

EDITÖRLER

Dr. Orhan Odabaşı Dr. Füsün Sayek

YAYIN KURULU

Prof. Dr. Ufuk Beyazova
Dyt. Şeniz Ilgaz
Dr. Serdar Kula
Dr. Mehmet Özen
Dr. Fatih Sarıöz
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. Bahar Gökler
Prof. Dr. Okan Akhan Prof. Dr. Çağatay Güler
Prof. Dr. Ayşe Akın Prof. Dr. Haldun Güner
Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu Prof. Dr. Şükrü Hatun
Doç. Dr. Özen Aşut Prof. Dr. Olcay Neyzi
Dr. Mehmet Ali Biliker Prof. Dr. İmran Özalp
Prof. Dr. Nazmi Bilir Prof. Dr. Zafer Öztekin
Prof. Dr. Ayşen Bulut Prof. Dr. Orhan Öztürk
Prof. Dr. Sudi Bülbül Prof. Dr. Faik Sarıalioğlu
Prof. Dr. Turgay Coşkun Prof. Dr. İskender Sayek
Doç. Dr. A. Süha Çalikoğlu Doç. Dr. Selahattin Şenol
Prof. Dr. Ayten Egemen Dr. Ali Rıza Tiryaki
Prof. Dr. Gülbün Gökçay Prof. Dr. Ergül Tunçbilek

OKUYUCU DANIŞMA KURULU

Dr. Gülden Aykanat Dr. Mustafa Sütlaş
Dr. Mehmet Akif Kırıl Dr. Mehmet Taşdemir
Dr. Göksel Altınışik Kiter Dr. Ayşegül Uluutku
Dr. Alfert Sağdıç

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.tr
STED 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

Çocuk İstismarı ve İhmalin Önlenmesinde Hekimin Rolü	246
<i>Dr. Figen Şahin</i>	
Genel Pratisyenlik Eğiticileri Avrupa Akademisi (EURACT)	251
<i>Dr. Özen Aşut</i>	
Prion ve Yaptığı Hastalıklar	253
<i>Dr. Nedim Sultan</i>	
20 Yıl Sonra Tıp Mesleği ve Tıbbi Bilişim	257
<i>Dr. Murat Sincan</i>	
Akut Apendisite Radyolojik Yaklaşım	259
<i>Dr. Pınar Bilaloğlu, Dr. Elif Ergun, Dr. Dilek Ünlübay</i>	
Acil Servislerde Adli Hekimlik	264
<i>Dr. M. Süalp Bengidal, Dr. Bekir Keskinliç, Dr. Lokman Kuvan, Dr. Orhan Odabaşı, Av. Sevtap Bengidal</i>	
STED'den	245
Tanınız Nedir?	250
<i>Dr. Erol Armağan, Dr. Şule Akköse, Dr. Zülfü Engindeniz</i>	
Genel Pratisyenlik Enstitüsü	252
On Soru On Yanıt	261
"Doğumsal Kalp Hastalıkları"	
<i>Dr. Birgül Varan, Dr. Kürşad Tokel, Dr. Arda Saygılı</i>	
Siz Olsaydınız	263
Günlüğümden	268
"Bir Nöbet Akşamı"	
<i>Dr. Melih Elçin</i>	
Ne Yapmalı	270
<i>Dr. Orhan Odabaşı, Dr. R. Cenap Yıldırım</i>	
Ödüllü Bulmaca	271
Sağlık Ocaklarımızdan	272
7 Nolu AÇS/AP Merkezi İzmir Klavyem, Stetoskopum ve Ben	274
<i>Dr. Murat Sincan</i>	
Kitap/Kredi Puanı Kazananlar	275
Acil Yaklaşım/İlkyardım	276
<i>Dr. Erol Armağan, Dr. Şule Akköse, Dr. Zülfü Engindeniz</i>	
Görkem Büyüyor	277
<i>Dr. Serdar Kula</i>	
Sağlıklı Beslen, Sağlıklı Besle	278
<i>Dyt. Şeniz Ilgaz</i>	

Kapak Fotoğrafı:

"Mutluluğun Resmi"

Dr. Cüneyt Karabiber

Adliye Sarayı Tabipliği Ankara





Merhaba,

Dergimize birkaç kanaldan yazı geliyor. Bütün yayınlarda olduğu gibi dergimize de yazarlar kendiliğinden yazı gönderiyorlar. Yazardan ilk kez yazı almışsak iletişim kanallarından uygun olanı kullanarak, hem katkısı için teşekkür ediyoruz hem de değerlendirmelerimizi iletiyoruz. Bu değerlendirmelerde yazarlarımıza yazılarıyla birinci basamak sağlık hizmetlerini yürüten meslektaşlarımıza, alanlarında karşılaştıkları sorunları aşmada katkı yapmasını beklediğimizi iletiriz. Bu nedenle yazılarımızla bilgi kazandırmaktan öte, tüm güçlülere karşın başarı ile alanlarında sorunları aşan arkadaşlarımıza yeni bakış açıları, kimi olanaklar, kolaylıklar sunmasını öncelikle beklediğimizi dile getiririz. **Edindiklerimizi tutuma dönüştürmenin ortamını, duygu durumunu, coşkusunu yaratmanın, alanımıza, hastalarımıza sahip çıkmanın bilincini oluşturmanın öneminden söz ederiz.** Bu yaklaşım ne yazık ki kimi yazarlarımızla uzun erimli bir arada olmamızı güçleştiriyor. Paylaşımı sürekli kıldığımız yazarlarımız ise bir dergiye yazı üretmenin ötesinde, bir ortak hedefe koşmanın heyecanı, bir iddia paylaşmanın coşkusu ile katkılarını, emeklerini koşulsuz ortaya koyuyorlar. Yeri gelmişken STED'e yazmanın ayrıcalığını, zorluğunu bilerek katkı sunan yazarlarımıza teşekkür etmek istiyoruz.



Dr. Sinan Gürsoy, 5 Nolu Sağlık Ocağı/Eskişehir

“Çocuk İstismarı ve İhmalin Önlenmesinde Hekimin Rolü” yazımız Dr. Figen Şahin’in günlük yaşantımızda karşılaşılabileceğimiz olguları örnekleyerek hekimin tutumuna ilişkin öngörülerini bizlerle paylaştığı çok değerli bir deneyim birikimi. Belki örnek olgular sürece katılmamızı, kendi deneyimlerimiz üzerinden yapılabilecekleri sorgulamamızı yardımcı olacak. **Yazının tümüne sinmiş fotoğrafların iç burkan yanını unutmaksızın**, istismar, ihmal olasılığının varlığının kuşkulu anlarında sorularımızı, içtenlikli yanıtlarımızı esirgemeyelim...

“Acil Servislerde Adli Hekimlik” başlığında sürdürdüğümüz yazılarımız iki sorunlu alanı bir araya getiriyor. Yazarları arasında Ankara’nın eğitim ve araştırma hastanelerinden birinin acil servis sorumlu hekimleri yanı sıra bir adli tıp uzmanı ve bir avukat arkadaşımız var. Bu sürekli sayfamızda öncelikle temel başlıklara ilk üç sayımızda yer verdikten sonra ilerki sayılarda olgular üzerinden tartışmaları yürütmek istiyoruz. Adli olguların yanı sıra hekim sorumluluğu ve yasal süreçlerle ilgili değerlendirmelerde sayfalarımızda yer alacak.

“Siz Olsaydınız” sayfamız iki yıla yakın süredir ilgi ile izleniyor. Dosyalarımızı yayınladıktan iki ay sonra sizlerden gelen yanıtları ve TTB Yüksek Onur Kurulu kararlarını yayınlıyorduk. Artık dosya tartışmalarını sizlerin de stedokur@yahoogroups.com adresinden katılabileceğiniz ortamda yapıp, değerlendirmelerinizi aynı sayıda yer vermenin daha uygun olacağını düşünüyoruz.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, alanın özgünlüğünün tanımlanması, alanın gerçek durumunun sayıların dili ile paylaşılabilmesi için araştırmaların yapılmasının değeri ortada. Birinci basamak sağlık ortamında yapılabilecek araştırma konu başlıkları, araştırma planlama ve yürütülmesine ilişkin bir tartışmayı dergimizde yürütmeyi planlıyoruz. Katkılarınızı bekliyoruz.

Bilimsel ve dostça kalın.



Dr. Figen Şahin*

Çoğumuz için olay hastanın tıbbi bulguları ile sınırlı kalır. "Bu yaralanmanın nasıl ve neden olduğu bizi niye ilgilendirsin ki..."

Yine yoğun bir acil nöbetiydi. Trafik kazaları, ateşi düşmeyen çocuklar, bir koşuşturma bir telaş... Hastaların arasında 10 aylık bir bebek kötü görüldüğü için Dr. Tamer'in dikkatini çekti. Yüzünde geniş bir ekimoz vardı, bilinci de bulanık görünüyordu. Annesi ve babası oldukça gergindi. Annenin eşine bakarken gözlerindeki kızgınlık tuhaf görüldü doktora. "Neyse canım, bana ne?" diye geçiştirdi. Bebeğe ne olduğunu sordu. Sabah kendi kendine oynarken düştüğünü, kafasını çarptığını söyledi babası. Akşama doğru kusması başladığı ve kendinde olmadığı için şimdi acile getirmişlerdi. Anne hiç konuşmuyordu. Dr. Tamer hastada intrakranial kanama olabileceğini düşünerek ileri inceleme yapmaya ve beyin cerrahisi konsültasyonu istemeye karar verdi. Bu hastayla işinin bittiğini düşündü, zaten nöbetinin bitmesine de az kalmıştı...

Hepimiz yoğun poliklinik günlerinde, acil nöbetlerinde en azından birkaç kez böyle durumlarla karşılaşmış olabiliriz. Çoğumuz için olay hastanın tıbbi bulguları ile sınırlı kalır. "Bu yaralanmanın nasıl ve neden olduğu bizi niye ilgilendirsin ki... Ben hekimim, hastamı tedavi ederim, yapabileceğim bu kadar..." İşte bu düşünce, **örneğimizdeki bebekte olduğu gibi istismar edilmiş, ama kaza olduğu söylenerek bize başvurmuş bir hastanın tanı almasını engellerken, bu bebeğin bir sonraki istismar sonucunda yaşamını yitirmesine yol açabilir.**

Çocuk istismarı ve ihmali nedir?

Çocuk istismarı ve ihmali çocukların ana-babaları, onlara bakıp gözetmek ve eğitmekle görevli kişiler ya da yabancılar tarafından sağlıklarına zarar veren, fiziksel, duygusal, zihinsel ya da sosyal gelişimlerini engelleyen tutum ve davranışlara maruz bırakılmalarıdır.

Çocuk istismarı üç başlıkta incelenebilir:

1. Fiziksel istismar: Dayak atma, yakma, ısırma, sarsma, haşlanma gibi olaylar sonucunda çocuğun kaza sonucu olmayan yaralanmasıdır.

2. Duygusal istismar: Çocuğun ruh sağlığını olumsuz etkileyen davranışlardır. Bunlar arasında reddetme, sevgi ve uyarandan yoksun bırakma, sürekli eleştiri, aşağılama, tehdit etme, suçlama, yok sayma, çocuğun yaşına ve özelliklerine uygun olmayan beklentiler içinde olma gibi pek çok davranış sayılabilir. Ayrıca bunlardan çok farklı bir davranış tarzı olan **aşırı koruma, aşırı hoşgörü de çocuğun duygusal gelişimini engellediği için** aynı grup içinde sayılmaktadır.

3. Cinsel istismar: Çocuğun rızası olsun ya da olmasın ırzına geçilmesi, cinsel organlarının ellenmesi, müstehcen sözlere maruz bırakılması, yetişkinin cinsel organlarını okşamaya yöneltilmesi ya da zorlanması, pornografide ya da fuhuşta kullanılması, çocuğa pornografik materyal izletilmesi, teşhircilik gibi davranışlardır.

