sırasında saptanabilir. Bu nedenle cerrahiye karar vermeden önce orta kulak efüzyonunun gerçekten kronik olduğuna karar verecek kadar süre izlenmiş olmalıdır. Kronik efüzyonlu otitis medialı hastada cerrahi girişimin seçilmesine yol açan etmenler kalıcı kondüktif ya da sensörinöral işitme kaybı saptanması, persisten vertigo ya da tinnitus yakınmalarının bulunması, kulak zarının şiddetli atelektazisi, pars flaksidanın posterosuperior bölgesinde (attik bölgesi) derin bir retraksiyon kesesi, adheziv otit ya da ossiküler tutulum gibi orta kulak değişiklikleri ve atakların çok sık ortaya çıkarak birkaç ayda orta kulakta çok fazla efüzyon birikmesidir. Kronik efüzyonlu otitis medianın cerrahi tedavisinde en yararlı bulunan girişim miringotomi+timpanostomi tüpü yerleştirilmesidir.

Komplikasyonlar ve Sekeller

Orta kulak alanı dışta kulak zarı, içte iç kulak, arkada mastoid hava hücreleri, önde östaki tüp ile çevrili bir alandır. Orta kulak alanında sıvı birikimi geçici iletim tipi işitme kaybına neden olmasının yanında bakteriyel ve konak enflamatuvar mediatörlerinin yuvarlak pencere membranı yoluyla iç kulağa geçmesi nedeniyle kalıcı sensörinöral işitme kaybı riskine de yol açabilir. İşitme kaybı riski çocuğun orta kulak efüzyonu total süresinin uzunluğu ile

ilişkilidir. İşitme kaybı nedeniyle çocukların konuşma, dil, kognitif işlevleri ve okul başarıları etkilenebilir.

Diğer otitis media komplikasyonları intratemporal ve intrakranial olarak sınıflandırılabilir. İntratemporal komplikasyonlar kronik süpüratif otitis media, timpanoskleroz, kulak zarının atrofisi, ateletazisi, adheziv otit ve kolesteatoma, mastoidit, petrozitis, fasial paralizi ve Bezold's apseleridir. İntrakranial komplikasyonlar kronik süpüratif otitis media ve mastoiditle ilişkili olarak gelişen menenjit, lateral sinüs tromboflebiti, subdural ampiyem, ekstrasdural apseler, fokal otitik ensefalit, otojenik beyin apseleri ve otitik hidrosefalidir.

Korunma

Otitis medianın önlenmesi için anne sütü ile beslenmenin özendirilmesi gereklidir. Biberonla beslenen bebekler, anne sütü alanlara göre daha fazla AOME geçirirler. Bu farkın nedenleri; biberonla beslenenlerin beslenme sırasında daha fazla supine pozisyonunda olmaları, emme yönteminin farklı olması ve anne sütünde bulunan immünglobülinlerin üst hava yolu mukozasını enfeksiyondan koruması olabilir. Anne sütü ile beslenmenin devam ettiği sürece koruyucu olduğu ve kesildiği zaman korumanın ortadan kalktığı gözlemlenmiştir. Ayrıca evde sigara içilmesi ve gıda alerjisi gibi risk faktörleri varsa bunlara karşı önlem alınmalıdır.

Otite eğilimli çocuklarda rekürren AOM ataklarının önlenmesinde antibiyotik profilaksisi düşünülmelidir. Profilaksi için önerilen antibiyotikler; amoksisilin (20mg/kg/gün) ya da sülfisoxazol (50mg/kg/gün) dur. Profilaksinin rekürren atakları önlemede hiç etkisi olmadığını ya da sınırda etkili olduğunu

gösteren daha yeni çalışmalar vardır.

Antibiyotiklere dirençli otit daha prevalan hale geldiği için profilaksi rekürren AOM ataklarını önlemede daha az etkili hale gelmiştir. Ayrıca profilaksi, dirençli organizmalarla nazofaringeal kolonizasyonu ve yeni atakların sayısını artırabilir. Ek olarak ailelerin uzun süreli ilaç kullanımına uyumu da önemlidir. Antibiyotik profilaksisinin kullanılma kararı; uzun subterapötik dozda antibiyotik kullanımının dirençli pnömokokların kazanılmasını kolaylaştırma potansiyelinin ışığı altında kişiye göre belirlenmelidir. Profilaksi verilmeyen ya da profilaksiye karşın ataklar sürerse cerrahi girişim düşünülebilir.

23 valan polisakkarit pnömokok aşısı iki yaşından büyük çocuklarda koruma sağlayabilir. İki yaşından küçük çocuklarda polisakkaritler zayıf immünojen olduğundan etkili değildir. Yeni geliştirilen protein konjuge pnömokok aşısı ile ilgili çalışmalar sürmektedir. Kapsüller polisakkarit antijeni, difteri toksininin nontoksik bir varyantı (CRM19) ya da bir meningokokkal dış membran protein kompleksine konjuge edilerek geliştirilmiştir ve iki yaşından küçük çocuklarda etkilidir. Bu aşılar 4-7 serotip kapsamaktadır. Hiperimmünglobulin ile pasif immünizasyon etkili olabilir. Pnomokoksal aşı ile aşılanan erişkinlerden sağlanan immünglobülin hayvan deneylerinde %100 etkili bulunmuştur. Pasif korunma aktif olarak aşılanamayan çocuklar için önemlidir. RSV-IG kullanımı da araştırılmaktadır. Respiratuvar virüslere karşı aktif immünizasyon çok önemli koruma sağlayabilir. AOME ile ilişkili major ajan olan RSV ye karşı aktif immünizasyon, AOME nin önlenmesinde en önemli gelişme olabilir.

Dene-Yanılma!

1. Efüzyonlu akut otitis media atağından sonra orta kulak efüzyonu %90 olguda hangi sürede kaybolur?
a) 1 ay b) 2 ay c) 3 ay d) 4 ay e) 15 gün
2. Orta kulak efüzyonunun üç ay ya da daha uzun sürmesi ve orta kulak efüzyonunun daha mukoid olması aşağıdakilerden hangisini tanımlar?
a) Kronik efüzyonlu otitis media (COME) b) Efüzyonlu akut otitis media (AOME)
c) Efüzyonlu otitis media (OME) d) Kronik süpüratif otitis media (CSOM) e) Kolestatoma
3. Aşağıdaki bakterilerden hangileri en sık akut otitis media etkeni olan bakterilerden değildir?
a) S. pneumoniae b) Tiplendirilemeyen H. influenzae c) H. influenzae tip B
d) M. catarrhalis e) S. pyogenes
4. Akut otitis media tedavisinde ilk seçilecek antibiyotik aşağıdakilerden hangisidir?
a) Sefprozil b) Amoksisilin c) Klaritromisin d) Seftriakson e) Penisilin V
5. Otitis medialis çocukta işitme kaybı riski aşağıdakilerden hangisi ile ilişkilidir?
a) Hastanın yaşı b) Atopik yapı c) Yetersiz süre anne sütü ile beslenme
d) Orta kulak efüzyonu ile geçen toplam sürenin uzunluğu e) İmmün yetmezlik
6. Orta kulak efüzyonunun saptanmasında en önemli yöntem aşağıdakilerden hangisidir?
a) Timpanosentez b) Pnömotik otoskopi c) Akustik reflektometre
d) Timpanometri e) Odyometri

Yanıtlar: 1) c 2) a 3) c 4) b 5) d 6) b

Kaynaklar

1- Arnold JE. Otitis media and its complications. In : Behrman R.E., Kliegman R.M., Arvin A.M. (eds) Nelson Textbook of Pediatrics 15.th edition W.B.Saunders 1996; 1814 - 1824

2-Asmar Bi, Dajani AS, Del Beccaro MA, Mandelman PM. Comparison of cefpodoxime proxetil and cefixim in the treatment of acute otitis media in infants and children Pediatrics 1994; 94: 847 - 852.

3- Bailey V. Bollag-Albrecht E, Braun-Fahrlander C. The use of acoustic reflectometry in the study of middle ear effusion in children suffering from acute otitis media, upper respiratory tract infection and in healthy children. Eur J Pediatr 1996; 155: 1027 - 1030.

4- Block SL. Causative pathogens, antibiotic resistance and therapeutic considerations in acute otitis media Pediatr Infect Dis J 1997; 16: 449 - 456.

5- Dowell SF, Butler JC, Giebink GC et al. Acute otitis media: management and surveillance in an era of pneumococcal resistance- a report from the Drug-resistant Streptococcus pneumoniae Therapeutic Working Group. Pediatr Infect Dis J 1999; 18: 1-9.

6- Faden HS. Otitis Media. In: Long S.L., Pickering L.K., Prober C.G. (eds) Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases 1.st edition Churchill Livingstone 1997; 211 - 227.



Dr. Atilla Soykan*

Uyku bozukluğu, halsizlik, başağrısı gibi kronik ağrılı durumlar, mide-bağırsak sistemi yakınmaları, kilo kaybı, sinirlilik ve sıkıntı belirtileri gösteren her hastada depresyon ayırıcı tanıda yer almalıdır.

Depresyona yaşam boyu rastlanma sıklığı %4-6'dır. Olguların ancak küçük bir kısmı tedavi için hekime başvurmaktadır. Başvuruların büyük çoğunluğu birinci basamak hekimine ve depresyonun ruhsal belirtileri ile değil başağrısı gibi somatik belirtileriyle olmakta ve buna paralel olarak düzenlenen tedavi, çoğu kez, depresyona değil depresyonda sık görülen, zayıflama, halsizlik, çeşitli bölgelerde ağrılar, uykusuzluk, gastrointestinal yakınmalar gibi somatik belirtilere yönelmektedir. Oysa depresyon iç hastalıkları içinde prognozu en iyi olanlardan biri olup, tanınıp tedavi edildiğinde, ortalama 3-6 hafta içinde, hastaların çoğunluğunda belirgin düzelme gözlemlenmektedir.

Risk Etmenleri

Depresyona yol açan etkenler henüz saptanabilmiş değildir. Her birey için farklı bir depresyona "yatkınlık" durumundan söz edilebileceği ve bu yatkınlık zemininde ortaya çıkan biyopsikososyal stresörlerin hem depresif belirtilere hem de major depresyon tablosunun gelişmesine neden olabileceği düşünülmektedir. Depresyon riskini arttıran durumlar tablo 1'de özetlenmiştir.

Tablo 1. Depresyon riskini arttıran durumlar

- * Evlenmemiş ya da dul olma,
- * İşitme ve görme yetisinde azalma,
- * Sosyal destek sisteminin sınırlı olması,
- * Kadın olma,
- * Kronik hastalık gibi stresi yükselten yaşam olaylarının bulunması,
- * Erken yaşta ebeveyn kaybı,
- * Yakınlarında depresyon öyküsü
- * Madde bağımlısının eşi olma

Tablo 3. Major depresyon tanı ölçütleri.

- En az iki hafta süresince, hemen hergün ve günboyu süren,
(1) hiçbirşeyden "tad almama" hali ilgi kaybı (2) depresif duygu durumu
-Yukarıdaki iki semptomun en az birine ek olarak aşağıdaki semptomların en az dört tanesi aynı zaman diliminde tespit edilmelidir. Genel bir tıbbi durumla ilişkili semptomlar dahil edilmemelidir.

Somatik Belirtiler:

- 3- Uyku düzeninde değişme
- 4- İştah ve kilo azalması/artması
- 5- Halsizlik, bitkinlik ve enerji kaybı
- 6-Ajitasyon ya da hareket ve konuşmada yavaşlama

Depresyon Tanısı

Depresyon belirtileri genel olarak iki ana grupta toplanabilir; somatik ve ruhsal. Toplumumuzda somatik yakınmaları ön plana alan bir anlatım tarzı yaygındır. Tablo 2'de rutin inceleme sırasında depresyon olasılığını akla getirebilecek bulgular özetlenmiştir. Bu özellikleri gösteren hastalarda iç hastalıkları saptansa bile ek bir tanı olarak depresyona rastlanma sıklığı yüksektir ve araştırılmalıdır.

Tablo 2. Rutin muayene sırasında depresyon olasılığını düşünderebilecek bulgular.