İhmal ise çocuğun beslenme, bakılma, korunma gibi temel gereksinimlerinin ailesi tarafından yeterince karşılanmamasıdır.

Hekimler istismara uğramış bir çocuğu tanıma ve tedavi etme konusunda özel bir yere sahiptirler, çünkü yaralanan çocuklar öncelikle kaza bahanesi öne sürülerek hekime getirilirler. Bu durumda hekimin hangi yaraların istismara bağlı olabileceği konusunda bilgi sahibi olması yaralanmanın gerçek nedeninin anlaşılmasını sağlayabilir.

Hangi yaralar istismar sonucu oluşmuş olabilir?

Bir yaşın altındaki bebekler gelişimsel özellikleri nedeniyle genellikle kendilerini çok ağır yaralayamazlar. O yüzden bu bebeklerde yaralanmaya uygun olmayan bahaneler konusunda dikkatli olunmalıdır. Örneğin henüz dönemeyen 2-3 aylık bir bebeğin yataktan düşmüş olması düşük bir olasılıktır. Yine aynı nedenle küçük bebeklerdeki kırıklarda da kuşkucu olunması gerekebilir.

Bir çocuğun vücudunda farklı zamanlara ait (kimi mor, kimi yeşil, kimi sarı, vb.) çok sayıda ekimoz olması ve bu ekimozların bacak önyüzü gibi çok kolay çarpılıp yaralanabilen

* Öğr. Üyesi.; Gazi Ü. Tıp Fak. Çocuk Sağ. ve Hast. AD

İşsizlik, ailedeki çocuk sayısının fazla olması gibi ekonomik sıkıntıyı ve evdeki iş yükünü arttıran durumlar da istismarı arttırmaktadır.

yerlerde değil, karın, sırt, göğüs, bacakların iç yüzleri gibi korunaklı bölgelerde bulunması istismar yönünden anlamlıdır. Yaraların cetvel, kemer, halat, el izi gibi bir şekli andırıyor olması da doktoru kuşkulandırabilir.

Baş boyun bölgesi de istismara uğrayan bir çocukta sıklıkla yaralanan bir kısımdır. İki taraflı gözaltı ekimozu, ağız yaraları, subkonjunktiva yaraları, kulak kepçesi ekimozu gibi bulguları olan bir çocuk istismar yönünden değerlendirilmelidir.

İstismara uğrayan çocukların bir kısmı karşımıza yanıklarla gelir. Normalde kaza sonucu olan yanıklarda en çok etkilenen bölge kaynar suyun ilk döküldüğü bölgedir, suyun sıçradığı diğer kısımlarda ise daha ufak yanıklar bulunur. İstismara bağlı yanıklarda ise ellerde ve ayaklarda eldiven-çorap tarzında kaynar suya batırılmış görüntüsü veren bilateral simetrik yanıklar görülür. Tuvalet eğitimi yaşındaki bir çocuğun genital bölgesindeki yanıklar ise cezalandırma sonucu oluşmuş olabilir.

Kaza sonucu olduğu ileri sürülen kırıklarda da dikkatli olmak gerekir. Yukarıda da belirtildiği gibi bir yaşından küçük bebekler çok yüksek olmayan bir yerden düştüklerinde vücut kitleleri kemiklerinin kırılmasına yol açacak kadar fazla olmadığından ve kemikleri esnek olduğundan kolaylıkla kırık oluşmaz. Daha büyük çocuklarda da vertebra, skapula, sternum gibi kemiklerin kırıklarında, ya da aynı çocukta birden fazla kırık bulunuyorsa istismar akla gelmelidir (**Tablo 1**).

Henüz istismara uğramamış, ama belli risk etmenleri olduğu için istismara uğraması olası

Ana Çocuk Sağlığı Merkezi'nde çalışan Dr. Zeynep o gün bir hastası için üzüldü. Sağlam çocuk izlemi ve aşısı için getirilen 4 aylık bebeğin gelişimi iyiydi, oldukça da sağlıklı görünüyordu. Ancak annesinin görünüşü üzmüştü doktoru. Yırtık, eski bir elbise vardı üstünde. Çok kederliydi, bir gözünde geçmeye yüz tutmuş morluk hemen dikkati çekiyordu. Ne olduğu sorulunca önce anlatmak istemedi. Sonra "Kocam" dedi "İki aydır işsiz. Sıkıntıdan kendine içkiye verdi. Zaten elimizde avucumuzda yok, bir de içkiye para gidince ne yaparız. Söylenince de geçen gün böyle yaptı." "Ne yazık" diye düşündü Dr. Zeynep "Ne hayatlar var." Üzüldü ama yapacak da bir şey olmadığını düşündü. Neyse ki bebek sağlıklıydı, tabii şimdilik...

Tablo 1. Hangi yaralanmalar istismara bağlı olabilir?

- 1 yaşın altındaki bebeklerde kaza olması inandırıcı görünmeyen yaralar
- Yaraya uygun olmayan bahaneler
- 1 yaşın altındaki bebeklerde kemiklerde kırıklar
- Kalçalarda simetrik lezyonlar
- Farklı zamanlara ait çok sayıda çürükler
- Vücudun korunaklı bölgelerinde (karın, göğüs, bacakların içi, sırt) çürükler
- İki taraflı gözaltı ekimozu
- Bir şekile benzeyen yaralar
- Ağız yaraları
- Subkonjunktival kanamalar
- Simetrik yanıklar
- Vertebra, skapula, sternum ve uzun kemiklerin metafiz kırıkları
- Bebeklerde humerus kırıkları
- Aynı çocukta birden fazla kırık

çocukları tanıyabilme ayrıcalığı da yine çocukları izleyen, özellikle birinci basamakta çalışan hekimler ve onlarla birlikte çalışan ebe ve hemşirelerindir. Sürekli kendisine getirilen bir bebeğin fizik incelemesi sırasında aile yapısı hakkında da bilgi sahibi olabilen hekim hangi çocukların istismar yönünden risk taşıdığını bilirse bu riskleri taşıyan bebekleri seçip onlara yardım edebilir.

Hangi bebekler istismar ve ihmal açısından risklidir?

Yapılan çalışmalar çocuk istismarıyla ilgili en önemli risk faktörünün ailenin ciddi ekonomik sıkıntısı olduğunu göstermiştir. İşsizlik, ailedeki çocuk sayısının fazla olması gibi ekonomik sıkıntıyı ve evdeki iş yükünü arttıran durumlar da istismarı arttırmaktadır. Ebeveynlerden birinin üvey olması, özellikle annenin yaşının küçük olması, eğitimsizlik riski yükseltmektedir. Anne babadan biri ya da ikisinin alkol-uyuşturucu bağımlısı olması, ruhsal hastalıklarının bulunması da risk etmenidir. Çocukluklarında istismar görmüş kişilerin büyüdüklerinde kendi çocuklarını istismar etmeye daha yatkın olduğu da yine çalışmalarla gösterilmiştir. Aile içinde geçimsizlik ve şiddet olan durumlarda da anne ve diğer kardeşler fiziksel istismara uğruyorsa karşımıza sağlıklı olarak bile gelse hastamızın istismar edilme olasılığının yüksek olduğu söylenebilir. Çocuğun istenmeyen bir gebelik sonrası dünyaya gelmiş olması da istismarı arttırmaktadır. Anne babadan kaynaklanan bu

risk etmenlerine ek olarak çocuğun kendisinden kaynaklanan bazı özellikleri de istismar edilmesine yol açabilir. Örneğin çocuğun anne babayı çok yoran bir fiziksel ya da zihinsel özürünün olması, prematürelite gibi çok özel bakım isteyen bir durumunun olması, hiperaktif ya da aşırı yaramaz bir çocuk olması gibi özellikler anne babanın sabrını taşıyarak istismara zemin hazırlamaktadır (Tablo 2).

Bütün bunlara ek olarak istismar riski taşıyan ya da istismar edilmiş bir çocukla hiç karşılaşmasa bile, bir hekimin toplumun çocukla ilgili tutumlarını etkileyen ve eğitim veren davranışları, gelişimlerinin iyi biçimde sürdürüleceği ortamları sağlayarak çocukları istismar ve ihmalden koruyabilir.

Özetle bir hekimin çocukları istismar ve ihmalden korumadaki rolü üç basamakta incelenebilir:

Tablo 2. Çocuk istismarı ve ihmali için risk etkenleri.

- Ciddi ekonomik sıkıntı
- Çok çocuklu aile
- Üvey ebeveyn
- Alkol-uyuşturucu bağımlısı ebeveyn
- Kendisi de istismar görmüş kişiler
- Çok genç anne
- Eğitimsizlik
- Aile içinde geçimsizlik, gerginlik
- Aile içi şiddet, diğer çocukların da istismara uğramış olması
- Ailede ruhsal hastalık
- İstenmeyen gebelik sonrası doğmuş çocuk
- Çocuğun kendinden kaynaklanan özellikler (sakatlık, prematüre ya da düşük doğum ağırlığı, hiperaktif)



Dr. Zeynep bebeğin vitamin reçetesini yazıp annesini göndermek üzereyken birden durdu. Yapılabilecek hiç bir şey yok muydu gerçekten? Bebeğin babasıyla görüşse, alkol bağımlılığını tedavi ettirmek üzere bir psikiyatri bölümüne sevketsse yararı olmaz mıydı? Anneye "Yarın sizi tekrar görmek istiyorum" dedi, "ama bu kez eşiniz de gelsin, hem alkol tedavisi hem de davranışları için konuşacağım; Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü'ne de durumunuzu bildireceğim, eminim bir yardımları dokunur. Bebeği de sık aralarla görmek istiyorum, gelişmesini yakından izlemek için..."

1. Birincil koruma: Tüm çocukların ve ailelerin içinde buldukları koşulları iyileştirme çabaları ve ailenin çocuk bakımı, gelişimi konularında eğitimi.

2. İkincil koruma: Henüz istismara uğramamış, ama belli risk etmenleri olduğu için istismar açısından yüksek risk taşıyan çocukların tanınip bu ailelere sosyal destek sağlanması.

3. Üçüncül koruma: İstismara uğramış bir çocukla karşılaşınca bu çocuğun yaralanmasının istismar sonucu olduğunu farkedip, olayın yinelenmesini önlemek için gerekenleri yapma.

Bebeği örseleme riski taşıyan bir aileyle karşılaşan hekim neler yapabilir?

Riskli bebek ve ailesini ayda bir gören ve aileye her istediğinde gelebileceği güvencesi





veren hekim, bu izlemlerde aileye önemli bir destek sağlamış olur. Kendini onların yerine koyup içtenlikle dinlediğinde ve onları anladığını hissettirdiğinde, bazen yalnızca "dertleşmek" bile sorunların çözümüne katkıda bulunur. Bebeğin incelemesinde mental ve motor gelişiminin yaşına uygun olup olmadığına, ağırlık artışı ve boy uzamasının yeterli olup olmadığına bakılmalıdır. Örselenmiş, mutsuz çocukların gelişimi hemen her zaman geri kalır. İncelemesinde yara-bere izleri dikkatlice kontrol edilmeli, bebeğin ailesine tepkileri gözlenmelidir. Örselenmiş bebekler aşırı hırçın, tepkili, korkak olabilirler. Birlikte çalıştığı ebe-hemşirenin ev ziyareti yapmasının da aileye yardım etmede çok önemli bir katkısı olacaktır. Hekim işlerin iyi gitmediğini gözlemlerse Sosyal Hizmetler İl

Bebeğin incelemesinde mental ve motor gelişiminin yaşına uygun olup olmadığına, ağırlık artışı ve boy uzamasının yeterli olup olmadığına bakılmalıdır.

Dr. Tamer nöbetinin son dakikalarında hala o küçük bebeği düşünüyordu. Henüz yürüyemiyordu bile, nasıl olup da böyle kötü düşmüş ve yaralayabilmişti kendini? Yüzündeki o geniş ekimoz düşme sonucu mu oluşmuştu gerçekten? Sonra annenin yüzü geldi aklına, neden babaya kızgın kızgın bakıyordu? Acaba bu çocuğun yaralanması kaza sonucu değil miydi? "Eğer öyleyse bunu resmi makamlara bildirmek gerekir" diye düşündü. Akıl almak için hastanenin sosyal hizmet uzmanını aramaya karar verdi...

Müdürlüğü'nden yardım almalıdır. Sorun gözlenmediği takdirde gözlem ve desteği sürdürerek çocuğun yeteneklerinin elverdiği en iyi düzeyde yaşamasına katkıda bulunulmalıdır.

İstismar edilmiş bir çocukla karşılaştığında hekim nereye başvurabilir?

Çocuk istismarı/ihmalı ile ya da bu açıdan risk taşıyan bir bebekle karşılaşan bir hekimin bunu resmi makamlara bildirmesi yasal bir zorunluluk olduğu kadar, çocuğun istismardan korunması için de en uygun yöntemdir. Türkiye'de her ilde Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü'ne bağlı İl Sosyal Hizmetler Müdürlükleri bulunmaktadır. Bu müdürlüklere telefonla ya da yazılı olarak bildirimde bulunulabilir. **Burada çalışan ekipler bütün ihbarları araştırarak hangi çocuğun korunma altına alınacağına, hangi çocuğun ailesinin maddi ya da sosyal olarak desteklenmesi gerektiğine karar vermektedirler.** İstismar sonucu yaralanmış her çocuk ayrıca yaraları iyi tanımlayan uygun rapor tutularak adli makamlara da bildirilmelidir.



O gün iş çıkışı Dr. Tamer ve Dr. Zeynep kendilerini buruk ama huzurlu hissediyorlardı. Hastaları için en doğrusunu yapmanın huzuruydu bu...

Hastane tehlikelidir, bilgece ve elverdiğince kısa süreli kullanın.

Bilge Doktor



Dr. Erol Armağan*, Dr. Şule Akköse*, Dr. Zülfü Engindeniz*

Grafi 1



Olgu 1:

KOAH, kronik kalp yetmezliği, atrial fibrilasyon öyküsü olan 67 yaşında kadın hasta. Acil servise başvurusunda bir haftadır giderek artan nefes darlığından yakınıyor. Hasta doktoru ile bağlantı kuruyor ve doktoru KKY'nin dekompanse olduğunu düşünerek furosemid dozunu iki katına çıkartıyor. Daha sonra ishal başlıyor ve viral enfeksiyonun KOAH egzeserbasyonuna neden olduğu düşünülüyor. Hasta albuterol inhaler dozunu arttırıyor.

Hasta daha sonra aşırı güçsüzlük ve halsizlik yakınmalarıyla acil servise başvuruyor. Çekilen EKG'de (Grafi 1) ritim atrial fibrilasyon olarak izleniyor. Hastanın eski EKG'leri gözden geçirildiğinde düşük ventriküler hızın kronik olduğu ortaya çıkıyor.

Grafi 2



Olgu 2:

75 yaşında, erkek hasta. İki gündür süren bulantı, kusma ve genel halsizlik yakınmaları ile acil servise başvuruyor. Hasta şehir dışından ziyarete gelmiş ve iyi öykü veremiyor. Yalnızca "fibrilasyonu" olduğunu ve "kalbi için bazı ilaçlar" aldığını söyleyebiliyor. Hasta birkaç gün önce şiddetli ishal olduğunu söylüyor.

Hastanın ileri derecede su kaybettiği görülüyor.

Acil servis doktoru, çekilen EKG yardımı ile tanı koyuyor (Grafi 2).

Yukarıdaki iki olgu için **tanınız nedir?**

Yanıtı: sayfa 267'de.

Dr. Özen Aşut**

Akademi, kuruluşundan bu yana Avrupa'daki en büyük bireysel üyelik örgütü olmuştur; 25 ülkede 339 üyesi vardır.

Genel Pratisyenlik Eğiticileri Avrupa Akademisi'nin kuruluşunda, 1974'te oluşturulan birinci Leeuwenhorst Grubu'nun izleri vardır. Bu grup, genel pratisyenlik öğretiminde yeni görüşler ortaya koyan bir çalışma grubu işlevi üstlenmiştir ve halen genel pratisyenin rolünü tanımlamış olması nedeniyle anımsanmaktadır. Bu tanım, günümüzde de geçerliliğini sürdürmektedir. Birinci grubu izleyen ve 1982'de kurulmuş olan Yeni Leeuwenhorst Grubu, genel pratisyenliğin bir disiplin olarak eğitim ve öğrenim yoluyla daha da geliştirilmesi için uğraş vermiştir.

Grup, Avrupa'da genel pratisyenlik eğitimi geliştikçe kendisi de bir gelişme süreci geçirdi ve bu eğitimin evrimiyle yakından ilgilendi. Grup, Avrupa'da meslek eğitimi üzerine araştırmalar yayımladı ve birkaç önemli konferans düzenlendi. Ancak, her ülkeden bir üyenin oluşturduğu bir grup olarak, genel pratisyenlik disiplinini eğitim ve öğrenim yoluyla ilerletme amacını gerçekleştirmek için, grubun daha fazla gelişmeye gereksinimi olduğuna karar verildi. Grup, genel pratisyenlik eğitiminin değişik düzeylerinde uğraş veren (mezuniyet öncesi tıp eğitimi, mesleki eğitim ve sürekli eğitim) çok sayıda bireyi desteklemek üzere, özel bir örgütlenmenin gerektiği kanısına ulaşmıştı.

Yeni Leeuwenhorst Grubu bu nedenle, Genel Pratisyenlik Eğiticileri Avrupa Akademisi'ni (EURACT) kurmak üzere öncülük yapma kararı aldı ve **EURACT 1992 Mart ayında kuruldu**. Eğiticileri en iyi biçimde desteklemek için büyük ulusal kuruluş ya da derneklerden oluşan bir örgüt yerine, **bireysel üyeliğin daha verimli olacağı düşünüldü**. Akademi'nin genel amacının, gene Yeni Leeuwenhorst Grubu'nun saptadığı amaç olması kararlaştırıldı: "Genel pratisyenliği öğrenim ve eğitim yoluyla bir disiplin olarak geliştirerek, Avrupa'da genel pratisyenlik hizmetinde yüksek bir standart sağlamak ve bunu sürdürmek."

Örgütün adındaki Akademi sözcüğünün kullanımı bilinçli bir seçimdir ve genel

pratisyenlik eğiticilerine destek ve kaynak sağlamak üzere kurulmuş bir Avrupa örgütünü betimlemeyi hedeflemektedir. Akademi, öğrenim konusundaki işlevleriyle, Avrupa'da var olan genel pratisyenlik örgütlerini tamamlamayı ve onlarla işbirliği yapmayı hedeflemektedir.

Akademi, kuruluşundan bu yana Avrupa'daki en büyük bireysel üyelik örgütü olmuştur; 25 ülkede 339 üyesi vardır. WONCA Avrupa bölgesindeki ülkelerden eğiticiler Akademi'ye üye olabilirler. Yönetim organı olan KONSEY'de, bireysel üyesi olan her ülkenin bir temsilcisi vardır. Akademi, 1993'te Lahey'de yapılan WONCA toplantısına katılmış ve ilk uluslararası toplantısını Genel Pratisyenlikte İlaç Eğitimi konusunda, 1994 yılında Göttingen'de başarı ile düzenlenmiştir. Bu toplantı sonucunda, Genel Pratisyenler Kraliyet Koleji tarafından bir rapor yayımlanmıştır. Bu toplantıyı, 1995'te Cambridge'de Kredilendirme ve Resertifasyon üzerine düzenlenen ikinci genel toplantı izlemiş, burada 180 katılımcı yer almıştır.

Bu toplantıda ayrıca Yeni Eğitici'nin Kursu adı altında bir uydu program gerçekleştirilmiş, 6 değişik ülkeden 23 katılımcı bu programa katılmıştır. EURACT ayrıca, Belçika'daki yedi genel pratisyenlik akademik bölümü ile işbirliği içinde, Avrupa'da meslek eğitimi konulu bir konferansta yer almıştır. KONSEY üyeleri, 1994'te yapılan UEMO Genel Pratisyenlik Meslek Eğitimi Uzlaşma toplantısına da katılımcı olarak çağırılmışlardır. Üç yıldır Slovenya'da eğiticiler için bir kurs düzenlenmektedir ve her yıl yapılan bir olaya dönüşmüştür. Ayrıca, Avrupa'da resertifasyon ve kredilendirme konulu bir araştırma ile, genel pratisyenlik eğiticilerinin öğrenim yöntemleri konulu bir kitapçık yayımlanmıştır.

EURACT'ın öbür etkinlikleri arasında, Avrupa'da genel pratisyenlik eğitimi üzerine bilgisayar veritabanı geliştirilmesi (EUROCUM) ve kimi eğitim amaçlı değişim gezilerinin düzenlenmesi bulunmaktadır. Veritabanı diskette tüm üyelere dağıtılmıştır. EURACT

*www.kuleuven.ac.be/facdep/euract-20.01.2001

** Çeviri : Doç.; Genel Pratisyenlik Enstitüsü YK Başkanı

ayrıca Avrupa'daki Dünya Sağlık Örgütü etkinliklerinde ve Doğu Avrupa ülkelerinde genel pratisyenlik öğrenim ve eğitim uygulamalarında işbirliği içinde bulunmaktadır. EURACT, Avrupa Genel Pratisyenlik Dergisi'nin geliştirilmesi ve çıkarılmasında rol oynamıştır. Geleceğe ilişkin planlar arasında, ikinci eğitimciler grup çalışması ve WONCA uluslararası toplantılarına katılım gibi çalışmalar bulunmaktadır.

WONCA Avrupa Bölgesi/Genel Pratisyenlik -Aile Hekimliği Avrupa Topluluğu'nun kuruluşuyla, EURACT eğitim üzerinde çalışan diğer Avrupa örgütleriyle uydu örgüt olarak birleşmeye çağrılmıştır.

WONCA Avrupa bölgesindeki tüm genel pratisyenlik eğitimcileri, Akademi'ye tam üyelik için başvurabilirler. Başvurular, ulusal

temsilciye yapılmalıdır. Temsilci, başvuruyu adaylık komitesine yönlendirecek, o da Akademi Konseyi'ne öneride bulunacaktır. Adaylık komitesinin tam üyelik için ölçütü, adayın genel pratisyenlik eğitiminde etkin (aktif) olmasıdır. Öğrenciler ve eğitim görenler, özel üyelik için başvurabilirler (tam üyeliğin yarı ücretine). Tam üyelik kriterlerine uymayanlar, isterlerse gözlemci üye olabilirler. Üniversite bölümleri ya da ulusal öğretim kuruluşları, işbirliği içinde örgüt statüsü olmak üzere başvuruda bulunabilirler. Ancak, bu örgütlerin üyeleri, bireysel üyelik için başvuramazlar, üye sayılmazlar.

Ortak Avrupa kökenini simgelemek üzere, üyelik ücreti ECU olarak düzenlenmektedir. Ücret, başlangıçta iki yıllık, sonra yıllık olarak alınmaktadır.