- * Yüz ifadesinin üzgün olması,
- * Hareketlerde ve konuşmada yavaşlama,
- * Olumlu gelişmelerden hiç söz etmeme ama hep düzelmeyen durumlardan söz etme,
- * Ufak esprilerden neşelenmeme,
- * Tedavileri uygulamama ve düzelebilecekleri konusunda ümitsizlik,
- * Doktorda çaresizlik-karamsarlık hisleri uyandırması

Depresyon çok çeşitli belirtileri olan bir hastalıktır. Öte yandan, hiçbir depresyon belirtisi yalnızca depresyona özgü değildir. Bu nedenle günümüzde depresyon tanısı, patognomonik belirtiler aranarak değil, göreceli olarak depresyonda sık rastlanan ve betimlenmesi kolay birçok belirtinin en az iki hafta süreyle bir arada saptanması ile konur. Tablo 3'de belirtilen dokuz belirtinin en az beşinin varlığında ve kişi ilk iki belirtinin en az birini gösteriyorsa depresyon tanısı düşünülmelidir. Anksiyete, sinirlilik gibi depresyonda sık rastlanan bazı belirtiler ise özgünlük derecelerinin çok düşük olması nedeniyle tanı ölçütlerine katılmamıştır.

Depresyon tanısı konan durumlarda özkıyım düşünceleri araştırılmalıdır. İncelemenin sonlarına doğru, hasta ile karşılıklı güven duygusu oluştuktan sonra, her hangi bir belirtiyi

Ruhsal Belirtiler:

- 7- Suçluluk duyguları, kendine acıma
- 8- Dikkatini toplayamama, unutkanlık
- 9- Yineleyen ölüm düşünceleri ya da özkıyım düşünce, plan ya da girişimleri

Birinci basamak hekimi depresyonu hastasıyla ve yakınlarıyla konuşmalı ve bunun tedavi edilebilen bir "hastalık" olduğunun anlaşılmasını sağlamalıdır.

sorarken takındığımız tutumla "Ölüm hakkında düşündüğünüz olur mu?... nasıl?" şeklinde bir soru özkıyım düşüncelerini ortaya çıkartabilecektir. **Özkıyım hakkında konuşma özkıyım riskini azaltmaktadır.**

Depresyon belirtilerini gösteren bir bireyde tanı koymak için yalnızca belirtilerin varlığı yeterli değildir. Tanı için bu belirtiler yerleşiklik kazanmış olmalıdır. DSM-IV süreğenliği belirlemek amacıyla belirtilerin "en az iki hafta, hemen her gün, gün boyu depresif belirtilerin sürmüş olma" ölçütünü getirmektedir. Ayrıca, kişinin ev işlerini yapmakta güçlük çekme, aile içinde çatışmalar, çocuklarını dövme, sinirlilik, iş veriminin azalması, kimseyle konuşmak istememe gibi günlük olağan işlevselliğinde azalmanın ortaya çıkmış olması tanı için gereklidir.

Tanının ve Tedavinin Konuşulması

Depresyon tanısının konuşulmasında sık kullanılan bir yaklaşım, özetle, somatik belirtileri kullanarak, hastalığı somatik bir hastalık olarak tanımlamak ve diğer belirtileri bu somatik belirtilerle bağlantılı olarak ele almaktadır. Bu amaçla hastalarda sık rastlanan uyku bozukluğunu merkez alan bir açılış konuşması uygundur. Uykuların bozulmasının insanın sinirlerini yıprattığı, ayrıca, insanın iştahı/uykusu bozulunca kendini yorgun, halsiz hissetmesinin, moralinin bozulmasının, neşesinin kaçmasının sık rastlanan bir durum olduğu ve hatta bireyin çok karamsarlaşarak ölümü bile düşünebileceği vurgulanabilir. Hastanın şu anda içinde olduğu durumun basit bir üzüntü hali olmadığı, aynı

"sinirsel nedenlerle kan basıncı yüksekliği" ya da "şeker hastalığı" gibi bir hastalık olduğu, tıp ortamlarında "depresyon" adıyla anıldığı, hemen herkesin başına gelebildiği ve tedavi edilmesi gerektiği, edilebildiği anlatılarak konuşma sürdürülebilir. Hastanın ne anladığı ve soruları dinlendikten sonra, tedavi seçenekleri ve tedavi ile beklenen etkiler ve varsa yan etkiler hastaya anlatılabilir. **Tedavinin belirgin etkilerinin ancak 3-6 hafta içinde ortaya çıktığı, bütünüyle "normal" hale geldikten sonra bile, hastalığın yineleme olasılığını azaltmak için, bir süre daha ilaç kullanımına devam edilmesi gerektiği vurgulanmalıdır.** Hangi belirtinin tedaviye ne zaman yanıt verme olasılığının yüksek olduğu, örneğin, uyku ve iştah bozukluğunun genellikle karamsarlık halinden önce ve ilk iki hafta içinde düzelmeye başlayacağı, düzelme ortaya çıkarken genellikle dalgalanmalar beklendiği, düzelmenin önce çevresindekiler tarafından farkedileceği, kendisinin ise bir süre sonra neşesinin yerine geldiğini hissedeceği, yaşamdan tat almaya başlayacağı hastaya anlatılmalıdır. Kullanılacak ilacın bağımlılık yaratmadığı, genelde diğer hastalıkları ağırlaştırmadığı belirtilmeli, olası yan etkiler ve hangi yan etkilerin ilaç kesmeyi gerektirdiği hastaya söylenerek görüşme tamamlanabilir.

Depresyon Tedavisinde Genel İlkeler

Depresyon tedavisi iyi hasta-hekim ilişkisi kurabilme ve akılcı ilaç kullanımı çerçevesinde tedaviyi yürütebilme temeline dayanır. Hekim, doğal olarak, yalnızca ilaç önermekle kalmayıp, destekleyici, anlayışlı, yargılayıcı olmayan bir tutum takınmalı ve gereken her durumda yardıma hazır olduğunu hastasına hissettirmelidir.

Her hasta için yapılabilecek özgün girişimlerin dışında, bazı genel önerilerde de bulunmak yararlıdır:

- * Depresyon tedavisi süresince boşanma, işyeri değişikliği gibi önemli yaşam kararlarını geciktirmenin bir kural olduğu belirtilmelidir,
- * Hastaya zevk aldığı şeyleri, gerekirse kendini zorlayarak, yapması önerilir,
- * Hastaya "her şeyin kötü yönlerini görme, olumsuz olasılıkları düşünmenin" depresyonun bir özelliği olduğu ve bu tür düşünceler aklına takıldığında dikkatini başka bir şeye yöneltmeye çabalamasının yararlı olacağı belirtilmelidir,
- * Baş ağrısı, halsizlik gibi fizik yakınmalar var ise depresyon ile fizik yakınmalar arasındaki bağlantı anlatılmalı; bu yakınmaların da karamsarlık, sinirlilik gibi tedaviye yanıt verdiği vurgulanmalıdır.

Psikiyatriste sevk etmenin uygun olacağı durumlar:

- * Hastanın öyküsünde aşırı neşelilik, konuşkanlık, uyku gereksiniminde azalma, aşırı kendine güven gibi manik-hipomanik belirtilerle karakterize bipolar bozukluğu düşündürür bulgular varsa,
- * Halüsinasyon ve hezeyanlar gibi psikotik belirtiler varsa,
- * Aşırı zayıflama, yemek yemeyi reddetme ya da katatoni belirtileri varsa,
- * Özkıyım düşünceleri ya da girişimleri varsa,
- * Alkol bağımlılığı gibi depresyona eşlik eden psikopatolojiler saptanmış ise,
- * Öyküde antidepresan tedaviye yanıtızlık varsa,
- * Hastanın sosyal destek sistemleri yeterli değil ise,
- * Depresyon belirtileri çok uzun süredir var ise,
- * Ayırıcı tanıda sorun yaşıyorsa,
- * Ailenin diğer bireylerinde de psikopatoloji saptanmış ise ve aileye müdahale gerekiyorsa
- * En önemlisi de, hekim karşısındaki olgunun izlemi konusunda, herhangi bir nedenle, kendisini yeterli hissetmiyor ise psikiyatriste sevk uygun bir yaklaşımdır.

Antidepresan tedavide hangi ilacın seçileceği hekimin deneyimleri, ilaç yan etkileri, ilaç etkileşimleri, hastanın bireysel özellikleri gibi pek çok etmen ile bağlantılı olarak belirlenir.

Depresyonun İlaçla Tedavisi

Depresyon tedavisinde "plasebo" etkisi %20-40 olup, oldukça yüksektir; aslında bazı ilaçların etkin dozun altında kullanılmalarına karşın ortaya çıkabilen antidepresan etki önemli ölçüde plasebo etkisi ile ilgili gözükmetedir. Antidepresan etkisi plasebodan daha yüksek olan pek çok bileşik vardır. Bu bileşikler içinde 1960'lı yıllarda üretilmeye başlanan "trisiklik antidepresanlar" ve 1990'lı yıllardan sonra antidepresan piyasasına hakim olan "yeni antidepresanlar" en yüksek başarı olasılığına sahip ilaçlar olarak dikkati çekmektedir. Piyasada bulunan kimi antipsikotikler, anksiyolitikler ya da antihistaminikler de antidepresan etki gösterebilmelerine karşın, başarıyla tedavi ettikleri hasta oranları antidepresanlardan çok daha düşüktür.

Antidepresanların ortak özellikleri:

- * Antidepresanların eşdeğer dozda kullanıldıklarında etkinlik oranları aynıdır.
- * Bağımlılık riskleri yoktur.
- * Çoğu ilk haftadan başlayarak belirtilerde azalma yapmakla birlikte, en belirgin etki 3-6 hafta sonra gözlenir.
- * Tedavi ile düzelme gösteren olgularda, tedavinin aynı dozda en az altı ay sürdürülmesi ile önemli oranda korunma sağlanabilmekte, oysa, tedavinin erken sonlandırılması durumunda ise olguların yarısında depresyon iki yıl içinde nüks edebilmektedir.
- * Eğer iki ya da daha fazla atak geçirilmiş ise tedavi en az 12 ay sürdürülmelidir.

Tablo 4. Yeni antidepresanların üstünlükleri

- * Çoğu günde tek doz ve tek tab/kap olarak verilebilirler,
- * Geniş spektrumludur ve depresyonun yanı sıra anksiyete bozuklukları, somatizasyon gibi rahatsızlıklarda da etkilidirler,
- * Bu ilaçlarla intihar etmek hemen hemen olanaksızdır; trisiklik antidepresanların pek çoğundan 3-4 kutu ilaç içildiğinde ölüm riski ortaya çıkmaktadır,
- * Kolay tolere edilebilen yan etkileri vardır; trisikliklere göre yan etkiler nedeniyle tedaviyi bırakma riski 3-4 kat daha azdır,
- * Kilo alımı, aşırı sedasyon, ağız kuruluğu, kardiyotoksik etki gibi trisiklik antidepresanlarla rastlanan ve çoğu kez optimal etkin doza çıkılmasını engelleyen yan etkiler çok azdır,
- * Yeni antidepresanların ilaç gideri yüksek olmakla birlikte, toplam tedavi gideri trisiklik ilaçlardan daha düşüktür,
- * Yaşlılar, kronik hastalığı bulunanlar gibi risk gruplarında daha güvenlidirler.
- * Alkol ile etkileşimleri çok az olmasına karşın birlikte kullanılmaktan kaçınılmalıdır.

* Yeterli dozda 4-8 hafta antidepresan tedavi almış hastaların %20-40'ında yeterli düzeyde yanıt alınamayabilir; bu olgular psikiyatriste sevk edilmelidir.

Trisiklik ve Yeni Antidepresanlar

Trisiklik antidepresanlar (TCA) uzun yıllar kullanılmış ve güvenli ilaçlar olmalarına karşın 1990'lı yıllarda kullanıma giren "yeni antidepresanlar" önemli ölçüde bu ilaçların yerini almışlardır.

Yeni antidepresanlar etkinlik açısından trisiklik antidepresanlardan farklı olmamakla birlikte, pek çok üstünlükleri bulunmaktadır (**Tablo 4**).

Yeni Antidepresanlar

Sertralin (Lustral), Fluoxetin (Prozac), Paroxetin (Serozat), Fluvoxamin (Faverin) ve Citalopram (Cipram) SSRI grubunda yer alan antidepresanlardır. Bu ilaçlar oldukça farklı yapıda olmalarına karşın, her biri özgün olarak serotonin'in nöronlara geri alınımını engellerler. Tüm SSRI'ların yan etki profilleri benzerdir. Sedasyon, ortostatik hipotansiyon ve kabızlık gibi yaşlılarda önemli sorunlara yol açabilen yan etkilere sık rastlanmaması da diğer bir üstünlükleridir. Fiziksel hastalığı olanlarda ve yaşlılarda yarı dozla başlanması ve etkin dozlara yavaş yavaş çıkılması uygundur.