Genel Pratisyenlik Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Kursu ve Ütopya

*Dr. Hakan Şen**

Genel Pratisyenlik Enstitüsü'nün mesleki eğitim kapsamındaki Genel Pratisyen Eğitimcisi yetiştirme kurslarından Sağlık Yönetimi kursunun ikincisi 4-8 Ağustos 2001 tarihlerinde Ankara'da gerçekleştirildi. Kursda çok keyif verici anlar yaşadık. İyi lider, iyi yönetici, kötü lider, kötü yönetici kavramlarını dinlerken ve tartışırken hep kendimizde ve yaşadığımız sağlık ortamında birşeyler bulduk. Karar verme süreçlerinde yaşadığımız sıkıntıları aşma yollarını öğrenmek gibi çok önemli katkıların yanı sıra şu ana başlıklarda bilgilerimizi pekiştirdik:

- Sağlık yönetiminin ilkeleri
- Yönetimle ilgili temel kavramlar



Sağlık Yönetimi Kursu, 4-8 Ağustos 2001, Ankara

- Türkiye'deki sağlık politikaları dünya sağlık sistemleri
- Sağlıkta planlama ve kaynak dağılımı
- Ekip çalışmasının dinamikleri
- Ekip içinde karar verme süreçleri ve şekilleri
- Sağlıkta kaynak yönetimi
- Sağlık mevzuatı

Aslında benim için (katılımcı bir çok arkadaşımın da böyle düşündüğüne eminim) en heyecan verici yanı sağlık ile ilgili ütopya test etme, sanal da olsa yaşatma şansı olmasıydı. Nasıl mı? Sıkı durun; Neredeyse bir günümüzü alan ve saatlerce başından ayrılmadığımız ve çarpıntımızın hiç eksilmediği bir oyunla oldu bu iş. Üç ayrı gruba ayrıldıktan sonra, belli bir coğrafyada belli sağlık sorunlarının ve belli bir bütçenin olduğu ülkede kendi sağlık sistemimizi kuracak ve test edecektik. Heyecanlı, yoğun bir günün sonunda gruplar sunumlarını yaptığında gördük ki; Ütopyalarımız birbirine çok benziyor. **Tüm gruplar birinci basamak sağlık hizmetlerine yatırım yapmış, oldukça başarılı sonuçlar elde etmişlerdi.**

5 günlük kursun sonunda kendi birimlerimize donanımımızı artırmanın ve sağlık hizmetlerinde pratisyen hekimin rolünü daha da özümsemenin keyfini yaşayarak döndük. Daha nice kurslara...



*TTB GPE Genel Sekreteri



Dr. Nedim Sultan*

Hasta koyun eti insanları ürkütmedi ve insanlar tarafından tüketildi. Koyunda immün bir yanıt oluşmamaktadır. Deli dana hastalığı tanımlanmaya kadar yeterince bilimsel ilgi görmedi.

Prion nükleik asitleri modifiye eden işlemlerle inaktive edilmeyen, hücre sel bir proteinin anormal izoformundan oluşan proteinden zengin (**Proteinaceous**) enfeksiyöz partikül olarak tanımlanabilir.

1700'lü yıllarda koyunlarda görülen Scrapie hastalığı bilinen ilk prion hastalığıdır. Daha sonra scrapie deneysel olarak keçi, fare, hamster gibi hayvanlara bulaştırılmıştır. 1959'da Yeni Gine'de insanda Kuru hastalığı, 1968'de Creutzfeldt Jacops Disease, daha sonra Gerstmann Strausler Schieffeler sendromu (GSS), fatal familial insomnia (FFI) ve Alpers sendromu gibi prion hastalıkları da tanımlanmıştır. 1986'da İngiltere'de Mad Cow Disease (MCD) ya da bovine spongiform encephalopathy (BSE) tanımlanmıştır. **Prion adı 1982'de Prusiner tarafından verilmiştir.**

İlk belirlenen prion hastalığı koyunlarda görülen Scrapie hastalığıdır. Diğer koyunlara da bulaştırılan etkenin alışılmış ısı, iyonize radyasyon ve kimyasal maddelere direnci vardı. Scrapie koyun beyninden hamstere de bulaştırılabilmektedir. Enfekte edilen hamster beyninde Scrapie Associated Fibrils (SAF) denen prion içeren yapılar saptanıyordu.

Yapılan incelemelerde etkenin çok küçük olduğu, virus geçirmeyen filtrelerden geçtiği, bakteri ve virüsleri öldüren ısı, radyasyon ve kimyasal maddelerle ölmediği, nükleik asit taşımadığı yani yaşamın genetik kodunu taşıyan RNA ve DNA'sı olmadığı anlaşılmıştır. 1982'de Prusiner etkeni yaramaz, hilekar bir protein olarak tanımlarken pek önemsenmedi. Prusiner'e göre normal hücrede bulunan prion proteini (PrP^c) biçimini değiştirerek hastalığa neden olmaktadır. Çoğu biyolog başta bu savı ciddi bulmadı. Zira proteinler yalnızca genetik kodu yansıtır. Ayrıca proteinler kendilerini nasıl çoğaltıp hastalık yapacaklardı? Virologlar da olaya viral bir açıklama aradı. Prion proteininin bilinmeyen bir virüsün bir markeri olabileceği ya da bir virüs tarafından indüklenmiş bir protein olabileceği iddia edildi. Ancak artık günümüzde bu anormal proteinin hastalık etkeni olduğu kesin olarak kabul edilmektedir.

İnsan ve hayvanların sağlıklı hücre membranlarında prion proteini (PrP^c) bulunması, prion hastalıklarında immün yanıt gelişmemesini açıklamaktadır. Normal PrP^c'nin görevi tam bilinmemektedir. Ancak metallerin hücreye tutunmasını sağladıkları düşünülmektedir. Bir biçimde yararlı bir protein zararlı ve denetimsiz çoğalan bir forma dönüşmektedir.

Scrapie, koyuna bulaştırıldıktan 5 ay sonra işaretli prion partikülleri lenf dokusu ve ince barsak sinir fibrillerinde, 10 ay sonra diğer organlarda, 17 ay sonra spinal kordda belirlenmiştir. Yani prion, hastalığın belirli dönemlerinde bir çok organ ve dokuda bulunabilmektedir. Ancak sinir dokusu en çok bulunduğu yerdir.

Prion minke bulaştırılmış sonra bu enfekte minkten hamstere prion geçirilmiştir. Böylece hastalığın daha hızlı geliştiği belirlenmiştir. Enfekte hamsterden yeni hamstere aktarma yapılırca yine hastalığın çıkışı hızlanmıştır. Sonuç olarak prion hem yeni türe adapte olmuş hem de her pasajda hastalığın kuluçka süresi kısalmıştır. Yani prionlar bilindikleri günden bu yana zamana bağlı olarak hep daha tehlikeli olmaya aday etkenlerdir.

Yeni araştırmalar bu anormal proteinin proteaz yığılmasına neden olarak büyük çaplı apoptozise neden olduğunu göstermişlerdir. Öte yandan prion hastalıkları için tedavi umutları da geliştirilmektedir. Nörovirologist Dormont'a göre prionun immün hücrelerde hastalığın erken dönemlerinde replike olması tedaviye olanak sağlayabilir. İmmün hücreleri etkileyen ilaçlarla scrapie ile enfekte rodentler yaşamda kalabilmişlerdir. Ancak ilaçların belirtilerin ortaya çıkmasından önce etkili olmaları ve bu dönemde hastalığın tanımlanmasındaki zorluk bu konudaki en önemli sorundur.

Prion, proteinaz K, iyonizan radyasyon, UV ışınları, yüksek ısı (134-138 °C de 30 dakika), nükleaz ve formaldehit, beta-propiolaktan, etanol ve daha bir çok dezenfektana dirençlidir. Yüzde 2-5 klorin içeren sodyum hipoklorit, %90 fenol, eter, aseton, 6 mol üre,

* Prof.; Gazi Ü. Tıp Fak. Mikrobiyoloji AD

Hasta koyunların kılları dökülür, sendelerler, kaşınmaya doymadıklarından sert yerlere sürtünerek derilerini zedelerler.

% 10 SDS ve iyotlu dezenfektanlarla 1 saatte, 1 ya da 2 M NaOH ile 2 saatte, ya da 1 M NaHO ile 1 saat sonra 121 °C otoklavlama, ya da yalnızca 132 °C de 1 saat otoklavlama ile inaktive olur. **Kontamine derinin 5-10 dakika 1 N NaOH'a maruz bırakılıp bol su ile yıkanması önerilmektedir.** En etkili inaktivatör guanidin tiyosiyanat olup medikal ürün, kan ve dokular için kullanılmaktadır.

Prion, virustan farklıdır. Prion bir çok formda olabilirken, virus tek ultrastruktural yapıdadır. Prion immünojen değildir, virus ise immünojendir. Prion nükleik asit taşımaz, virus ya DNA ya da RNA taşır. Prionun tek komponenti PrPsc'dir. Virusun nükleik asit, protein ve diğer yapısal birimleri vardır.

Prion çoğaldığı hücrelerde sitopatik etki yapmaz. Yenilenme zamanı 5.2 gündür. Kuluçka dönemi uzundur. Spongiform oluşum vakuol ve amiloid yığılımı ile ilgilidir. **Hastada demans, titreklik, sakarlık yapar.**

Prion antijenik etki göstermez. Prion hastalarında inflamasyon olmaz, immun yanıt gelişmez ve interferon yapımı gözlenmez.

Prion globuler yapıdadır ve proteaza dirençlidir. Scrapie'nin hamster beyinde oluşturduğu patolojik oluşumlar olan SAF içinde prion saptanır. Stoplazmik vezikülde yer alır ve yenilenmesi (turnover) uzun zaman alır. Oysa sağlıklı hücrelerde bulunan eşdeğer protein geniş yapılı ve proteaza duyarlıdır. SAF içinde saptanmaz. Hücre membranında yer alır ve yenilenmesi saatler içinde olur.

Prion hastalıklarının uzun kuluçka dönemi olup 30 yıl kadar olabilir. Enfekte beyin 10¹¹ kez sulandırılırsa da enfekte olmayı sürdürür.

Enfeksiyonun alınması ve ölüme kadar geçen süreç şu şekilde özetlenebilir:

Enfeksiyon sonrası inkubasyon periyodu (1-30 yıl), sonrasında prodrome (3-5 ay) dönemi, demans/miyoklonik evre (4 ay) ve ölüm.

Prion, insanda Kuru, JCD, vJCD, GSS, FFI ve Alpers sendromu, hayvanlarda ise sığırlarda BSE, koyun ve keçilerde scrapie, geyik ve karacalarda Chronic Wasting Disease, kedigillerde Feline SE, minklerde Transmissible mink encephalopathy (TME), ayrıca çita, puma gibi hayvanlarda scrapie benzeri hastalıklar yapmaktadır. **Hasta koyunların kılları dökülür, sendelerler, kaşınmaya doymadıklarından sert yerlere sürtünerek derilerini zedelerler.** Hastalık dönem dönem azalma ve artma süreçleri

göstermektedir. Zamanla keçileri de etkiledi. Hasta koyun eti insanları ürkütmedi ve insanlar tarafından tüketildi. Koyunda immün bir yanıt oluşmamaktadır. **Deli dana hastalığı** tanımlanıncaya kadar yeterince bilimsel ilgi görmedi. Hasta koyunlarda 27-30 bin dalton ağırlığında PrP27-30 denen bir protein gösterilmiştir. Bu proteinin bir izoformu olan ve nöronal hücre yüzeyinde bulunan tek bir gen tarafından kodlanan bir sialoglikoprotein bulunmaktadır. Bu normal hücre proteini normal proteazlara çok duyarlıdır. Hastalıkla ilişkili olan PrPSc ve PrPcjd (PrPSc: Scrapie prion proteini, PrPcjd: Creutzfeldt Jacop Disease prion proteini) ise proteazlara dirençlidirler. Bu direncin posttransisyonel yapısal bir değişimle ilgili olduğu düşünülmektedir. Bu dönüşüm alfa helikal yapının, beta helikal yapıya dönüşmesi biçimindedir. Günümüzde hücrede bulunan yapısal proteinin (PrPc) normal işlevi tam bilinmemektedir.

Prion çoğalması: PrPc, hücre membranına fosfanatidil inositol glikan bağı ile gömülüdür. Hastalık yapıcı PrPsc hidrofobik globüler bir proteindir. Vücuda girdikten sonra normal PrPc'ye tutunur ve serbest hale geçmesini sağlar. Daha sonra normal PrPc'yi yapısal izoformları olan PrPsc'ye dönüştürür. Hücre kaybettiği normal PrPc'nin yenisini yapar ve siklus böyle sürer. Yapılan çok sayıdaki PrPsc'ler hücre içine internalize olur, vakuolizasyon ve spongiformasyona neden olurlar. PrPsc'nin inokulasyonu PrPsc üretimine neden olur. Ancak sentez PrPc geni tarafından yapılmaktadır.