SSRI'lar gastrointestinal belirtileri yoğun olan, cinsel işlev bozukluğu bulunan olgularda dikkatli kullanılmalıdır. Özellikle tedavinin başlangıç dönemlerinde ortaya çıkabilen, iştah azalması, uykularda bozulma ve anksiyetede artma bazı olgularda bu ilaçların kullanımını engelleyebilir ya da ikinci bir ilacın kullanılmasını gerektirebilir. SSRI kullanımında dikkat edilmesi gereken önemli bir konu da bu ilaçların CYP450 enzim sisteminde inhibitör etki göstermeleri ve bazı ilaçların kan düzeylerinde belirgin yükselme ortaya çıkarmaları ile ilgilidir. Klinik uygulamada eğer ilaç etkileşimi önemli bir sorun olma potansiyeli taşıyorsa, sertralin ve citalopram SSRI'lar arasında bu açıdan en güvenli ilaç gibi gözükmetedir.

SSRI'lara alternatif olabilecek ilaçlar arasında nefazodone (Serzone 50-100-200 mg), venlafaxine (Efexor XR 75-150 mg), moclobemide (Aurorix 150-300 mg), tianeptin (Stablon 12.5 mg), mirtazepin (Remeron 30 mg), yakın zamanda ülkemizde de piyasaya sürülecek olan bupropion (Wellbutrin 75-150 mg, Zyban 150 mg) ve reboksetin (Edronax 2-4 mg) de sayılabilir. Bu ilaçların etkinlikleri ve yan etki profilleri genel olarak SSRI'lara benzerdir.

TTB Genel Pratisyenlik Enstitüsü Yönetim Kurulu Genel Sekreteri Dr. Hakan Şen yüzlerce hekimin yakından izlediği GPE Eğitici Eğitimi konusunda sorularımızı yanıtladı.

TTB GPE'nin amacı nedir?

TTB GPE tıp fakültesini bitirdikten sonra, Genel Pratisyen (GP) olarak birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışmak isteyen hekimlerin mezuniyet sonrası mesleki eğitimlerinden sorumludur. Amacı pratisyen hekimlerin standart bir mesleki eğitimden geçerek, bu alanda uzmanlaşmalarının sağlanmasına yönelik eğitim etkinliklerini örgütlemek ve birinci basamağın gereksinim duyduğu hekim insangücünü yetiştirmektir.

GPE'de ne tür kurslar düzenliyorsunuz?

İlgili tüm kuruluşları davet ettiğimiz iki atölye çalışması sonrası Temel ve Klinik olmak üzere iki tür modül tanımladık: Temel kurslarımızı tamamlayanlar ilk GP eğitici oldular.

İlk GP eğiticileri kaç kişi?

Temel modüllerimizi tamamlayan 15 pratisyen hekim eğitici olmaya hak kazandı. 12 ilde dağılım gösteren bu 15 arkadaşımıza bölgesel kursları organize etmeleri için bölgesel kurs koordinatörü olduklarına ilişkin GPE Yönetim Kurulumuz tarafından birer yazı gönderildi. Bu sayı birkaç ay içerisinde hızla artacak.

Temel Modüller:

1. Eğitim Becerileri
2. İletişim Becerileri ve Toplumu Tanıma
3. Birinci Basamakta Bilgisayar Kullanımı
4. Genel Pratisyenliğin Felsefesi ve Temel Özellikleri
5. Epidemiyoloji
6. Sağlık Yönetimi

Klinik Modüller:

1. Küçük Cerrahi
2. Risk Grupları
3. Acil Tıp
4. Çevre Sağlığı
5. Üreme Sağlığı
6. Adli Tıp
7. Bulaşıcı Hastalıklar
8. Ruh Sağlığı
9. Kronik Hastalıklar
10. Laboratuvar Kullanımı

Ankara'da gerçekleştirdiğiniz son kursla ilgili bilgi verir misiniz ?

Ankara'da 2-6 Temmuz'da Birinci Basamakta Bilgisayar Kullanımı Kursu yapıldı. Kursu çoğunluğu Ankara'dan olmak üzere 20 GP eğitici adayı katıldı. Bu kursun amacı birinci basamakta temel bilgisayar kullanımını öğrenmek ve belli bir standart içerisinde bu bilgileri öğretmeyi öğrenmektir. Uygulamalarımızda bir sağlık ocağında yapılması gereken aylık ve yıllık çalışmaları (nüfus piramidi, aşılama grafikleri, aile planlaması dağılım grafikleri v.s.) hazırlama, bilimsel makale sunumu, internet, medline tarama gibi günlük pratiğimize yansıyacak beceriler kazandırdığımızdan hekimlerin oldukça ilgisini çekti.

Kaç kurs düzenlediniz?

Ankara'da düzenlediğimiz Birinci Basamakta Bilgisayar Kullanımı Kursu, 22 Kasım 1999'da düzenlenen ilk kurs olan Eğitim Becerileri Kursu'ndan bu yana 14. kurs oldu. 2001 yıl sonuna kadar her ay 2-3 kurs planlanmaktadır.

Kurslara katılım koşulları nedir?

Gönüllülük esasına dayanır. Meslek yaşamını Genel Pratisyen olarak sürdürmek isteyen tüm hekimlere açıktır. Bölgesel yapılanmaları henüz oluşturma aşamasında olduğumuz için bu konuda en önemli birimlerimiz Tabip Odaları ve Pratisyen Hekim Komisyonlarıdır. Bu nedenle ilk aşamada Pratisyen Hekim Komisyonları tarafından önerilen hekimler öncelikli olmak üzere kurslara katılmaktadır.

Klinik kurslarınız hangi aşamada?

Klinik modüllerimizin yazımı sürmekte. Acil Tıp Modülü uygulamaya hazır durumda. 2001 sonbaharında başlanacak.

Kurs takviminizi öğrenebilir miyiz?

19-23 Temmuz tarihlerinde Samsun'da Genel Pratisyenliğin Felsefesi ve Temel Özellikleri Kursu, 4 Ağustos'ta Ankara'da Sağlık Yönetimi Kursu en yakın zamanda yapılacak kurslardır.



Nisan sayımızda yayınladığımız dosya 26'yı animsattıp TTB Yüksek Onur Kurulu'nun kararını yayınlıyoruz.

Dosya 26: Dr. C.E. erkek, kadın hastalıkları ve doğum uzmanı, Askeri Hastane'de çalışıyor, muayenehanesi var. Dr. C.E., izlediği bir gebede, muayenehanesinde ultrasonla incelemesine karşın, meningoseli saptayamamıştır. Hasta, hekimi ... Tabip Odası'na şikayet etmiş, ayrıca adli yargıya başvurmuştur.

Siz olsaydınız, kusur olup olmadığına, varsa derecesine nasıl karar verirdiniz?

Dosya 26'ya İlişkin Yanıtlar:

Yanıt 1: Aldığı ücretin içerisinde zaten USG ücreti olmadığını tahmin ettiğim kadın hastalıkları ve doğum uzmanı hekimin ultrasonografi yapma zorunluluğu bulunmadığından ve meningosellerde tanı koymak en iyi eğitilmiş uzmanla ve USG cihazı ile bile bazen mümkün olmadığından ultrasonografide gizlenmesi mümkün olan bir lezyonu tanıyamamaktan ötürü hekimin cezalandırılması yanlıştır. Ancak bu olgu da göstermektedir ki; özel eğitim almamış klinisyenler USG eğitimini tamamlamalı, TTB'ce de tanınacak bir sertifika edinene dek ultrasonografiyi yalnızca kendileri yapmak yerine -çoğu kez ekonomik nedenlerle bu mümkün olamamaktaysa da- radyologdan da belli dönemlerde istemelidirler.

Dr. Metin Ulusoy/Trabzon

Yanıt 2: Haksızlığa uğramış kişilerin resmi mercilere başvurması sevindirici bir olay. Keşke hastamız haksızlığa uğradığı başka konularda da böyle duyarlı davranıp hakkını arasa.

Şimdilerde kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının hemen hemen hepsinin muayenehanesinde USG cihazı var ve kullanılmaktadırlar. USG gebeliğin izlemi ve olacak doğumla ilgili çok kolaylıklar sağlıyor. USG'nin prenatal patoloji tanısındaki yeri yadsınmaz. Gönül isterdi ki Dr.C.E. meningoseli erken dönemde saptayıp hastasına bildirmiş olsaydı. Fakat öyle olmadı diye kusurlu bulmuyorum. Ceza alması gerekmez.

Olanak olsa da doğacak her bebek aynı zamanda radyoloji uzmanı tarafından da değerlendirilebilse. Burada hata hastamızın hamilelik öncesi bakım almamış olmasıdır. Hamilelik öncesi yeterli folik asit almış olsaydı

büyük olasılıkla bu üzücü olayla karşılaşmıyacaktı.

Dr. Metin Değirmenci/Antakya

Yanıt 3: Dr. C.E.'nin Askeri Hastanede çalıştığı belirtilmiştir. Bildiğim kadarıyla askeri doktorların tabip odasına üye olma zorunlulukları yok. Fakat tabii ki bu bir meslek örgütü olarak Tabip Odasının görevini engellemez. Günümüz tıbbında doğumsal anormalliklerin izlem sırasında saptanması daha sonra bir sorun yaşanmaması için önemli. Uzmanların radyolojik olarak bu yeterliliğe sahip değillerse kuşkulandıkları durumlarda mutlaka hastayı bir radyoloji uzmanına danışmalılar. Sonuç olarak bu dosyada Dr. C. E. 8/8 oranında kusurludur.

Dr. Ekrem Kutbay/Ankara

Tabip Odası Onur Kurul Kararı: Belirtilen olguda, Dr. C.E.'ye ceza verilmesine gerek olmadığına karar verilmiştir.

Şikayetçilerin Tabip Odası Onur Kurulu kararına itirazıyla dosya YOK'a gönderilmiştir.

TTB YOK Kararı: Tabip Odası Onur Kurulu kararının bozulmasına karar verilmiştir. Çünkü;

a. Dr.C.E., hastasının ve çocuğunun yaşamına, sağlığına ve şahsiyetine gerekli özen ve saygıyı göstermemiştir (TDN m.2).

b. Hastasının gebeliği ile ilgili yürüttüğü mesleki pratiğinde yanlış tanıda ısrar etmiştir (TDN m.13).

c. Hastanın hamileliği sırasında, diğer meslekdaşlarının tanı ile ilgili farklı görüşlerine katılmamış ve onlarla gerekli işbirliği ve yardımlaşma içine girmemiştir (TDN m. 37). Ayrıca, gerek diğer KHD uzmanları, gerekse radyoloji uzmanının tanılarıyla kendi tanısı arasında çelişki olduğu halde hastasını, hasta lehine, referans alabileceği başka bir hastaneye yönlendirmemiştir.

Dosya 26 ve 28 TTB Yayınlarından Editörlüğünü Dr. Murat Civaner ve Dr. Zuhale Amato Okuyan'ın yaptığı "Tıbbi Etik İhlalleri" adlı kitaptan alınmıştır.

Dosya 28'e ilişkin görüşlerinizi bekliyoruz. Yanıtlarınızı ve TTB Yüksek Onur Kurulu kararını Ağustos 2001'de yayınlayacağız

Dosya 28: Dr. E.B. Erkek, 44 yaşında, Bakteriyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları uzmanı, ... Devlet Hastanesi'nde çalışıyor, muayenehanesi var.

Dr. E.B., şiddetli ishal yakınmasıyla hastaneye başvuran hastaya, tahlil yapılması gerektiğini, ancak bunun hastanede yapılamayacağını söyleyerek, kendi laboratuvarının adresini verir. Bu arada hastadan ... TL alır. Hasta yakını olayı yerel basına yansıtmaya üzerine Dr. E.B. aynı gazeteyle şöyle bir demeç verir: "Hastanın b..unu inceledi de hastalığını buldu diye teşekkür beklerken gazetede hastanın b..unu inceledi, ... TL aldı diye bir haberle karşılaşılıyor. Ben böyle kültürlü hasta ve sahibine teessüf ederim."

... Tabip Odası Onur Kurulu kararı: Hasta hekim ilişkilerindeki tutum ve davranışlarından dolayı uyarı cezası ile cezalandırılmasına ...