Creutzfeldt Jacop Disease'den her hafta ABD'de 5 kişinin öldüğü tahmin edilmektedir. Hastalık 60-65 yaş hastalığıdır. Doğada ara konağı yoktur. 20'li ve 90'lı yaşlarda seyrek görülür. Kalıtımla bağdaştırılmış ve otozomal dominant bir hastalık olarak kabul edilmiştir. Prekürsör genin 200. kodonunda glu-lizin nokta mutasyonu saptanmaktadır. 178. kodonda aspartik asit-asparajine dönüşüyor. Arap kökenli Yahudilerde 30 kez daha sık görülmektedir. JCD insanda milyonda bir sıklıkta görülmektedir. GSS, CJD'nin %2-4'ü oranında saptanmaktadır.

CJD unutkanlıkla başlar, halüsinasyon, demans, kişilik değişim, hareket kontrol kaybı, felç ve koma olmakta ölümle sonlanmaktadır. Otopside noninflamatuvar lezyonlar, vakuoller,

İnsanlara bulaşabileceği fikrine karşı, hükümet tür bariyerinin insanı koruyacağını savundu. 1986-1996 yılları arasında hasta hayvan etleri sofralarda tüketildi.

amloid plak yığılımı ve astrogliozis saptanır.

CJD yaşlıları etkilerken, deli dana eti yenmesiyle insana bulaşan ve varyant Creutzfeldt Jacop Disease denen (vJCD) hastalık gençleri de tutmaktadır. vCJD'de, hızlı seyreden korkunç ölüm, uyuşma ve vücut hareketlerinin kontrolsüzlüğüyle başlamakta, bellek yitirmekte ve çoğu kurban belirtilerin ortaya çıkmasından 4 ay sonra ölmektedir.

Bilinen ilk bulaşıcı spongiform ansefalopati (TSE) koyunlarda görülmüş. Bugün insan, inek, iri boynuzlu geyikler, kedigiller, sıçan, karaca, fare, hamster ve büyük olasılıkla maymunlar hastalığın değişik tiplerini almışlardır.

Kadavra kökenli hipofiz bezi, büyüme hormonu, gonadotropin preparatları, beyin cerrahi ekipmanı, alet ve greftleri, meminks ve kornea transplantları ve EEG elektrotlarıyla da bulaşmaktadır.

vCJD'nin yıllardan beri var olduğu ve gösterilemediği düşünülmektedir. Majör bir epidemi başlatmasından korkulmaktadır. Tahminlere göre İngiltere'de bu nedenle 10.000 ile 136.000 arasında insan ölümü beklenmektedir. Binlerce büyüme hormonu kullanıcısından yalnızca üçünde hastalık gelişmiştir. O halde milyonlarca et yiyenden yalnızca genetik yatkınlığı olanlar hastalanacaktır. Zira transmissible spongiform encephalopathyler (TSE) yalnızca enfeksiyöz değil aynı zamanda genetik birer hastalıktır. PrPc geni insanda 20 nolu kromozom üzerindedir. 27-30 kDa. büyüklüğündedir.

Kuru: Yeni Gine'de yamyamlık (kannibalizm) ile ilgili olarak bulaşan, yasaklamalarla önemli ölçüde azalmış bir prion hastalığıdır. İlk belirlendiği dönemlerde Fore kabilesi yerlileri ölen yakınlarını, sevgi ve saygılarını göstermek amacıyla dini ayinler sonunda yerlerdi. Bulaşma kaynağı bu ayinlerdi.

GSS: CJD'den başlama yaşının daha erken (35-55 yaş) ve hastalık ilerlemesinin daha uzun olmasıyla (3-5 yıl) ayrılır. Tamamen genetik özellik gösteren bir versiyondur.

Familial Fatal Insomnia: Pnömoniye izleyen gelişen iyileştirilemeyen bir insomniadır.

Alpers sendromu da bebeklerde görülen prion hastalığına verilen addir.

BSE: Danalara verilen yemlere protein ve kalsiyum zenginliği katmak için scrapie'li

koyunlardan hazırlanan kemik tozları eklenmesiyle başlamıştır. Hasta danaların beyin dokularında scrapiedeki gibi SAF bulunmuştur. 1981'den önce yemler 138 °C nin üzerinde hazırlanırken, enerji tasarrufu amacıyla daha düşük ısılar uygulanmaya başlanmıştır. Ayrıca yeme lipid ekstraksiyonu için uygulanan hidrokarbonlarda uygulamadan zararlı diye kaldırılmış ve hastalığın bulaşmasına zemin hazırlanmıştır.

İnsan prion proteini sığır prion proteininden 30 ayrı noktada farklılık gösterir. Bu nedenle deli dana hastalığının tür bariyeri nedeniyle insana geçemeyeceği düşünülmüştür.

İngiltere'de Durum

1986'da İngiltere'de ilk BSE olgusu saptanmıştır. Daha sonra Fransa, diğer Avrupa ülkeleri, Asya ve Amerika kıtalarında da sığırlarda saptanmıştır. İngiltere'de sığırlar önce sendelemiş ve salyaları akmaya başlamıştır. İlerleyici hastalıktan ölen hayvanların beyni incelenerek tanı konmuştur. Scrapie ile birebir uyumlu bu hastalığın hasta koyunlardan geçmiş olabileceği düşünülmüştür. Bazıları hastalığın bir mutasyona bağlı olarak geliştiğini savunsa da scrapie ile aynı olduğu kesindir. Bu epidemide 170.000 sığır etkilendi.

İnsanlara bulaşabileceği fikrine karşı, hükümet tür bariyerinin insanı koruyacağını savundu. 1986-1996 yılları arasında hasta hayvan etleri sofralarda tüketildi. **1996'da 10 genç insan bu hastalıktan ölüncü hükümet hatasından ötürü halktan özür diledi.** Öfke ve güven kaybı hükümeti düşürdü. Ülkenin hayvancılığı yok olma noktasına geldi. Fast Food restoranlar zinciri ithal et kullanmaya başladı. İngiliz hükümeti 1988 yılında aldığı önlemlerle epideminin hızını kesmiştir. Beş milyona yakın yaşlı, ölü ve temas kuşkulu hayvan yok edildi. Yemleme programı gözden geçirildi. Şu anda İngiliz sürülerinde hastalık görülmemektedir. Ancak insan ölümleri sürüyor. İnsan ölüm oranında yılda %23'lük bir artış görülmektedir.

ABD'de Durum

ABD'de günümüze kadar MCD ve vJCD olgusu saptanmamıştır. Ancak sürekli tetikte olmayı sürdürüyorlar. ABD'de uygulanan polio, difteri, tetenoz, körfez savaşı için askerlere verilen şarbon aşısı ve milyonlarca çocuğa verilen dokuz farklı aşı prion bulaştırma olasılığı açısından gözden geçirilmiş

1996'da 10 genç insan bu hastalıktan ölünce hükümet otürü halktan özür diledi.

ve dikkatli olunması istenmiştir. Ancak henüz bir tehlike belirlenmemiştir. Avrupadan sığır ve hayvansal protein ithali yasaklanmıştır. Kolorado ve Wyoming'te geyik ve karacalarda bir Kronik Wasting Disease (CWD) epidemisi belirlenmiştir. Henüz avcı ve sığırlarda olgu belirlenmemiştir ancak uzun kuluçka süresi nedeniyle dikkat edilmesi istenmiştir.

CWD, Rocky Mountain'de karaca ve geyiklerde %1-4 oranında saptanmaktadır. Kapalı hayvan sürülerinde de belirlenmiş ama sayısal artış gözlenmemiştir. Olgu belirlenmiş olmasa da avcılarının risk altında olduğuna dikkat çekilmiştir.

Fransa, Portekiz ve İrlanda'da yaşayanların 10 yıl kan vermesi yasaklanmıştır. Balık, domuz ve kümes hayvanlarına hayvansal proteinli yemler verilmektedir ve bu konuda da sürprizlerin beklenmesi gerektiği vurgulanmaktadır.

FDA, yüzlerce gıda fabrikasının düzenlemelere uymadığını belirtmiştir. Federal düzenlemelerle sığırsal ürünler glandüler materyal içerecek tarzda süt, kan, yağ, jelatin, kemik mineral ekstraktı, kollajen, semen gibi sağlığı destekleyici ürünler ithal edilmektedir.

ABD'de üniversite çevreleri koyun ve sığırların yine bu hayvanlardan beslenmesinin durdurulmasını acil bir önlem olarak bildirmişlerdir.

Avrupa'da Durum

Günümüze kadar 80'den fazla İngiliz vJCD'den ölmüştür. Önceleri İngiliz Hükümeti MCD'in insana bulaşamayacağını bildirmiştir. Fransada da üç kişi ölmüştür. Almanya da 25 MCD olgusu çıkınca 400.000 yaşlı sığır yok edilmiştir. Ülkede et tüketimi %50 düştü ve 34 ülke Almanya'dan et alımını yasakladı. İspanya'da 12 MCD belirlendi ve et satışları durma noktasına geldi. İtalya, Portekiz, İsviçre, Hollanda, Belçika, Danimarka, İrlanda, Lüksemburg ve Liechtenstein'de MCD olguları görülmüştür.

Nasıl Bulaşır?

Parry'e göre scrapie tamamen genetik geçiş gösteren bir hastalıktır. Ancak dışardan prion alınarak bulaşmaktadır. Koyundan kuzuya plasenta yoluyla, ayrıca otlara bulaşan plasenta artıklarının yenmesiyle bulaş olmaktadır.

Kuru'da enfekte doku yenmesi, CJH'de yetersiz steril beyin elektrodları, cerrahi alet kullanımı, kornea transplantı, büyüme

hormonu ve gonadotropin preparatları enjeksiyonu ile bulaşma saptanmıştır. Otozomal dominant geçişli bir hastalık olduğu kabul edilmektedir. Kan nakli ile bulaşabilmektedir.

GSS'li bir erkekte PrPc geni ile sağlıklı birey geni arasında bir nokta mutasyon farklılığı tanımlanmıştır. Mutasyona uğramış gen hastalığa yatkınlığı göstermektedir. Bu geni taşımayan hayvanlar hastalığa dirençlidir. PrPc'nin aminoasit dizilişi hastalığın tipini de belirler. 102 GSS'li hastada P-L mutasyonu belirlenirken kontrol grubunda bu durum görülmemiştir. Çeşitli prion hastalarında değişik mutasyonlarda bildirilmektedir. Somatik mutasyon sonucu hastalık oluşur düşüncesi de ortaya atılmıştır.

Tanı

Klinik tablo, bulaşıcılığın kanıtlanması, PrPsc varlığının gösterilmesi ve PrPc'de mutasyonun gösterilmesiyle kesin tanı sağlanır.

Otopside, diğer ansefalitlerde belirlenen immünolojik ve inflamatuvar reaksiyonlar görülmemektedir. Beyin dokusunda makrofaq ve mikrogliya artışı ve amiloid içeren mikrogliya varlığı saptanır. MR ile süngerimsi dejenerasyon görüntülenebilir.

Amiloid plaklar Kongored ile gösterilebilir. GSS'de yaygın, Kuru da küçük kompakt amiloid plaklar deneyimli patologlar tarafından ayırt edilebilir.

Serolojik tanısı yoktur. Ancak monoklonal antikorların yapılması ilerde değişik tanı sistemlerinin geliştirileceğinin bir kanıtıdır. Anormal yüksek düzeylerdeki 14-3-3 γ enolaz proteininin BOS'ta immünoassay ile gösterilmesi de tanı için yararlıdır. CJD için özgün olmasa da ayırıcı tanıda destekleyici olmaktadır. Yine hastaların hepsinde 129. kodonda methionin homozigotluğu belirlenmektedir.