Siz olsaydınız, kusur olup olmadığına, varsa derecesine nasıl karar verirdiniz?

Ne Yapmalı



Karşılaştığınız olayları bize aktarın. Konunun uzmanlarına, avukatlarımıza danışalım. Çabamız haklarımızı ve sorumluluklarımızı bilerek iş barışına katkıda bulunmak.

Laborant A.H. devlet hastanesi merkez laboratuvarında hafta içi gece nöbetçisidir. Nöbeti devraldıktan bir saat sonra aynı yerde çalışan laborant arkadaşını yerine çağırıp sorumlulara haber vermeden hastaneden ayrılır. Hastaneden çıkarken park halindeki bir arabaya çarpan Laborant A.H. ile araba sahipleri arasında tartışma çıkar. Laborant A.H. arabasının içinde bulunan demirle karşıdaki kişiyi yaralar. Olaya emniyet güçleri el koyar. Yaralı kişinin şikayeti üzerine durum hastane nöbetçi şefine yansır. **Ne Yapmalı?**

Yukardaki olayda olduğu gibi sağlık kuruluşlarında çalışma saatleri içerisinde kişisel kararlarla ya da yetkililerin sözlü izinleriyle çalışma düzeni değiştirilmektedir. Olayın cezai yanı sıra yana nöbet esaslarının yasal boyutunun anımsatılmasının yararlı olacağı düşünüldük.

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği:
C-Nöbet Esasları Madde 41:

Genel olarak yataklı tedavi kurumlarında nöbet: normal çalışma saatleri dışında ve resmi tatil günlerinde dışarıdan gelecek hastalarla, kurum içindeki hastaların acil durumlarında tıbbi ve bununla ilgili idari ve teknik yardımları vaktinde sağlayabilmek, olması muhtemel idari ve teknik olay ve kazalara zamanında müdahale edebilmek amacını güder.

a) Nöbet Saat 8.00'den ertesi gün 8.00'e kadar devam eder. Nöbetçi olanlar hiçbir surette kurumdan ayrılmazlar.

b) **Nöbetçi personel nöbeti teslim alacak personel gelmeden ve nöbetinde geçen önemli olaylar, izlenecek hususlar hakkında gerekli bilgiyi vermeden ayrılmaz.**

Nöbeti teslim alacak vaktinde gelmediği takdirde, durum baştabibe bildirilir, gerekli tedbir alındıktan sonra eskisi ayrılabilir.

c) **Nöbet günleri ancak baştabiblik müsaadesiyle değiştirilir. Bu takdirde nöbetçinin kabul edilebilir bir mazeretinin bulunması, değişikliğin hastane müdürü tarafından daha önceden nöbet cetvellerine işlenmesi ve ilgililere duyurulması gerekir.**

d) Nöbet hizmetleri, yataklı tedavi kurumlarının tiplerine, yatak ve personel kadrosuna, yer ve

önemine, faaliyetinin çokluğuna göre ayrı ayrı hükümlere tabidir.

e) Gece nöbeti tutanlara ertesi günü görev verilmez. Geceyi yoğun mesai ile uykusuz geçiren personele, kurumun personel durumu ve imkanları müsait olmak, hizmeti aksatmamak kaydıyla evinde veya kurum içerisinde lüzum görüldüğü sürece dinlenmesi için baştabip izin verebilir. Bu takdirde de bunlar acil durumlarda baştabip veya nöbetçi tabibin davetine uymaya mecburdurlar.

Hafta tatillerinde ve resmi tatil günlerinde nöbet tutanlara hizmeti aksatmamak kaydıyla diğer iş günlerinde nöbet süresi kadar izin verilebilir.

f) Kurum nöbet cetvelleri her hizmet bölümü veya meslek gurubu için ayrı ayrı düzenlenir. Nöbet listeleri aylık olarak hazırlanır; tabip ve doğrudan baştabibliğe bağlı görevlilerin listelerini baştabiblik, idareye bağlı personelin listesini hastane müdürlüğü, başhemşireliğe bağlı olanların listelerini ise baş hemşirelik düzenler ve bunları baştabip onaylar. Nöbet listelerinin birer örneği baştabip odasına, nöbetçi tabip odalarına ve ayrıca kurumun görülebilen bir yerine asılır. Birer örneği de Sağlık Müdürlüğü'ne gönderilir.

Nöbet listeleri normal günler için ayrı, cumartesi, pazar, bayram ve tatil günleri için de ayrı olarak düzenlenir. Nöbet listelerinin düzenlenmesinde yıllık izinler dikkate alınır.

g) Nöbet tutan her meslek grubu için sahifeleri numaralı ve tasdikli bir nöbet defteri tutulur.

Nöbetçiler bu deftere nöbetlerinde geçen önemli olayları saat belirleyerek ve bir sonraki nöbetçiye devredilen tıbbi, idari ve teknik işlerle ilgili önerilerini kaydeder. Nöbet defterleri hergün hastane müdürü tarafından tetkik edilerek gerekleri yapılır. Önemli hususlarda baştabibe iletilir.



Tanı: Sistemik Lupus Eritematozus (SLE)

Genel yakınmalarla karşımıza gelen ve genel durumu orta-iyi olan bu hastada öncelikli olarak kan basıncı kontrol altına alındı, dispeptik yakınmaları giderildi ve genel durumu düzeltildi. Anemisi kronik hastalık anemisi olarak yorumlandı (demir depoları normal bulundu). Yapılan gastroskopi normal çıkınca üst GİS kanamalarını dışlandı; gaytada gizli kan serisi de negatif çıktı. Hasta menapozunun beşinci yılındaydı ve kanaması yoktu. Batın ultrasonografisi 5 cm'lik hepatomegaliyi doğruladı, sol renal bölgede sıvı birikimi saptadı. Yapılan böbrek biyopsisinde membranoproliferatif glomerulonefrit tanısını kondu. Yapılan göz incelemesinde evre 3-4 hipertansif retinopati belirlendi.

Olgumuzda elde edilen bulgu ve sonuçları gözden geçirecek olursak; ağızda ülserler, serozit, membranöz glomerulonefrit, kronik hastalıklar anemisinin varlığı SLE tanısını düşündürmektedir. Çünkü Amerikan Romatizma Birliği'nin tanı kriterleri arasında bulunan 11 maddeden (yüzde malar döküntü, diskoid döküntü, fotosensitivite, ağız ülserleri, artrit, serozit, renal bozukluklar, nörolojik bozukluk, hematolojik bozukluk, immünolojik bozukluk ve antinükleer antikor) dördü olgumuzda bulunmaktadır (SLE tanısı için en az dört kriter ön koşuldur).

Olgumuz spontan SLE olgusudur. Bunun dışında daha ileri yaşlarda görülen ve ilaca bağlı gelişen bir SLE tipi bulunmaktadır. Spontan SLE genelde 20-40 yaşlar arasında kadınlarda erkeklere göre dokuz kat daha fazla görülen bir hastalıktır. Hastalığın nedeni pek bilinmemekle birlikte, mekanizmasına ilişkin bazı kanıtlar bulunmuş (genetik, hormonal, immün ve çevresel etmenler). SLE çok da ender görülmez (0.5-1/1000). Mortalitesinden çok morbiditesi bakımından önemlidir. On yıllık prognozu %90'lara kadar varan bu hastalığın bakımı ve hastaların eğitimi önemlidir. Bu bağlamda bu bakım

hizmetini verecek birinci basamak çalışanlarına önemli görevler düşer.

Spontan SLE genelde yavaş ve sinsi biçimde başlar. Olgumuzda da görüldüğü gibi genel ve özgül olmayan yakınmaları ve bulguları nedeniyle, başka hastalıklarla (bağ dokusu hastalığı, romatizmal hastalıklar, immün hastalıklar, sifiliz) ve diğer ortak bulguları olan antite ve sendromlarla (endokardit, aseptik menenjit, hemolitik anemi, kanama diyatezleri vb) karışabilmekte.

Hastaların %95'inde gezici tipte artrit ya da artralji bulunmakta, ancak efüzyonu diğer romatizmal hastalıklara göre daha az olur. Osteoartrozdan farklı olarak sabah katılığı birkaç dakika sürer. Hastaların yaygın kas ağrıları da günlük uygulamada sık görülen yakınmaları arasındadır. Olgumuz da benzer yakınmalarda bulunmuştur.

Patognomonik olarak kabul edilen "kelebek döküntüsü" hastaların %50'sinde görülse de bizim hastada görülmemiştir. Bunun yerine yine ender olmayan ağız içi ülserler bulunmuştur. SLE'nin %17-30'unda Reynaud fenomenine rastlanılır. Olgumuzda öyküsünden de anlaşılacağı gibi Reynaud geçirmiştir.

Serozit, SLE'nin tanı kriterleri arasında yer almaktadır. Yaşam kalitesini önemli ölçüde azaltan ve bazen yaşamı tehdit eden bir durumdur. Olgumuzda da yaygın bir serozit söz konusuydu (plevra, perikard, karın). Yapılan torasentezde protein ve beyaz küre düşük ve glukoz normal bulundu (SLE plörezisinin tipik bulgusu). Olguların %48'inde perikardiyal efüzyon görülür. Hastamızın telekardiyogram ve EKG değişiklikleri (düşük voltaj) bir perikardiyal efüzyonu da göstermekteydi.

SLE'de GİS tutulumu sıktır (%50). En sık yutma güçlüğüne rastlanır. Bulantı ve kusmalar hastayı sürekli rahatsız eder. NSAİİ kullanımına bağlı dispepsi yakınmaları da sıktır. Yapmış olduğumuz gastroskopiye önemli bir GİS patolojisine rastlamazken, hasta mideye yönelik semptomatik tedaviye yanıt vermiştir.

Kaynaklar

- 1-Cerrahoğlu L. Bağ dokusu hastalıkları:2. Sistemik lupus eritematozis. İçinde: Tuna N, ed. Romatizmal Hastalıklar,3.baskı.Ankara:Hacettepe-TAŞ.s.509-514.
- 2- Schur PH. Systemic lupus erythematosus. In: Goldman L, Bennett JC, eds. Cecil Textbook of Medicine, 21st Ed. Philadelphia: WB Saunders. 2000. pp.1509-1517.
- 3- Wise CM. Systemic Lupus Erythematosus: Clinical Manifestations and Diagnosis. Clin Rev Summer 1998.pp 29-33. (www.medscape.com/SMA/ClinicalReviews/1998/summer98/crS98.06.wise/crS98.06.wise-01.html)

Ancak SLE'de karın ağrılarını küçümsememek gerekir. Bazen karın ağrıları mezenterik vaskülitte dönüşebiliyor ve masum bir karın ağrısı akut karın tablosuna kadar gider.

Böbrek tutulumuna da sıkça rastlamak olanaklıdır (%50). Hastamızın böbrek biyopsisinde membranoproliferatif glomerulonefrit bildirildi. Hastamızda proteinürinin hafif olması (375 mg/24 saat, 1500 cc idrar) böbrek tutulumunun iyi prognozuna işaret etmektedir. Hastamızda görülen yüksek arteriyel kan basıncı olasılıkla renal kökenliydi.

Olgumuzun sedimentasyon hızının yüksekliği, o sırada hastalığın akut seyretmesine ilişkin bir laboratuvar bulgusuydu. Günümüzde sedimentasyon hızı özgül anlamda yalnızca romatoid artrit tedavisinin izlemi için önerilmektedir. Ancak SLE'nin etkinliği konusunda da fikir verebileceğini söyleyen uzmanlar da bulunmaktadır.

Spontan SLE yanı sıra ilaca bağlı SLE de görülmektedir. Sülfonamid, penisilin, oral kontraseptiflerin, hidralazin, prokainamid gibi ilaçların kullanımına bağlı SLE benzer bir tablo ortaya çıkabiliyor. Farkı ani başlaması,

yakınmaların daha hafif olmaları, ilacın kesilmesiyle geriye dönüşümlü olması ve yaşamı tehdit edici olmamasıdır.

Bu hastalığın kesin tedavisi yoktur.

Tedavisinde kortikosteroid ve immün baskılayıcılarına yer verilir. İlaç kullanımındaki amaç alevlenmelerle seyreden hastalığın akut döneminde organların zedelenmesini engellemek ve olağan işlevlerini sürdürmelerini sağlamaktır. Bunlar olurken hastanın ciddi anlamda sosyal ve psikolojik desteğe gereksinimi vardır.