ABD'nin de içinde olduğu bir çok ülke kontamine hayvan ürünü almıştır. Hastalık mutlaka her ülkeye er geç gelecektir yorumları yapılmaktadır. Ülkemizde et ve dış kaynaklı hayvansal protein ithalinde yüksek bir duyarlılık ve sorumluluk duygusuyla hareket edilmesi ve ithal edilen her türlü biyolojik ürünün en yüksek düzeyde biyolojik kalite kontrolünden geçirilmesi konusunda alt yapının süratle oluşturularak bu konuda yeterli teknik ve bilimsel donanımın hazırlanması gereklidir.

Kaynaklar

- 1- Arthur L, Horwich J: Deadly conformation: Protein misfolding in prion disease. Cell, 89: 499-510, 1997
- 2- Basler K, Oesch B, Scott M et al: Scrapie and cellular PrP isoforms encoded by the same chromosomal gene, Cell, 46:417-428, 1986
- 3- "BSE in UK: a memorandum from WHO meeting" Bull World Health Organ, 71:691-694, 1993
- 4- Cutlip RC, Miller JM et al.: Intracerebral transmission of scrapie to cattle, J Infect Dis, 169:814-820, 1994
- 5- Parry HB: Scrapie disease in sheep, (Ed: O R Oppenheimer) Academic Press, 1983
- 6- Taylor DM, Fraser H et al.: Decontamination studies with agents of bovine spongiform encephalopathy and scrapie, Arch Virol, 139:313-326, 1994



Dr. Murat Sincan*

Yirmi yıl sonrası için bir değerlendirme yapmak ve bunu yaparken spekülasyondan olabildiğince kaçınmak oldukça zor. Tıbbi Bilişim araç olarak bilişim teknolojilerini kullanarak tıp pratiğinde ortaya çıkan bilgi yönetimi gereksinimine yanıt vermeye çalışır. J.H van Bemmle'e göre Tıbbi Bilişim "Bilgisayar bilimi ile değişik tıp disiplinleri arasında bir kesişim kümesinde yer almaktadır".

Tıbbi Bilişim'in temel olarak ilgilendiği konular:

1. Veri, bilgi (elde edilmesi, saklanması vb.)
2. Kodlama sistemleri
3. Veri işleme
4. Veri tabanı yönetim sistemleri
5. Telekomünikasyon sistemleri (Teletıp uygulamaları)
6. Tıbbi sınıflandırma sistemleri (Snomed, ICD-10 vb.)
7. Hasta kayıt sistemleri, elektronik hasta kayıtları
8. Biyosinyal analizleri (EKG yorumlayan yazılımlar vb.)
9. Tıbbi görüntüleme sistemleri (USG, MRG vb.)
10. Görüntü işleme ve analiz yöntemleri
11. Klinik bilgi sistemleri
12. Toplum hekimliği bilgi sistemleri
13. Hemşirelik bilgi sistemleri
14. Karar destek sistemleri
15. Sağlık bilgi sistemleri (halk sağlığı, birinci basamak bilgi sistemleri)
16. Hastane bilgi sistemleri (yönetimsel ve finans uygulamaları)
17. Bilgi sistemleri güvenliği

Gelecek 20 yıl her türlü alanda ama belki de en fazla genetik ve biyomedikal mühendisliği alanlarında gelişmelere sahne olacaktır. Her iki alanın da Tıbbi Bilişim ile ortak çalışma alanları vardır. Genomun ortaya çıkmasında genetikçilerle birlikte çalışan ve bu boyutta bir bilgi yığını yorumlamada bilim adamlarına destek veren bir çok bilgisayar uzmanı ve bilgisayar görev almıştır. Yine biyomedikal mühendisliği birçok alanda Tıbbi Bilişim ile ortak çalışmakta ve ortaya son derece gelişmiş teknolojiler çıkmaktadır. Hastayı monitörize eden ve EKG değişikliklerini yorumlayarak bir alarm sistemini devreye sokan cihazlar buna örnek gösterilebilir.

20 yıl sonrasını değerlendirirken genel bir yanılığa kapılmamak için dikkatli olmak gerekir. 20 yıl sonrası yani 2021 yılı ile ilgili tahminler yaparken 1981'den bu güne kadarki

değişimlere bakarak sanki bundan sonraki 20 yıl hemen hemen aynı hızda gelişecekmiş kanısına kapılmak hatalı olacaktır. Bilim ve teknoloji her geçen gün daha hızlı bir biçimde gelişmekte ve ilerlemekte.

Genel bir yaklaşımın yanında doğaldır ki özelde nasıl gelişmeler olabileceğini gözden geçirmekte ve bu olası gelişmelerin bizim toplumumuzun sağlığına ne gibi etkileri bulunabileceğini öngörmekte yarar var. Ancak bunu yaparak tepkisel (reaksiyon gösteren) değil, etkisel (proaktif) bir tutum içerisinde yer alabiliriz. Bu başlıkları tek tek incelersek aşağıdaki sonuçlara ulaşabiliriz:

Hasta Kayıtları

Bizim gibi gelişme sürecini geriden izleyen ülkelerde göze en çok çarpan gerçeklerden biri düzgün ve tutarlı kayıt sistemlerinin eksikliğidir. İtalyan kadastro kayıtlarının ya da İngiliz imparatorluk arşivlerinin karşısında hayranlıkla seyirci olmamak çok güçtür. Yazı kültürü çok geç gelişmiş toplumlarda ise bu tür kayıtlara rastlamak neredeyse olanaksızdır. Anadolu M.Ö. 6000 yıllarında Sümer kil tabletleri ile kayıt tutmaya başlamış ise de bugün onların uygarlığı üzerinde yükselen Türkiye Cumhuriyeti sağlık sisteminde düzgün, güvenilir ve etkin bir sağlık kaydından söz etmek olası değildir. Dünyada gelişmiş ülkelerde kısmen çözülmüş olan bu sorun şu anda ülkemiz sağlık sisteminin kanayan yaralarından biridir. Elektronik sağlık kayıtları bu sorunu çözmeye çalışanların günümüz için bulabildiği en uygun çözümdür. Önümüzdeki yirmi yılda bu alandaki olası gelişmeleri şöyle sayabiliriz:

* Tüm sağlık kaydı kişiye özel bir saklama ortamında saklanacak ve istendiğinde ulaşılabilecektir. Herhangi bir hastanın tüm sağlık geçmişi gereksinim duyulduğunda sağlık çalışanının kullanımına hazır olacaktır.

* Sağlık kayıtları parmak izi, retina haritası gibi bilgilerle korunacak ve izinsiz erişimler engellenecektir.

* Kişilerin sağlık kayıtları internet teknolojisi kullanılarak kurumlar arasında

Çok yüksek işlem gücü olan bilgisayarlar klinik karar destek sistemlerinde kullanılacak ve hasta hakkında doğrudan karar alma düzeyinde işlemler yürütecektir.

sınırsız bir biçimde paylaşılacaktır. Örneğin sürekli tedavi görülen bir tedavi kurumunda saklanan bilgileriniz yaz tatilini geçirmek için başka bir ülkeye gittiğinizde orada sağlık hizmetine gereksinim duyacak olursanız erişilebilir olacaktır.

* Dil sorunları ortadan kalkacak eşzamanlı bilgisayar çevirisi ile her dilde kayıtlarınız incelenebilecektir.

* Birden farklı kurumda tedavi görmeniz durumunda sağlık kaydınız tıpkı banka kayıtlarınız gibi sürekli güncellenecek ve her kurum ya da doktor çalışma alanından erişilebilecektir.

* Her birey doğumdan sonra alacağı bir "Bireysel Sağlık Numarası" ile bu hizmetlerden dünya çapında yararlanabilecektir.

Klinik Bilgi Sistemleri ve Karar Destek Sistemleri

Bu tür uygulamalar günlük tıp pratiğinin bir parçası haline gelecektir. Günümüzde yaygın kullanımda yok denecek kadar az yer alan bu tür uygulamalar hemen her işlemden rol oynayacaktır. Karar destek sistemleri 2021 yılında da doktorun yerini alamayacak ama ona bir çok alanda yardımcı olacaktır. Bu alandaki olası gelişmeler şöyle sıralanabilir:

* Her doktor stetoskop gibi bilgisayarları standart bir tanı destek aracı olarak görecektir, bilgisayar onayı olmadan yaşamsal kararlar vermek yasal sonuçlar doğurabilecektir.

* Bilgisayarlar rutin işlemlerde destek görevlerini yerine getirecek ve gözden kaçan bilgiler (alerji, kullanılan ilaçlar vb.) nedeniyle yapılan hatalar tarihe karışacaktır.

* Evimizdeki bilgisayar çocuğumuzun aşı tarihini anımsatacak ve geçirdiği bir ateşli hastalığın bilgilerini tedavi gördüğü kurumdan alarak, bir sonraki aşı tarihini daha ileriye kaydırarak bunu kişisel ajandamıza işleyecek ve bizim için o tarihte sağlık ocağından randevu talep ederek zamanında hizmet almamızı sağlayabilecektir.

Teletıp ve Telecerrahi

Doktorlar video konferans koşullarında konsültasyon alabilirlerdir. Böylece bir hasta ile ilgili görüş bildirmek ve konsültasyon vermek için aynı hastanede çalışmak hatta aynı ülkede bulunmak bile gerekmeyecektir. Gerçek zamanlı bilgisayar çevirisi farklı diller konuşan doktorların birbirleriyle anlaşmasına yardımcı olurken doktor ile hasta arasındaki iletişimde bundan yarar görecektir.

Birinci basamak, özellikle kırsal kesimde çalışan doktorlar gelişmiş merkezlerden tanı ve sağaltım süreçlerine destek alabileceklerdir.

Bir cerrah kilometrelerce uzakta bulunan bir robotu kontrol ederek en karmaşık cerrahi uygulamaları gerçekleştirebilecektir.

Doktorlar hastaları ile e-posta ve video konferans yapmayı standart bir uygulama ve pratiklerinin bir parçası olarak değerlendireceklerdir.

Muayenehane hizmeti veren hekimler sanal sağaltım grupları oluşturarak hastalarına tıpkı büyük bir tedavi kurumundan hizmet alıyormuşçasına entegre ve eşgüdümlü hizmeti farklı uzmanlık dallarından meslektaşların bir arada çalışmasına olanak tanıyan internet teknolojilerinden yararlanarak sunabileceklerdir.

Bilgisayar Teknolojisindeki Genel Gelişmelerin Etkileri

Bu konuya hem donanım hem de yazılım olarak bakmakta yarar var. Gelecek yirmi yıl içinde birçok buluşun bugün bildiğimiz bilgisayar kavramını nasıl değiştirdiğine tanık olacağız. Bugün ancak milyon dolarlık süper bilgisayarların sahip olduğu yüksek işlem kapasitesine sahip makineler bizimle sözlü iletişim kuracaklar ve bizler için birer yardımcı/köle karışımı kişisel hizmet sağlayacaklardır. Bu alanda yaşanması olası gelişmeler:

* Çok yüksek işlem gücü olan bilgisayarlar klinik karar destek sistemlerinde kullanılacak ve hasta hakkında doğrudan karar alma düzeyinde işlemler yürütecektir.

* Giyilebilir bilgisayarlar özellikle seyyar sağlık hizmetinin sunulduğu ortamlarda ve ev gezileri gibi koruyucu sağlık hizmetlerinde büyük bir destek sağlayacaktır.

* Ses ve görüntü tanıma teknolojisindeki gelişmeler hastanelere başvurduğumuzda bir robot hemşire tarafından değerlendirilmemizi, ondan sonra doktorumuza yönlendirilmemize olanak tanıyacaktır.

* Üç boyutlu görüntülerimizin ve ameliyat filmlerimizin saklandığı sağlık kayıtlarımız cebimize sığan kartlarda saklanacak, her an kullanıma hazır olacaktır.

* Cep telefonları özellikle GPS uyumlu olacak ve herhangi bir acil durumda bulunduğumuz coğrafi konumun yanı sıra yaşamsal bulgularımızın bir kısmını merkezlere ileterek daha hızlı ve etkili bir acil hizmeti almamıza yardımcı olacaklardır.