Hastalar hastalıkları konusunda bilgilendirilmelidir. SLE'nin çoğunlukla hafif geçtiği, ender olarak yaşamı tehdit ettiği ve organ tutulumlarının genelde engellenebildiği güvencesi verilmelidir. Hasta eğitimi sırasında SLE'yi tetikleyecek ilaçlardan kaçınmaları öğretilmelidir. Hastalığın en sık mortalite nedeni enfeksiyonların olması nedeniyle hastalar uyarılmalıdır.

Bu bağlamda özellikle hastanın tedavisini sürdürürken, hastaya psikolojik destek verirken ve hasta eğitilirken birinci basamakta erişkin hasta karşılayan ekibe önemli destekleyici görevler düşmektedir.

6. Pratisyen Hekimlik Kongresi

17-21 Ekim 2001 Kemer-Antalya

Kongre Konu Başlıkları

Sağlıkta Son Yönelimler
Genel Pratisyenlik Mesleki Eğitimi
Üriner Sistem Enfeksiyonları
Astımda Güncel Yaklaşımlar ve Astım Atağının Tedavisi
Birinci Basamakta Görme Kusurlarına Yaklaşım
Memede Kitle
Yumuşak Doku Travmaları
Çocukluktan Erişkinliğe Kemik Gelişimi
Uyku Apnesi ve Horlama
Hekim-Hasta İlişkisi
Birinci Basamakta Özelleştirme
Adölesan Sağlığı
Kent ve Sağlık
Hepatitler
Ailevi Akdeniz Ateşi Hastalığı (FMF)
Dermatolojik Sorunlar

Sekreterya: Türk Tabipleri Birliği, Şehit Daniş Tunalıgil Sok. No:2 Kat:4 Maltepe Ankara

Tel: 0 312 231 31 79

Faks: 0 312 231 19 52-53

e-posta: ttb@ttb.org.tr

Talesemi

Polio Eradikasyon Programı ve Ulusal Aşı

Günleri

Solunum Yolu Enfeksiyonlarında Rasyonel

Antibiyotik Kullanımı

Gastroözefigeal Reflü

Madde Bağımlılığı ve Sokak Çocukları

KOAH ve Sigara

Birinci Basamakta Aneljezik Kullanımı İlkeleri ve

Kanser Ağrılarına Yaklaşım

Tüberküloz Kontrolü,

Açlık Grevlerinde Hekim Tutumu

Otitler

Acil Yardım ve Kurtarma Hizmetleri

Kurslar

Diabetik Hasta İzlemi, Hipertansif Hasta İzlemi,

EKG, Temel Radyoloji, Birinci Basamakta Cerrahi

Girişimler.



Bu ayki Günlüğümden sayfalarında, Dr. Meltem Demir'in anılarına yer veriyoruz. Sizin anılarınızı da bekliyoruz. Kendi sorunlarınızmış gibi görünenlerin pek çoğu aslında hepimizin sorunu. Çözümleri de paylaşalım.



2 Ağustos 1999

Eşyaları yavaş yavaş yerleştirirken "Nereden nereye" diye düşünüyorum. Eşimin "Artık son kez giriyorum" dediği TUS sırf üniversite tercihi olduğu için üst sıraya yazıp kazandığı ve bu nedenle taşındığımız bir şehir Kayseri. Burada tanıdığımız tek kimse yok. Bırakıp geldiğimiz yer ise son on yılımızın geçtiği, o çok sevdiğimiz güzeller güzeli Antalya.

Eylül 1999

Beni eş durumundan merkeze bağlı (30 km) bir köye veriyorlar. İki yıldır hiçbir doktorun uğramadığı, gelenlerin geçici görevle merkeze alındığı, nüfusu yaklaşık 900 olan ve günlük hasta sayısının üçü bulmadığı minik bir köy. Köye sabah yedi buçukta giden bir otobüs var, benimse anasınıfına yeni başlayan altı yaşında bir oğlum. Servis onu evden sekize on kala aldığından doğal olarak köy otobüsünü kaçıyorum, zaten ona yetişmek için evden saat yedi de çıkmalıyım, o da imkansız. Merkeze alınmak istiyorum. Kimseye uygulanmayan prosedürler benim için uygulanıyor (Tek doktorsunuz, alamayız!..). Ulaşım dışında bir sorunum yok. Eşim arabayı bana veriyor. Buradan tek kurtuluş yolu TUS gibi görünüyor. Eşim kazandıktan sonra ben de yavaş yavaş çalışmaya başlıyorum. Köyde fazlasıyla zamanım var. Oldukça yoğun ders çalışıyorum.



Nisan 2000

Sonuçlar açıklanıyor, kazanamıyorum. 57 puan alıyorum, ama kazanmaya yetmiyor. Önümüz yaz, ders çalışmak için pek uygun değil. Biraz ara veriyorum. Sağlık ocağının önünde ufak bir bahçemiz var. Hizmetlimiz bütün bahçeyi belliyor. Ocakta üç kişiye ben, hizmetli ve bir de ebe hanım. Hep birlikte bahçeye soğan, maydanoz, salatalık, domates, fasulye dikeyoruz. Bu konuda oldukça acemiyim, genelde köylülere soruyorum ama bu arada fazla suni gübre verdiğim için maydanozların hepsi yanıyor ama diğerleri sağlam. Ara sıra toplayıp eve getiriyorum, hatta kış için buzluga bile koyuyorum. "Artık köylü oldun" diye takılıyor eşim. Doğrusunu söylemek gerekirse köyü çok seviyorum.

Eylül 2000

TUS yine olmuyor. Üstelik yazın oğlumla gelip gittiğimden çalışamıyorum, puanım düşüyor. Bu arada oğlumun ilkokula başlamasıyla yoğun bir kış temposu başlıyor. İlkokul birinci sınıf annesi olmak çok zor geliyor bana, üçüncü haftada okumayı söküyor bizimki, biz de bir oh çekiyoruz. Bu henüz başlangıç; o kadar yavaş yazıyor ve okuyor ki akşam dokuzdan önce ödevlerimiz bir türlü bitmiyor. Onu yatırıp kalan zamanımda ben yine okuyorum. Bu arada anestezi ihtisası yapan bir babamız var evde ama kronik olarak hep yorgun, hep uyuyor.

Aralık 2000

Artık merkezdeyim. Köye yeni doktor tayinleri gelince! beni merkeze alıyorlar. Yeni açılan bir sağlık ocağına geçiyorum. Hasta bakmayı bile özlediğimi fark ediyorum. Yeni arkadaşlar, yeni bir çevre derken Sağlık Müdürlüğü'nden bir telefon geliyor. Gereksinim olan yerler için geçici görevle doktor ismi istiyorlar. Kimse gönüllü olmuyor. "Kura çekelim" diyorum, çekiyoruz ve bana çıkıyor, gidiyorum. Merkez hep böyle, biliyorum. Nerede doktora ihtiyaç var, sen oradasın. Tıpkı bir piyon gibi, oradan oraya... Ben yine TUS'dan ümitliyim, çalışmaya çalışıyorum.

13 Nisan 2001

Sabah kahvaltısını yaptırıp oğlumu okuluna gönderirken "Ben Ankara'ya sınava gidiyorum, benim için dua et olur mu?" diyorum. "Ama anne!" diyor hafif yüzünü ekşiterek, "Her sınav dua ettiriyorsun ama kazanamıyorsun" içim biraz burkuluyor. "Bak bu son, hem iyi çalıştım belki bu sefer olur" diyorum. "Tamam" diyor "ama bu son".

25 Nisan 2001

Bugün sanıyorum sonuçlar belli oluyor kazanmayı istediğim yalnızca iki yer Antalya ya da Kayseri biyokimya. Hayırlısı olsun deyip sağlık ocağının karşısındaki eczaneye geçiyorum. Orada internet var. Eczacı Hanım ne için geldiğimi hemen anlıyor. İnternete giriyoruz. "Aaa açıklanmış" diyor. Benimse kalp atışlarım yüzyirmilere çıkıyor. Kazandığı bölüm yazısını görüyorum: Erciyes Üniversitesi Biyokimya ve Klinik Biyokimya... Hıçkırıklarla ağlıyorum sevincimden. Hala inanamıyorum. "Dinazor kazandı" diyorum bir arkadaşına telefonda. Bunca yıldan sonra, bunca zorlukla, her şeye karşın...

Hayatımda yeni bir sayfa açılıyor, gelecek bana neler getirecek hiç bilemiyorum. Ama tüm kalbimle diliyorum ki isteyen, çalışan, emek veren herkes bu mutluluğu tatsın, bu sevinci yaşasın.

Not: Merak edenler için 1989 Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi mezunuyum.

Kitap/TTB-STE Kredi Puanı Kazananlar



Mart 2001 sayımızdaki Ödüllü Bulmaca'dan kredi puanı kazananlar

Yıldız (*)
konulmuş
olanlar, Prof.
Dr. Yaman
Örs'ün "Tıp ve
Eğitimi" adlı
kitabını da
kazandılar.

1- Nükhet İnel (Adana), 2- Yaşar Erdoğan (Afyon), 3- Ekrem Kutbay, 4- Özen Aşut, 5- Sami Terzi (Ankara), 6- **Gürkan Mersin*** (Aydın), 7- M. Ali Gördesli, 8- Zeliha Tahmazoğlu (Balıkesir), 9- Gamze Ünal Sağdıç, 10- Bekir Sağdıç, 11- Hasan Serkan Kaplan (Burdur), 12- Fatma Sürer, 13- Özlem Cansız, 14- Zeki Doğan (Bursa), 15- Vedat Aslıhak (Çorum), 16- Abdülaziz Ünal (Denizli), 17- Gülsen Yener, 18- Şermin (Altunel) Uzun (Eskişehir), 19- Ömer Kılınç (Gaziantep), 20- Cevat Aşkar, 21- Metin Değirmenci (Hatay), 22- **Ali İçke***, 23- Ayşegül Ak, 24- Cengiz Ak, 25- M. İlhan Alhan (Isparta), 26- Nermin Demirhan (İstanbul), 27- Kazım Atilla Öngel, 28- Kübra Gürbüzbalaban (İzmir), 29- Nigar Erdemir (Karaman), 30- Fatih Çolakoğlu, 31- Müşerref Kartal, 32- Nazmi Tunçay (Kırklareli), 33- Duygu Özyer, 34- İsmail Cihat Tuna, 35- Meryem Cesur Ter, 36- Seher Yeşilyurt (Kütahya), 37- Celalettin Eroğlu, 38- Mustafa Şahin (Malatya), 39- Funda Özağaç (Muğla), 40- Hamdullah Turhan (Rize), 41- Selahattin Gür (Samsun), 42- **Derya Tetiker Ekiz***, 43- Efrumiye Yılmaz, 44- Fatma Yücel Beyaztaş, 45- Özgür Demirkan (Sivas), 46- Cengiz Semercioğlu (Tekirdağ), 47- Barış Ağca (Tokat), 48- **Canan Öksüzöğlu*** (Trabzon), 49- Gökhan İnce (Yalova), 50- **Saffet Aydın*** (Zonguldak), 51- Mustafa Yücel (Almanya).



Uzun zamandır görmemiştik Kaan'ı. Bir salı akşamı çıkageldi, babaannesinin kucağında. Nasıl da büyümüştü! Hemen ardından da Görkem girdi içeriye. Bir akşam gezmesi dönüşü Sultan'a uğrayıp birlikte eve dönmeyi düşünmüşlerdi. Konjenital kalp hastalığı olan bir çocuk için gelişimi hiç de kötü sayılmazdı. Yine de ilk bakışta hastalığına ait bazı belirtiler ve yaşitlarına göre biraz çelimsizliği dikkati çekiyordu. Ancak, hastalığının dışında bir huzursuzluğu vardı Kaan'ın. "Bugün aşı oldu!" diye açıkladı babaanesi. Bunu söylerken hoşnutsuzluğu her halinden belli oluyordu. Daha sonra Sultan'dan öğrendik neler olduğunu. Sultan, Kaan'ı ne zaman aşılanması için sağlık ocağına götürmeye kalksa babaanne kalp hastalığını öne sürerek buna karşı çıkmış. Onun aşılanmak için çok zayıf olduğunu biraz daha kilo alması gerektiğini söylüyormuş. Ama tüm bu karşı koymalara karşın bugün aşısını yaptırmaya istemeye istemeye razı olmuş.