Dr. Pınar Bilaloğlu*, Dr. Elif Ergun*, Dr. Dilek Ünlübay*

Apendiks vermiformis gastrointestinal sistemin en küçük ve işlevsel olarak en az öneme sahip parçası olmasına karşın, apendiks hastalıkları cerrahi aciller içinde en sık yer tutan patolojilerdir.

Akut apendisit en sık rastlanan cerrahi akut karındır. İlk onyılın sonları ile ikinci onyılın başlarında görülme insidansı en yüksek düzeye çıkar. Ergen ve genç erişkinlerde 3/2 oranında erkeklerde sık görülürken, otuzlu yaşların ortalarında kadın erkek oranı eşitlenir. **Bir kişinin yaşamı boyunca akut apendisit geçirme olasılığı %7'dir.**

Akut apendisit patogenezinde luminal obstrüksiyon değişmez yer tutar, en sık nedeni fekalitlerdir. Lenfoid hiperplazi, yabancı cisimler, birincil tümör (karsinoid tümör, kaposi sarkomu, lenfoma), metastatik tümörler (kolon, meme vb.) tıkanmaya yol açabilir. Tıkanma sonrası mukus sekresyonunun sürmesi nedeni ile intraluminal basıncın artması, luminal distansiyon oluşması, zamanla venöz ve arteriyel kanlanmanın bozulması akut **apendistin patogenezi**ni oluşturur.

Akut apendisit klinik tanısı öncelikle öykü ve inceleme ile konur. Başlangıçta iyi lokalize edilemeyen periumblikal ağrı sonrası ortaya çıkan iştahsızlık, bulantı, kusma ve son olarak ağrının daha şiddetli ve sürekli bir ağrı olarak sağ alt kadrana inişi klinik tabloyu oluşturur. Hastalarda genellikle ateş olmaz ya da subfebril olur. Eğer ateş 38.3 °C üstünde ise perforasyondan kuşkulmalıdır. %50-60, hasta söz edilen klasik tabloyla izlenir. Olağan dışı durumlarda genellikle apendiks atipik yerleşimdedir, hasta çok yaşlı ya da bebektir, gebelerde de seyir alışılmışın dışındadır.

Öykü ve fizik inceleme bulgularından akut apendisit açısından en değerli olan bulgular sınıflandırmak amacıyla yapılan ve çalışmada, erişkin hastalarda sağ alt kadrana ağrısı ve rigidite ile ağrının periumblikal bölgeden sağ alt kadrana tipik yer değişmesi akut apendisit açısından kuvvetle destekleyici olarak kabul edilmiştir. Aynı çalışmada sağ alt kadrana ağrısının ya da ağrıdaki tipik yer değiştirmenin izlenmediği durumlarda ve daha öncede benzer karın ağrı öyküsü olan hastalarda akut apendisit olma olasılığının az olduğundan söz edilmektedir. Bu çalışmayı yapanlar akut apendisiti kesin dışlayacak bir bulgunun olmadığı, dolayısı ile karın ağrısı ile başvuran hastalarda ileri tanı yöntemleri

kullanılmadı ise hastanın mutlaka bir süre yakın izlem altında bulundurulması gerektiğini vurgulamışlardır.

Akut apendisit klinik tanısında doğruluk oranı %80'dir. Bu sonuç %20 oranında negatif laparotomi anlamına gelir. Tanıdaki doğruluk oranı cinsiyete göre değişiklik göstermektedir. Kadınlarda %58-85, erkeklerde %78-92'dir. Doğruluk oranlarındaki bu farklılık doğurgan dönemdeki kadın hastalarda, pelvik inflamatuvar hastalık gibi jinekolojik sorunların akut apendisite benzer klinik tablo oluşturması ve bağlı ayırıcı tanının oldukça zor olması nedeni ile ortaya çıkmaktadır. 10-39 yaş arasındaki negatif laparotomi oranı %47'lere çıkmaktadır. Daha önce de belirtildiği gibi %50-60 oranında hasta akut apendisit açısından klasik prezantasyonda başvurmakta, tanı öykü ve fizik inceleme bulguları ile konulmaktadır. **%40 oranında hasta grubu ise atipik klinik ve laboratuvar bulgular ile başvurur. Bu hasta grubunda radyolojik inceleme yöntemlerinin gerekliliği tartışılmazdır.**

Akut apendisit tanısında direkt karın grafisi, tek kontrast baryumlu kolon grafisi, ultrasonografi (US), bilgisayarlı tomografi (BT) gibi değişik inceleme yöntemleri kullanılır. BT son yıllarda diğer tanı yöntemleri arasında yerini almış hızlı ve doğru bir tanı yöntemi olarak kabul görmektedir.

Direkt grafi bulgular lokalize inflamatuvar değişiklikler ve eşlik eden parolitik ileusa ikincil ortaya çıkar. En özgün direkt grafi bulgusu apandikolit varlığıdır. Apendikolitler fekal metaryal ve inorganik tuzların çökmesi sonucu oluşur. 0.5-2 cm çapında oval ya da yuvarlak yapıda, merkezi lüsen, çevresi tabakalı bir şekilde kalsifiye yapılar olarak izlenirler. Boyutu değişken olmasına karşın flebolitten büyük olurlar. Kalsifiye bir çerçeve varlığı ureter taşı ve kemik adacığından ayrılmasında yardımcı olur. Pelvisdeki kemik yapıları üzerine süperpoza olması görülmesine engel olabileceği gibi özellikle retroçekal apendikslerde atipik lokalizasyonlarda

Akut apendisitin belirti ve bulguları ilk olarak Fitz tarafından 1886 yılında tanımlanmıştır. Ancak bu kadar uzun zamandan beri biliniyor olmasına karşın bazı hastalarda tanı koymada en deneyimli klinisyen bile zor durumda kalabilmektedir.

olabilirler. Genellikle tek olurlar ancak birbirine komşu 2-3 adet kalsifikasyon şeklinde izlenmeleri de ender değildir. Erişkinlerde uygun dozda çekilen grafilerde % 14 oranında izlenirken, çocuklarda bu oran %50'lere çıkabilir.

Direkt grafide izlenen diğer bulgular apendikolitte olduğu gibi akut apendisite özgün değildir ancak izlenmeleri destekleyici olabilir. Karın sağ alt kadrındaki inflamatuvar olay ciddi lokalize ileuse neden olabilir. İleal looplar ve çekumda dilatasyon ile birlikte hava sıvı düzeyleri izlenir. Ciddi boyutlara ulaştığı zaman bu olay mekanik distal ince barsak tıkanma görünümünü taklit eder. Sağda psoas gölgesinin kaybı ve açıklığı sağa bakan skolyoz sık rastlanan direkt grafi bulguları olmakla birlikte özgün değildir.

Perforasyon gelişen hastalarda sağ alt kadranda yumuşak doku dansitesinde kitle görünümü izlenir. Yumuşak doku kitlesi görünümü bölgeye hapsolmuş omentum, ödem ve komşu sıvı ile dolu intestinal segmentlere ikincil olarak izlenmektedir. Abse oluşumu da yumuşak doku kitlesi görünümü vermektedir. Perfore apendisit olgularda direkt grafi bulgusu olarak seyrek de olsa periton boşluğunda serbest hava izlenebilir.

1980'lerden önce baryumlu kolon grafisi akut apandisit tanısında kullanılan birincil radyolojik incelemeydi. Apendisit luminal obstrüksiyona bağlı gelişen olaylar zinciri olduğuna göre baryum ile normal olan apendiks varlığında akut apendisit dışlanmaktadır. Apendiksin dolmaması ise apendisiti destekleyen doğrudan bir bulgu değildir. Günümüzdeki diğer görüntüleme yöntemlerinin kullanıma girmesi baryumlu incelemelerin terkedilmesine neden olmuştur.

Klinik ve laboratuvar bulgular ile kesin tanı konulamayan hasta grubunda ilk yeğlenmesi gereken ileri radyolojik inceleme yöntemi ultrasonografidir.

US maliyeti düşük olması ve iyonizan radyasyon riski olmaması gibi avantajlara sahiptir ancak bir takım kısıtlamaları vardır. Obez hastalarda kalın yağ tabakasına ikincil inflame segmentin görüntülenmesi zor olmaktadır. Karın duyarlılığı fazla olan hastalarda incelemenin hasta tarafından tolere edilmesi güçleşmekte ve uyum sorunu gündeme gelmektedir. Ayrıca retroçekal, pelvik gibi atipik lokalizasyonlu apendiks

varlığında US'nin tanı değeri düşmektedir. Komplike apendisit olgularında da inflamasyon düzeyini göstermede US her zaman yeterli olmamaktadır.

Tüm bu kısıtlamalar göz önüne alındığında akut apendisit tanısında alternatif radyolojik inceleme yöntemleri araştırılmasına gidilmiş, bu anlamda son yıllarda BT kullanıma girmiştir.

BT apendiksin doğrudan görüntülenmesinin yanı sıra periapendüküler dokuların karın içerisindeki diğer organların da incelenmesine olanak tanır. BT ile apendiksin görüntülenmesi ve tanısal duyarlılığının artırılabilmesi için değişik çekim protokolleri kullanılabilmektedir. Farklı protokollerin ortak noktası sağ alt kadrının ince kesit kalınlığı ile helikal olarak taranmasıdır. Farklılığı yaratan kontrast madde kullanım şekli ya da kullanılıp kullanılmayacağıdır.

BT obez hastalarda US'nin tersine intraperitoneal yağ dokusu miktarı yeterli olduğu için akut apendisit tanısında oldukça iyi sonuçlar vermektedir. Abdominal duyarlılığın fazla olması BT ile incelemeye engel oluşturmamaktadır. Atipik lokalizasyonlu apendiks varlığında da tanı değeri US'ye oranla yüksektir. Komplike apendisit olgularında inflamasyon düzeyini göstermede US'den üstündür. Periapendüküler inflamatuvar reaksiyonları flegmon ve abseden ayırt etmede oldukça başarılıdır. Periapendüküler flegmon ve absenin ayırt edilmesi önemlidir. Çünkü tedavi protokolleri buna bağlı değişiklik göstermektedir. Periapendüküler flegmonda medikal tedavi, daha sonra apendektomi yapılırken, absede cerrahi drenaj gerekli görülmektedir.

Özetleyecek olursak US'nin başlıca kısıtlama alanları olan obesite, abdominal duyarlılık, tipik olmayan yerleşimli apendiks varlığı ve komplike apendisit olgularında BT tanıda yardımcı olmakta ve US'den daha iyi sonuçlar vermektedir.

BT'nin iyonize radyasyon riski olması ve maliyetinin yüksek olması başlıca dezavantajlarıdır. Intraperitoneal yağ dokusu yeterli olmayan zayıf hastalar ve çocuklarda da tanı değeri düşmektedir. Radyolojik inceleme yöntemine gereksinim duyulan hasta grubunda tüm hastalarda ilk inceleme yöntemi US olmalı, US'nin yetersiz kaldığı hastalarda yardımcı ve tamamlayıcı bir görüntüleme olarak BT kullanılmalıdır.

- Kaynaklar**
- 1- Balthazar E.J: Disorders of the Appendix. Textbook of Gastrointestinal Radiology Voluke II, Ed. Herlinger H. Et. W.B.Saunders Co. Philadelphia, 194,69:1310-1342
 - 2- Birnbaum A.B, Wilson S.R. : Appendicitis at the Millenium. Radiology 2000; 215:337-348
 - 3- Field S: The Acute Abdomen: Plain Films and Contrast Studies in Margulis and Burne'sAlimentary Tract Radiology Volime II:Editör:Freeny CP, Stevenson WG Fifth Ed. Mosby-Year Book, Inc Philadelphia, 1994 pp:2020-2021
 - 4- James M et all: Gas and Soft Tissue Abnormalities in Textbook of Gastrointestinal Radiology Volume I; Editör: Gore M et al. W.B Saunders Co. Philadelphia, 1994, pp: 178-180
 - 5-Balthazar E.J. et al.: Appendicitis: Prospective Evalation with High Resolution CT. Radiology 1991;180:21-24
 - 6- Wagner jm et al.:Does This patient Have Appendivitis? JAMA 1996;276:1589-1594



Bu ayki konumuz; "Doğumsal Kalp Hastalıkları" Sorularımızı Başkent Ü. Tıp Fak. Pediatrik Kardiyoloji Ünitesi'nden Dr. Birgül Varan, Dr. Kürşad Tokel, Dr. Arda Saygılı yanıtladı.