Aslında bu pek sık karşılaşılan bir durum. Konjenital kalp hastalığı olan çocuklar çelimsiz



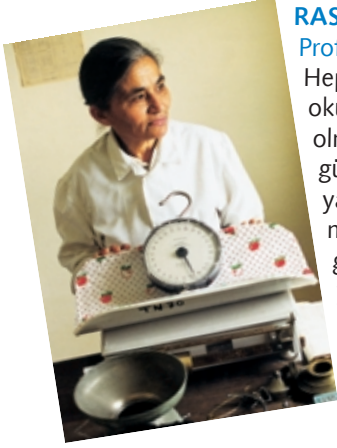
yapıları nedeniyle olağan aşılama uygulamalarının dışında bırakılır, aşılananın onlar için ağır bir uygulama olduğu ya da aşılama sonucu önemli yan etkilerin oluşacağı düşünülmektedir. Oysa aşılama uygulamalarına en çok gereksinimi olan çocuklar bu gruptakilerdir. Ne yazık ki pek çok çocuk bu şekilde olağan aşılama uygulamalarının dışında kalmaktadır.

Hepimizin bildiği gibi aşılanmanın sakıncalı olduğu durumlar oldukça azdır. Oysa hiçbir konjenital kalp hastalığı aşılama için bir engel oluşturmaz. Aksine, konjenital kalp hastalıklı çocukların olağan aşılama uygulamalarının yanı sıra bazı özel aşılar da gereksinimleri vardır. Özellikle soldan sağa şantlı konjenital kalp hastalıklı çocukların sık yineleyen üst ve alt solunum yolu enfeksiyonlarından olabildiğince korunması amacıyla influenza virus aşısının uygulanmasının yararlı olduğu düşünülmektedir. Bu hastalara sıkça uygulanan girişimler nedeniyle, hepatit B aşısı da gerekmektedir. Siyanotik konjenital kalp hastalıklarının bazılarında kono-trunkal anomaliler eşlik ettiğinden ortaya çıkabilecek bazı özel durumlar nedeniyle (polispleni ya da aspleni sendromları gibi) bu hastaların da pnömokok, meningokok ve Hemofilus influenza B aşılarına gereksinimleri olmaktadır.

Aşılama sırasında hücrel immun yetersizlik olup olmadığına dikkat edilmelidir. Örneğin, Di George sendromu, Fallot tetralojisi, trunkus arteriozus gibi kono-trunkal kalp anomalilerine eşlik edebilir. Bu hastalara canlı aşıların yapılması sakıncalıdır.

"Ya şimdi ateşi olursa yavrucağın!" diye söylenerek sordu babaanne. Ateş düşürücü şurubunu aşından iki saat sonra vermişti. Bu genellikle yeterli olmaktadır. Ama babaannenin haklı olduğu bir konuydu bu. Aşılama sonrası gelişebilecek yüksek ateş varsa kalp yetmezliğinin ya da hipokseminin şiddetini artırabilir.

Ne diyelim Sultan! Zorlu bir akşam bekliyor seni. Umarız Kaan'ın ateşi olmaz da huzurlu bir gece geçirirsin. Kolay gelsin...



RASYONEL TEDAVİ YÖNÜNDEN TIBBİ FARMAKOLOJİ

Prof. Dr. S. Oğuz Kayaalp, Hacettepe-Taş Yayınları, 1751 sayfa, İki Cilt, 2000

Hepimizin zaman zaman okuyup da kitaplığımızın bir köşesinde özenle sakladığımız ve her okuyuşumuzda yeni yönleriyle karşılaştığımız, bir kez daha okumaktan haz duyacağımız kitaplarımız olmuştur. "Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji", bir kaynak kitap olmasına karşın, güncelliğini eğitimimizin her aşamasında sürdürebilecek bir yazım biçimiyle sunulmuş. Kitapta bir yandan öğrencilik dönemlerinde gereksinim duyulan ölçüde bilgi sunulurken, diğer yandan da mesleğimizi uygularken gerekli olacak daha ayrıntılı bilgileri kolaylıkla bulabilmekteyiz. Bu yönüyle geniş bir okuyucu kitlesine ulaşmayı hedefleyen Prof. Dr. S. Oğuz Kayaalp, yalnızca öğrencilik yıllarında okunup bir karton kutuda atıl olarak saklanacak bir kitap yerine her zaman kitaplığımızda etkin yerini koruyacak bir kaynak kitap hazırlamış. Kitapta ilaç uygulamalarıyla ilgili bilgiler aktarılırken hayvan deneyleri yerine klinik deneyimlere yer verilmesi bilgilerin yaşama aktarılışında yeni bir yaklaşım olarak göze çarpmaktadır. Bu yönüyle bilgilerin kullanılabilirliği ve değeri bir kat daha artmaktadır.

İletişim



Ben 1992 yılında hekimlik mesleğine atılmış bir pratisyen hekimim. 1992 yılından bu yana da aynı sağlık ocağında zaman zaman tek zaman zamanda başka hekim arkadaşlarla birlikte çalıştım. 1995 yılında askerliğimi yapıp yeniden görevime başladığımda aklıma sağlık ocağını bilgisayar sistemine geçirme fikri geldi. Bu amaçla harekete geçip bir bilgisayar alarak bilgisayar dünyasına ilk adımımızı attık. O zaman bize bilgisayarı kullanmak çok zor geldi çünkü kimse bir şey bilmiyordu. Ama biz yılmadan çalışıp bilgisayarı öğrendik.

Şimdi geçmişe, bir de bugüne bakıyorum da çok mesafeler katettiğimizi düşünüyorum. Şu anda ocağımızda birbirine ağ ile bağlı üç bilgisayarımız var. Ocağımızın tüm kayıtları bilgisayarda tutulmakta. Şöyle ki; tüm poliklinik kayıtları (bölgemizde bulunan tüm kişilerin kişisel sağlık fişleri ve ETF'leri bilgisayarımızda kayıtlıdır) "kim hangi tarihte geldi, hangi tanı konuldu, ne ilaç verildi, özgeçmişinde özelliği olan bir hastalığı var mı, soygeçmişinde bir özellik var mı?", bunlar bir tuşla görülebilmektedir. Hangi çocuk ne zaman izlenecek hepsi bilgisayardan çıkarılıp günü gününe izlenmekte ve kaydedilmektedir. Ayrıca bölge halkının %60'ından fazlasının kan grubu sağlık ocağımız tarafından yapılan çalışma ile belirlenilmiş olup bilgisayara kaydedilerek bir kan grubu veri bankası oluşturulmuştur. Gerek bölgemizde gerekse yakın çevrede kan gereksinimi olduğu zaman anında hangi kan grubundan kaç kişi var olduğu saptanmaktadır (bence çok önemli bir durum ve

tüm sağlık ocaklarının yapması gerek). Tüm bu saydığım ve de daha saymadığım sağlık ocağı ile ilgili tüm veriler bu şekilde tutulmaktadır. Bu bilgiler, aylık sağlık ocağı istatistikleri Excel programına aktarılmakta ve her ayın sonunda otomatik olarak çıkarılıp ilgili yerlere gönderilmektedir. Ayrıca her yıl sonunda da tüm bilgiler otomatik olarak derlenmekte ve rapor haline getirilmektedir. Ocaktaki tüm yazışmalar Word programı ile yapılmakta, tüm aylık çalışmalarda Excel programından çıkarılmaktadır.

Hatta bilgilerimizi ve çalışmalarımızı tüm sağlık ocakları ile paylaşmak için bir internet sitesi kurduk ve tüm verilerimizi yükledik. Sağlık ocağında kullanılan tüm formlar internetteki sitemizde bulunmaktadır, bu formları isteyen herkes ücretsiz ve kolayca bu siteden indirebilir. Özellikle sitemizin sağlık ocağı çalışanları tarafından ziyaret edilmesini öneriyorum. Formların dışında; hastalıklar, aile planlaması yöntemleri, çocuk sayfası gibi sağlık ocaklarını ilgilendiren bölümlerimiz de vardır. <http://www.geocities.com/gnso2001> adresinden sitemize ulaşılabilir.

Diğer sağlık ocaklarının bu siteden yararlanabilmeleri için size yazdım. Derginizi sürekli okuyorum ama yazma fırsatı bugüne kısmet oldu. Eğer yazımı dikkate alıp yayınlarsanız memnun olurum.

**Dr. Hasip Şimşek/Güney Sağlık Ocağı
Yeşilova/Burdur**



Pınarbaşı Sağlık Ocağı/İzmir

Dr. Süleyman Acar, Dr. Ahmet Sarıcalı*, Dr. Teoman S. Saraçlı*,
Dr. Güleren Görenek**



Pınarbaşı Sağlık Ocağı ilk olarak 1979 yılında Eğitim ve Araştırma - Toplum Sağlığı-Merkezi adı altında hizmet vermeye başlamıştır. 1983 yılında Bornova Sağlık Grup Başkanlığı'nın kurulması ile bu birime bağlanarak çalışmalarını sürdürmüştür.

İlk kurulduğu dönemde adından da anlaşılacağı gibi soğuk suları, yeşil doğası, piknik alanları ve çay bahçeleri ile güzel bir mesire yeri iken, bugün tarım etkinlikleri yerini yoğun sanayi ortamına bırakmıştır.

Pınarbaşı Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 1999 yılı ortası nüfus tespitlerine göre nüfusun %52,5'inin sosyal güvencesi vardır. Güvencesi

1999 yılı sağlık göstergeleri

KDH (binde)	16.2
GDH (binde)	55.8
Bebek ölüm hızı (binde)	11.1
Çocuk ölüm hızı (binde)	18.5
Kaba ölüm hızı (binde)	4.5
Ana ölüm hızı	0
Hastanede yapılan doğum oranı (yüzde)	87.4
Sağlık personeli yar. yapılan DO (yüzde)	4.5
Sevk oranı (yüzde)	3.16
Etkili aile planlaması yön. kul. (yüzde)	39.1
Etkisiz aile planlaması yön. kul. (yüzde)	18.7
Gebe ort. izlem sayısı	4.6
Bebek ort. izlem sayısı	7.1
Çocuk ort. izlem sayısı	1.9
TT1 (yüzde)	62.2
TT2 (yüzde)	48.5
DBT/Polio 1(yüzde)	88.3
DBT/Polio 2 (yüzde)	77.6
DBT/Polio 3 (yüzde)	69.8
Kızamık (yüzde)	73.2
BCG	86.7

olanların çoğunluğunu oluşturan SSK'lı vatandaşlar 1999 Nisan ayından bu yana ocağımızdan sağlık hizmeti almaya başlamışlardır.

Pınarbaşı Sağlık Ocağı Bölgesi'nde hane başına düşen kişi sayısı kentsel alanda 4.3 kırsal alanda 3.8 olarak saptanmıştır. Hane başına düşen kişi sayısının kentsel alanda yüksek olmasının nedeni bölgemizin sanayi bölgesi ile iç içe olmasından ve gelir durumunun bazı kesimlerde oldukça düşük olmasından kaynaklanmaktadır.

Bölgemizdeki ölümlerin en fazla dolaşım solunum yetmezliği ve kalp yetmezliğinden olduğu gözlenmektedir.

En sık saptanan ilk beş hastalık arasında sırasıyla üst solunum yolu enfeksiyonları, tonsillit, ishal, sinüzit, bronşit yer almaktadır.

1999 yılı içinde Ocağımız bölgesindeki gayri sıhhi kurumlara toplam 296 denetim yapıldı.

1999 yılı içinde toplam 26 gıda üretim yerine 107 denetim yapılmış ve beş denetimde uygun olmayan üretim yeri saptanmıştır. Uygun olmayan bu yerler için gerekli işlemler yapılmıştır.

Pınarbaşı Sağlık Ocağı Bölgesi'nde bir içme kullanma suyu, dokuz kaynak bulunmaktadır. Bu sulardan toplam beş örnek kimyasal analiz, 1175 örnek fiziksel analiz, bir örnek bakteriyolojik analiz için alınmış olup, bu analizler sonucunda standartlara uymayan su ve kaynak görülmüştür.

Sağlık ocağımızda üç poliklinik ile hizmet verilmektedir. Bunun yanında eğitim görmüş bir personel tarafından Hb, Htc, tam idrar, gebelik testi, kolesterol ve kan grubu gibi analizlerin yapılabildiği laboratuvarımız vardır.

E.Ü.T.F.'den gelen intern hekimler ve E.Ü Yüksek Hemşirelik Okulu'ndan gelen stajyer hemşireler de eğitimden sorumlu hekim arkadaşların denetiminde stajlarını yapmaktadırlar.

Ocak binası içinde halka çeşitli konularda eğitim çalışmaları yapılmaktadır. Ocağımızda personelin istek ve gereksinim duyduğu

TTB birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelik sözlerden öteye geçerek "Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi", "Toplum ve Hekim", "Genel Pratisyenlik Enstitüsü" gibi yapılar aracılığı ile kurumsallaşması sevindiricidir. Ancak bu olumlu çalışmaların hekimlere tanıtılmasında örgütümüz yetersiz kalmaktadır.

konularda, yıllık programda belirlenen özel gün ve haftalar da göz önüne alınarak eğitim ve tartışma ortamı sağlanmaktadır.

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Yasa'nın ülkemiz açısından büyük bir kazanım olduğuna inanıyoruz. Ancak kanunun çıkarıldığı yıldan bu yana nüfusun kentsel alana yönelmesi nedeni ile bu anlamda yasal bazı düzenlemelerin yapılmasına gerek duyulduğu da açıktır. Bu yasanın olumluluğuna karşın yeterince desteklenmediği ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin ihmal edildiği ortadadır. En önemli konulardan biri de kuşkusuz birinci basamak sağlık hizmetlerinin tek elden verilmeyişinin yarattığı karmaşadır. Tüm hizmetler sağlık ocağı çatısı altında verilmelidir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin de başta tanı ve laboratuvar araçlarının yeterli düzeyde olmaması birinci basamağa güven duyulması aşamasında sorunlar yaratmakta ve hastaların doğrudan ikinci basamağa yönelmesine neden olmaktadır. Ayrıca birinci basamakta çalışan tüm personelin eğitimleri konusunda

çalışmalar yetersizdir. Pratisyen hekimliğin ayrı bir tıp disiplini olması çalışmalarının hizmete olumlu katkısı olacağına inanmaktayız.

Türk Tabipleri Birliği ve bağlı tabip odalarının, birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelik katkıları son yıllarda artarak sürmektedir. Bunların sözlerden de öteye geçerek "Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi", "Toplum ve Hekim", "Genel Pratisyenlik Enstitüsü" gibi yapılar aracılığı ile kurumsallaşması sevindiricidir. Ancak bu olumlu çalışmaların hekimlere tanıtılmasında örgütümüz yetersiz kalmaktadır. Tanıtım ve paylaşım çabalarına ağırlık verilmelidir. TTB'nin önümüzdeki dönem 224 sayılı yasanın kentsel alan açısından yeniden gözden geçirilmesine yönelik çabaların yoğunlaştırılmasında öncü rolünü oynaması gereklidir.

Halka nitelikli ve yeterli sağlık hizmeti sunabilmek ana hedefimizdir. Bu hedefe ulaşmanın yolu hizmette standardizasyon, fizik koşullarda iyileşme ile olanaklıdır. Meslek içi eğitim kursu ve ek bina inşaatı sürmektedir. Sağlık Ocağımızda yakın zamanda bölge tabanlı sağlık hizmeti verilmeye başlanacaktır.

Bizce



Pınarbaşı Sağlık Ocağı, ülkemizdeki çoğu sağlık ocağına göre bölge hakkında daha fazla bilgiye sahip olduğu görülmektedir.

Gebe, bebek ortalama izlem sayıları istenilen düzeyin altındadır. Etkili aile planlama yöntemi ile etkisiz aile planlaması yöntemi kullananların toplam oranı %57,8 olup düşüktür. Bu veriler ele alındığında sağlık ocağının hizmet sunumunda anne ve çocuk sağlığı konularına daha fazla önem vermesi gerekmektedir.

Bağışıklama hizmetleri de Türkiye geneline göre düşüktür. Çocukların yaklaşık %25'ine ulaşılamamaktadır. Bu durum, aşısız çocukların sayısının hızla artmasına ve aşı ile korunabilir hastalıkların görülme olasılığını yükseltmektedir. Aynı durum TT1 ve TT2 aşılama oranları için de geçerlidir.

Sağlık ocağının çevre sağlığı hizmetlerini yeterli düzeyde yaptığı görülmektedir. Bu konudaki duyarlılık kararlılıkla sürdürülmelidir.

Ayrıca sağlık ocağının tanıtım bilgilerinde gerek hizmet içi eğitim ve gerekse topluma yönelik eğitimlerin içeriklerine ulaşamadık. Ancak yetişkin eğitim ilkeleri doğrultusunda eğitim içeriğinin sağlık ocağı çalışanları ile birlikte güncel konulara öncelik vererek hazırlanması eğitime ilgiyi artıracaktır.

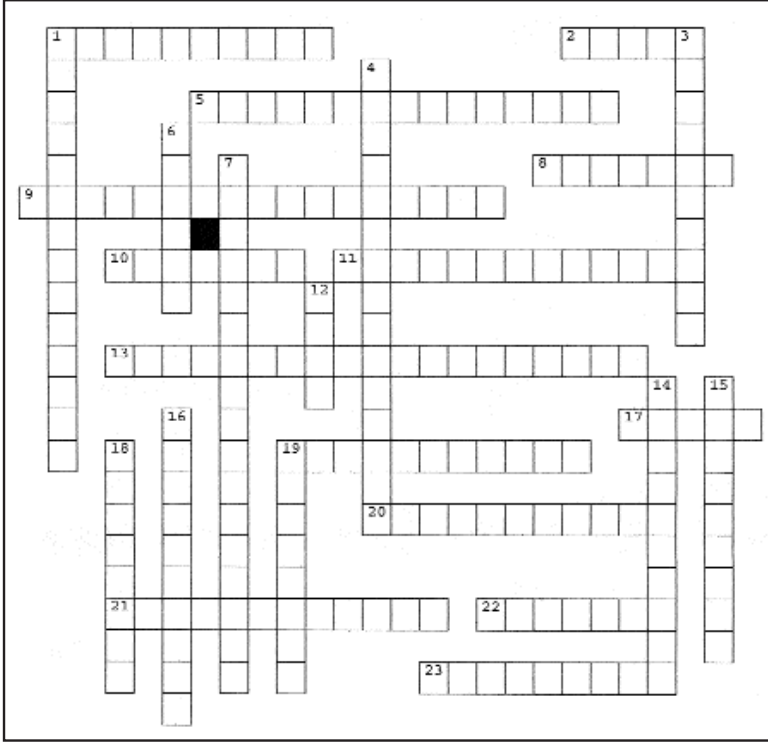
Sağlık ocağı çalışanlarının sağlık hizmetinin sunulmasına ilişkin yasal sürece ve Türk Tabipleri Birliği'nin yaptığı çalışmalara yönelik değerlendirmelerine katılıyoruz. Özellikle birinci basamak sağlık hizmeti üreten sağlık ocağı çalışanlarının deneyimleri ve öngörülerini daha nitelikli, erişilebilir bir sağlık hizmeti organizasyonunda çok değerli olduğunu biliyoruz. Bu nedenle her koşulda üretilen sağlık hizmetinin hizmeti üretenlerle ve özellikle sağlık hizmetini alanlarla bir araya gelerek değerlendirilmesi yararlı olacaktır. Katkılarınızın sürekli olması dileğiyle...

Bilimsel ve Dostça Kalın.

Ödüllü Bulmaca



Bulmacamızda yer alan soruları bu sayımızdaki yazılardan seçtik. Doğru olarak yanıtlayıp **31 Ağustos 2001** tarihine dek bize gönderen okuyucularımıza **2 TTB-STE Kredi Puanı** veriyoruz. Ayrıca 5 kişiye TTB tarafından yayınlanan **Prof. Dr. Yaman Örs**'ün "Tıp ve Eğitimi" adlı kitabı armağan edeceğiz. Bulmacanın çözümünü Eylül 2001 sayımızda yayınlayacağız.



1- (SS) H. influenza'ya karşı betalaktamaz stabilitesinin iyi olduğu bilinen ikinci kuşak sefalosporin, 1- (YA) Bebeklerde otitis media gelişmesine neden olan ev ortamı kirleticilerinden biri, 2- Penisiline duyarlılığı ya da direnci belirlemede kullanılan bir dilüsyon tekniği, 3- SLE benzeri tablo oluşturan ilaçlardan biri, 4- Orta kulak efüzyonunun saptanmasında en önemli yöntem, 5- Amerikan Romatizma Birliği tarafından SLE tanı kriterleri arasında sayılan belirtilerden biri, 6- Sosyalleştirme Yasası'nın çıktığı dönemde ülkemizin köylerinde yaşayan nüfus yüzdesi, 7- Çevre kirlenmesinde önemli bir payı bulunan işletmeler, 8- Birinci basamakta karşılaşılan depresyon hastalarında saptanması durumunda psikiyatriste sevk etmeyi

gerektiren psikotik belirtilerden biri, 9- Hücrel immun yetmezlik nedeniyle canlı aşılardan yapılmasının sakıncalı olduğu doğumsal kalp hastalıklarından biri, 10- Sağlık hizmetlerinde olduğu gibi çevre hizmetlerinin sunumunda da gözetilmesi gereken temel ilkelerden biri, 11- Otitis ciddi düzeye gelen, konak savunması bozulan, antibiyotik alırken otitis gelişen, komplikasyonlu ve şiddetli kulak ağrısı olan çocuklarda uygulanan tedavi, 12- Travmalı çocukların sırt bölgesinin muayenesi için yapılan çevirme işleminde gereksinim duyulan en az kişi sayısı, 13- İdrar yolu enfeksiyonları için risk etmeni olan doğumsal anatomik bozukluklardan en sık rastlanılanı, 14- Siyanotik doğumsal kalp hastalıklarında ortaya çıkabilecek polispleni ya da aspleni durumları dikkate alınarak yapılması önerilen aşılarından biri, 15- Sigara içilmesinin yol açtığı olumsuz sonuçlardan biri, 16- Belirgin organ hasarı bulunmaksızın karında serbest sıvı saptanması durumunda yapılacak girişim, 17- Yaşam kalitesiyle doğrudan ilgili olan ve çoğu kez sağlığı belirleyen fiziksel, biyolojik, kimyasal ve psiko-sosyal etmenlerin bütünü, 18- Yeni antidepresanlarda rastlanmayan, trisiklik antidepresanların yan etkilerinden biri, 19- (SS) Akut otitis media tedavisinde ilk seçilmesi önerilen antibiyotik, 19- (YA) Otitis media'nın önlenmesinde bebekler için özendirilmesi önerilen beslenme biçimi, 20- Kulak akıntısına yol açmasıyla akut otitis media'nın tanınmasında belirleyici olan durum, 21- SLE'nin GİS tutulumunda en sık rastlanan belirti, 22- SLE'de belirleyici olarak kabul edilen döküntü biçimi, 23- Sigarayı bırakanlarda sigara içme dürtüsü yaratan durumlardan biri.

Mart 2001 Bulmaca Doğru Yanıtları: 1- Osteomyelit, 2- Metilendifosfonat, 3- Ketoasidoz, 4- Diabetik ayak, 5- Uykusuzluk, 6- Gelişimsel Tarama Testi, 7- Karpal Tünel Sendromu, 8- Stereotipik, 9-(SS) Fiziksel Aktivite 9-(YA) Fruktozamin, 10- Sağlık Kurulları, 11- Mikroalbumin, 12- Yetmiş, 13- Renal Aktivite, 14- Elektromanyetik, 15- Sosyal Devlet, 16- Tourette, 17-Ara Verme, 18- Kurugöz, 19- Entegre Hizmet, 20- Glukometre, 21- Otizm, 22- Antisoyal.



Yazının ilk bölümü Mayıs 2001 sayımızda yayınlanmıştır.

Pediatric Travma Gastrik Tüpler

Eğer kafa tabanında bir kırık kuşku varsa o zaman gastrik tüpler ağız yoluyla takılmalıdır. Gastrik tüpler uygulandıklarında, travma geçiren çocuklarda dilate olma eğilimi içindeki mideyi hızla dekomprese ederler. Bunun oluş mekanizması net değildir. Birçok çocukta, mide içeriğinin boşaltılmasının çok yararlı olduğu konusunda hiçbir kuşku yoktur. Bu uygulama diyafram üzerindeki basıncı azaltır ve genellikle solunumu ve ventilasyonu düzenler. Ayrıca karnın daha kolay muayene edilmesini de sağlar (Resim 1, 2).

Resim 1. Trafik kazası sonucu ağır kafa yaralanması geçiren genç bir çocuk. Klinik olarak, sol gözün şişmesi ve sol burun deliğinden kan gelmesi ile kendini gösteren bir kafa tabanı kırığı vardır. Gastrik tüp (okla işaretli) takılmıştır ve mide içeriğini drene etmektedir. **Nasal tüpler kontrendikedir.**



Resim 2. Bir trafik kazası sonrası karın yaralanması görülen bir çocukta karın ve pelvisin supin görünümü. Bu filmde, her iki pubis ramusunda kırık, sağ sakroiliak eklemde genişleme ve sol iliak kemikte kırık görülmektedir. Bilgisayarlı tomografi görüntüleme, kırıkların pozisyonunu ve derecesini daha kesin olarak gösterebilir. Ayrıca, akut gastrik dilasyona da dikkat edin.



İdrar Sondaları

İdrar sondaları, şokta bulunan ve bilinci kapalı çocuklarda yararlıdır. Gerilmiş durumdaki mesanenin ağrısını giderirler ve gereken miktarlarda idrar atılımını sağlarlar. Yanıklı ya da şoktaki çocuklarda 1 ile 2 ml/kg/saat arasında bir idrar çıkışı sağlanmalıdır. 1ml/ kg/saat altına herhangi bir kararlı düşüş, çocuğun yeterince perfüze edilmediğinin bir göstergesi olmalıdır.

Öykü

Çocuğun stabilizasyonunu sonrası, kaza yerinde bulunmuş kişilerden biri ile konuşmak önemlidir. Bu kişi ambulans personeli, polis, itfaiyeci ya da aileden bir kişi olabilir. Öykü konusunda ambulans şoförünün, aileden ya da diğer tanıklardan daha nesnel olması söz konusudur. Aşağıdaki sorular sorulmalıdır:

1. Başlık, emniyet kemeri gibi güvenlik önlemleri kullanılıyor muydu? (**Resim 3**)
2. Bunlardan hangisi hasara uğradı ve yaralanmayı sınırlandırmada etkili miydiler?
3. Çocuk araca ya da kaza yerine ne kadar uzaklıkta bulundu?
4. Çocuk kaza yerinde ne durumdaydı?
5. Yol boyunca hangi resüsitasyon ve diğer tedavi yöntemlerinin uygulanması gerekti?

Öykü almanın bir sonraki aşaması, çocuğun durumu ile ilgili elverdiğince bilgi edinmektir; bunun yerine getirilmesi sıklıkla ailelerin varlığına bağlıdır.



Resim 3. Atı tarafından fırlatılan bir çocuğun binici başlığı. Atın çocuğun kafasını tekmediği ve çocuğun o sırada koruyucu başlık giymediği görüldü. Kırığın kafatasında olabileceği düşünüldü. Koruyucu araçlardaki hasarın incelenmesi her zaman çok önemlidir.

İkincil Bakım

İkincil bakım, tam bir nörolojik inceleme ile başlar. Çocuğun bilinç durumu ile ilgili tam bir değerlendirmenin yapılabileceği zaman bu aşamadır. Ne yazık ki, çocuk nörolojik muayeneden önce paralizili olduğu ve ventile edildiği için bu değerlendirme tam olarak gerçekleştirilemez. Nörolojik bulguların, kas gerilimindeki farklılıkların (kırıkların ortaya çıkmasına neden olur) ve reflekslerin durumunun tam olarak belirlenmesi için çocuğa tam bir sedasyon uygulamadan önce tam bir nörolojik değerlendirme yapılmalıdır. Ayrıca simetri de değerlendirilmelidir.

Nörolojik incelemeden sonra vücuttaki her bir kemik tam olarak palpe edilmelidir. Kulaklar, ağız ve burun, bir kafa tabanı kırığının göstergesi olan kan ya da beyin omurilik sıvısı (BOS) sızıntısının varlığı açısından tam bir incelemeden geçirilmelidir.

Gerekirse çevirme (log-roll) yöntemi kullanılarak göğüs bölgesi hem önden hem arkadan incelenmelidir. (Resim 4 a ve b) Karın dikkatlice palpe edilmelidir. Erkeklerdeki skrotum muayenesinde, yırtıkların olmadığından ve ayrıca erkeklerde meatusta kan olmadığından emin olmak için her iki cinsten de uygulanan üretra muayenesinde çok dikkatli olunmalıdır.

Olanaklı ise bu aşamada çocuk sırtüstü yatarken rektal muayene yapılmalıdır. Anal sfinkter tonusunu ve perine reflekslerini değerlendirmek için özen gösterilmelidir.

Daha sonra çocuğun sırt bölgesinin muayene edilmesi ve giysilerinin çıkarılması için çocuk dikkatli bir biçimde bütün olarak (log-roll) çevrilir.



Resim 4 a. Çevirme. Çevirme tekniğinin amacı, sırt bölgesinin daha ayrıntılı incelenmesi için çocuğun yana çevrilmesidir. Havayoluna ve servikal vertebralara dikkat eden biri ile birlikte uygulanması önemlidir. Gövde ve pelvisi çevirmek insanlara gereksinim olduğu gibi atellenmesi gereken herhangi bir kırığın tespit edilmesi için de birisine gereksinim vardır. Çocuk yan tarafına döndürüldüğünde, ayrıntılı bir sırt ve rektum muayenesinin yapılabilmesi için sıt tarafında bir doktorun bulunması gereklidir.

Çevirme

Aşağıdaki nedenlerden dolayı, sırtını muayene etmek amacıyla çocuğu yan tarafına çevirmek önemlidir:

* Sırt bölgesini incelemek ve omurgayı muayene etmek.

* Varsa giysileri ve destek malzemelerini çıkarmak.

* Çocuk kurtarılmadan önce vücudunda birikmiş pislikleri ya da yabancı maddeleri temizlemek.

Çevirme tekniğini kullanırken önemli olan boynun hareket ettirilmemesi ve dorsal vertebralarda rotasyon ya da fleksiyon/ekstansiyon yaptırılmaması da önemlidir.

Çevirme tekniğinin uygulanması için en az dört kişi gereklidir. Bir kişi baş ve boynun kontrol eder. İki kişi göğüs, karın, pelvis ve bacakları kontrol ederken, daha büyük çocuklarda ve adolesanlarda bu ikisine yardımcı olmak üzere bir üçüncü kişi gerekli olacaktır. Çocuk yan tarafına çevrildiğinde omurganın incelenmesi, giysilerin çıkarılması ve yabancı maddelerin temizlenmesi için fazladan bir kişi gereklidir.

Çocuk çevrildikten ve gerekli tüm işlemler uygulandıktan sonra, çocuk yeniden aynı eksen etrafında döndürülerek, her hangi bir rotasyona izin vermeksizin sırt üstü yatırılır. Fizik inceleme tamamlandıktan sonra gerekli röntgen filmi çekilir. Multipl yaraları olan bir çocukta, servikal vertebralarda, göğüs, karın ve pelvisin incelenmesi zorunludur.

Röntgen filmine gerek olup olmadığına karar verilir. Eğer resüsitasyon odasında



Resim 4 b. Çizgisel hareketi sağlamak için çevirme tekniğinde çocuk bir çok elin yardımıyla çevrilmiş haldedir. Etkilenmiş sırt bölgesini muayene etmek üzere bir doktor görevlendirilmiştir. Bu, sol renal bölgesinde ciddi sıyrıklar bulunan bir çocukta çevirme tekniğinin ne kadar önemli olduğunu gösteriyor. Doktor, anal tonusu değerlendirmek üzere anal bölgeyi muayene ediyor.

gerekli radyografik donanım varsa sorun yoktur. Eğer resüsitasyon odasında taşınabilir bir radyografi cihazı varsa o zaman hastanın emniyeti ile film kalitesi arasında bir seçim yapmak gerekecektir. **Durumu stabil olmayan hiçbir hasta tedavi üzerinde etkili olmayacak bir radyolojik inceleme için kesinlikle resüsitasyon odasından çıkarılmamalıdır.**

Resüsitasyon odasında, taşınabilir ya da değil, herhangi bir yolla röntgen filmi çekilirse, **hastanenin radyasyondan korunmasına ilişkin kurallar uygulanmalı ve hiç kimse radyasyona maruz kalmamalıdır.**

Fizik inceleme sırasında saptanan yaralanmalara göre radyolojik inceleme istemek gereklidir. Ancak, eğer bir kemikte eğilme varsa o kemik kırıktır biçimindeki genel kural uygulanmalıdır. Bu, yaşamı tehdit eden bir durum söz konusu iken kişinin yaralı bölgelerinin filminin çekilmesi için bekletilmemesi anlamına gelir.

Bu durumdaki bir kafatasına düz grafi uygulanıp uygulanmaması konusu tartışmalıdır. Eğer çocuk için CT gerekiyorsa, o zaman düz kafa grafisinin çekilmesi anlamsızdır.

Karın bölgesi için fazladan görüntüleme yapılması gerekebilir (**Resim 5**). Eğer varsa deneyimli kişiler tarafından uygulanan bir ultrason yararlı bir inceleme olabilir. Bu inceleme ile karında serbest sıvı ya da organ hasarı saptanabilir. Ultrason cihazı ya da deneyimli radyologlar yoksa, CT uygulanabilir. Barsak rüptürü, pankreas hasarı ya da iskelet anormalliklerinde, multipl organ yaralanmalarının araştırılması ve belirlenmesi için CT daha duyarlı bir yöntemdir.

Ultrasonun, araştırmanın ilk aşamasında yararlı olduğu kabul edilir. Taşınabilir olduğu için, çocuk üzerinde resüsitasyon uygulanırken resüsitasyon odasına taşınarak inceleme yapılabilir.

Belirgin organ hasarı olmaksızın karında serbest sıvı bulunması, laparotomi yapılmasını akla getirmelidir; çünkü bu durumda, barsak perforasyonu ve diğer benzeri yaralanmaların insidansı yüksektir. Eğer karın incelemesinde organ hasarına rastlanırsa, cerrahi ekibinin, ameliyatın endike olup olmadığı konusunda karar vermesi gerekecektir.

İntravenöz girişim yerlerinde şişlik söz konusu ise, tam kan sayımı yapmak, üre ve elektrolit düzeylerini araştırmak, grup ve çapraz karşılatırma için kan örneği almak gereklidir. Eğer pankreas travması kuşkusuna varsa serum amilaz ölçümü yararlıdır.

Kan Testleri

Çocuktan her zaman istendiği kadar kan örneği almak olanaklı değildir. Ancak travma durumunda belli testlerin yapılması zorunludur

Tablo 1. Yaralı çocuklarda uygulanması gereken kan testleri

Grup ve çapraz karşılatırma
Tam kan sayımı
Arteriyel kan gazları
Üre ve elektrolitler*
Glukoz*
Amilaz*

* Zorunlu değil ama olanak varsa uygulanmalı.

ve mutlaka yapılmalıdır (**Tablo 1**).

Eğer yeterli miktarda kan varsa o zaman gerekli tüm analizler yapılabilir. Önemli yaralanması olan bir çocukta, mutlaka arteriyel kanda kan gazı analizi yapılmalıdır.

Taşıma/Sevk Etme

Taşıma işleminden önce çocuğun durumu ile ilgili tüm önemli özelliklerinin sıralandığı bir kontrol listesinin hazırlanması önemlidir.

Havayolu, solunum ve dolaşıma özellikle dikkat edilmelidir. Eğer çocuk entübe edilmiş ise taşıma işlemi sırasında çocuğa deneyimli personel eşlik etmelidir. Hareket etmeden önce endotrakeal tüpün uzunluğu ve açıklığı kontrol edilmelidir. Her iki akciğer alanlarında ventilasyonun düzgün olduğundan emin olunmalıdır. Herhangi bir göğüs dreni varsa drenin sualtı borusunun göğüs düzeyinin üzerine çıkmaması çok önemlidir; çünkü bu durumda sıvı yerden göğüse döner.

Çocuğun paralizisi varsa ve ventile ediliyorsa, anesteziyi en üst düzeyde tutmaya yetecek kadar ilaç hazır bulundurulmalıdır. Eğer taşınabilir enjeksiyon aletleri kullanılıyorsa, yedek piller hazır bulundurulmalıdır.

Kaynak:

1- Beattie T.F, Hendr, GM, Duguid KP; Pediatrik Aciller, Mosby-Wolfe Med. Communicohiers.

Resim 5.

Dalağın sagittal ultrason kesiti. Küçük oklar splenik hematomu gösteriyor.