Fötal ekokardiyografi ile kalp hastalıklarının çoğu %83-90 doğrulukla gebelikte tanınabilir.

1. Doğumsal kalp hastalığının (DKH) erken tanısının önemi nedir?

Doğumsal kalp hastalığı olan bebek ve çocukların erken ve doğru tanı alabilmeleri tedavi planı açısından yaşamsal önem taşır. Bazı kalp hastalıkları için saatler önemlidir. Çocuk kardiyolojisi olan bir merkeze ulaşana kadar geçen süre kimi zaman çocuğun yaşam kalitesini belirleyici en önemli etken olmaktadır.

2. Doğumsal kalp hastalıklarının sıklığı nedir?

Doğumsal kalp hastalıkları en sık rastlanılan doğumsal anomaliler olup sıklığı 1000 canlı doğumda yaklaşık 8'dir. Yani her 1000 bebeğin 8'inde yaşamının bir döneminde doğumsal kalp hastalığı saptanmaktadır.

3. Doğumsal kalp hastalıklarının nedenleri nelerdir?

Doğumsal kalp hastalığı dışında anormallik bulunmayan bebeklerin çoğunda altta yatan bir neden bulunamaz. Bilinen nedenler şunlardır:

Kromozom bozuklukları: Doğumsal kalp hastalıkları ile en sık birliktelik gösteren kromozom bozukluğu trisomi 21'dir (Down sendromu). Bu hastalardaki kalp hastalığı sıklığı %25-41 arasında bildirilmektedir. En sık anomaliler atriyoventriküler septal defekt, ventriküler septal defekt, atriyal septal defekt, Fallot tetralojisi ve patent duktus arteriosustur (PDA). Trizomi 18, trizomi 13 ve Turner sendromu da kalp hastalığı ile birlikte bulunabilirler. Daha az sıklıkta translokasyonlar, delesyonlar, daha seyrek trizomiler nedenler arasında sayılabilir.

Kalitsal sendromlar: Doğumsal kalp hastalığı olan bebeklerde kalitsal sendromlar genel popülasyona göre daha siktir. Bunlar arasında Ivemark, VACTERL (vertebra, anüs, kardiyovasküler sistem, trakea, özefagus, böbrek ve ekstremiteler anomalileri), DiGeorge, Noonan ve Williams sendromları en çok görülenlerdir.

Çevresel etkenler:

a. Annenin insülin bağımlı diyabetli olması önemli bir risk etkenidir. Diyabeti olan annelerin bebeklerinde kalp hastalığı sıklığı 5 kat daha fazladır. Gebelikte kan şekerinin yakın denetimi gerekmektedir. Gestasyonel diyabetin doğumsal kalp hastalığı riskini artırmadığı bildirilmektedir.

b. Annenin gebelikte aldığı ilaçlar teratojenik rol oynayabilir. Örneğin warfarin, thalidomide, vitamin A, antimetabolitler.

c. Gebelikte geçirilen enfeksiyonlar: Rubella, coxsackie B, sitomegalovirüs, Ebstein-Barr virüs, influenza, herpes simplex, kabakulak, toxoplazma gondii. Örneğin; gebelikte kızamıkçık geçiren annelerin bebeklerinde PDA sık görülür.

d. Kurşun, böcek ilaçları gibi zehirli maddeler

Genetik nedenler: Birinci derece akrabalarında doğumsal kalp hastalığı olan bebeklerde doğumsal kalp hastalığı daha siktir. Bir araştırmaya göre bir kardeşinde kalp hastalığı olan çocuklarda risk %3.4, anne ya da babasında olanlar için %1.8 bulunmuştur.

Multifaktöriyel nedenler: Tek gen defektleri, mevsimsel değişiklikler, genetik predispozisyon.

4. Doğumsal kalp hastalıklarının yineleme riski nedir?

Ailede bir bebekte doğumsal kalp hastalığı varsa doğacak diğer bebeklerde de hastalığın ortaya çıkma olasılığı kalp hastalıklı çocuğu olmayan bir aileye göre daha fazladır. Bir araştırmada kardeşlerde görülme olasılığı %2 bulunmuştur. Bir başka çalışmada riskin 3.9 kat arttığı vurgulanmıştır. Değişik kalp hastalıkları için bu oran değişmektedir.

5. Kalp hastalıkları büyüme ve gelişmeyi nasıl etkiler?

Özellikle kalbin sol tarafından sağ tarafına fazla miktarda kan geçişi olan geniş deliklerde (VSD) ya da patent duktus arteriozusta büyüme olumsuz etkilenir, kilo alımı güçleşir.

Hipoksi ile birlikte pulmoner kan akımı fazla olan kalp hastalıklarında beslenme bozukluğu daha belirgindir.

6. Çocuk ve bebeklerde kalp hastalığının belirtileri nelerdir?

Küçük bebeklerde:

Morarma
Sık nefes alıp verme
Zorlu solunum
Beslenme güçlüğü
Kilo almada yetersizlik
Terleme
Huzursuzluk
Halsizlik

Büyük çocuklarda:

Eforla yorulma
Halsizlik
Baş dönmesi
Çarpıntı
Bayılma

Kaynaklar

- 1- Rosenthal G: Prevalence of congenital heart disease. Garson A, Bricker JT, Fisher DJ, Neish SR (ed). Williams and Wilkins, Baltimore 1998, s: 1083-1105.
- 2- Nora JJ, Meyer TC. Familial nature of congenital heart diseases. Pediatrics 1966; 37: 329-334.
- 3- Polani PE, Campbell M. An etiological study of congenital heart disease. Ann Hum Genet 1954-1955; 19: 209-230.
- 4- Pradat P. Recurrence risk for major congenital heart defects in Sweden: a registry study. Genet Epidemiol 1994; 11: 131-140.
- 5- Huhta JC, Tian ZY: Fetal echocardiography in the practice of perinatal cardiology. Garson A, Bricker JT, Fisher DJ, Neish SR (ed). Williams and Wilkins, Baltimore 1998, s: 845-873.
- 6- Varan B, Tokel K, Yılmaz G. Malnutrition and growth failure in cyanotic and acyanotic congenital heart disease with and without pulmonary hypertension. Arch Dis Child 1999; 81: 49-52.

7. Anne-babayı bebekte kalp hastalığından kuşkulandıracak durumlar nelerdir?

Bebeğin yaşına uygun miktarda mama alamaması,
Beslenme süresinin uzaması (normalde bir beslenme yaklaşık 20 dakika sürer),
Beslenirken yorulma,
Beslenirken sık nefes alma, terleme, sinirlenme.

8. Doğumdan önce bebekte kalp hastalığı olup olmadığı anlaşılabilir mi?

Fötal ekokardiyografi ile kalp hastalıklarının çoğu %83-90 doğrulukla gebelikte tanınabilir.

9. Fötal ekokardiyografi gereken durumlar nelerdir?

A. Anne ile ilgili durumlar

a. Annede diyabetes mellitus olması durumunda bebekte kalp hastalığı ortaya çıkma insidansı %3-7 arasındadır. Kan şekerinin iyi kontrol edilememesi halinde risk en yüksektir.

b. Kollajen doku hastalıkları: Annede sistemik lupus eritematozus gibi otoantikör üretimi görülen bir hastalığın olması fütusta ritim sorunlarına neden olabilir.

c. Fenilketonüri: Bebekte kalp hastalığı riski %25-50 arasındadır. Fenilalanin düzeyi yüksek

olan annelerin çocuklarında kalp hastalığı sıklığı normal popülasyonun 10 katıdır.

d. Kan uyuşmazlığı: Fötuste kansızlığa ve kalp yetmezliğine neden olabilir.

e. İleri anne yaşı: 35 yaş üstündeki annelerin bebeklerinde doğumsal bozukluklar daha siktir (özellikle trizomi 21).

f. Gebelik sırasında kullanılan bazı ilaçlar fütusta organ gelişimini bozabilir.

g. Gebelikte enfeksiyon

h. Daha önce anomalili bebeklerin doğmuş olması

B. Fetüsle ilgili durumlar

a. Gebelik sırasında yapılan ultrasonografik incelemelerde kalpte anormallikten kuşkulandırılması. Kalbin dört-boşluk pozisyonunda anormal görüntü doğumsal kalp hastalığı olasılığını düşündürür.

b. Ultrasonografide kromozom anomalisi düşündürülen bir bulgu olması kalbin de ayrıntılı incelenmesini gerektirir.

c. Fötal kalp hızında anormallik

d. Ailede doğumsal kalp hastalığı öyküsü; Fötal ekokardiyografi 16. haftadan itibaren her gebelik haftasında yapılabilir. İlk inceleme için 18-20. haftaların seçilme nedeni görüntünün daha iyi olması ve anormallik saptandığında gebeliği sonlandırma şansı vermesidir.

10. Doğumsal kalp hastalıklarına tanı ne zaman ve nasıl konulur?

Doğumsal kalp hastalıklarının:

%46'sına ilk 1 haftaya kadar

%88.3'üne 1 yaşına kadar

%98.8'ine 4 yaşına kadar tanı konulur.

Tanıların büyük kısmı yalnızca hastanın yakınmalarının dinlenmesi ve muayene ile konulabilir. **Çağdaş çocuk kardiolojisinde ekokardiyografi ile hemen tüm kalp hastalıklarına tanı konulabilmektedir.**

Doğumsal kalp hastalıklı bebeklerin pek çoğu günümüzde pediatrik kardioloji ve kalp cerrahisindeki gelişmelerle tedavi edilebilir hale gelmiştir. Kalp hastalıklarından ölümler yaşamın ilk haftasındaki ölümlerin yalnız %3-5'lik kısmını tutar. İlk ay içindeki ölümlerin %33'ünden doğumsal kalp hastalıkları sorumludur. Bununla birlikte doğumsal kalp hastalıklarının büyük bölümü girişimsel kardioloji (balon valvüloplasti, koil ile PDA kapatılması, vb) ve cerrahi yöntemlerle başarı ile tedavi edilebilir.

Mayıs sayımızda yayınladığımız dosya 27'i anımsatıp, sizlerden gelen yanıtları ve TTB Yüksek Onur Kurulu'nun kararını yayınlıyoruz.

Dosya 27: Dr. A.C. erkek 45 yaşında, pratisyen, SSK dispanserinde çalışıyor.

Dr. A.C., muayenehanesine başvuran diyabet hastalarına, kendilerine uygulanmakta olan insülin tedavisini keserek, "kendi buluşunu" uygulamaktadır. Kendi ifadesine göre buluşu %5'lik dekstroz içine koyduğu antibiyotik ve antigripal ilaçlardan oluşmaktadır. Dr. A.C. bu "renkli serum"u, antidiyabetiklerle birlikte, yine kendi ifadesiyle "vücut direncini yükseltmek için" kullanmaktadır. Hastalarından biri, tedavi sonrası ketoasidoz komasına girince, hekimi tabip odasına şikayet etmiştir. Tabip odası onur kurulu hekime ceza verilmesine karar verir. Hekimin itirazı üzerine dosya TTB-YOK'a gönderilir.

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

Dosa 27'ye ilişkin yanıtlar:

Yanıt 1: Dr. A.C.'nin yaptığı hekimlikle bağdaştırmak mümkün değildir. Hiç bir tedavi protokolüne uymayan, kendi buluşu yeni tedavi yöntemleri geliştirmesi şarlatanlıktır. Ceza alması gerekir. Altı ay meslekten men olabilir.

Yeni TTB ceza yasası için ÖNERİ: Uyarı, kınama, para, geçici meslekten men ve meslekten men cezalarına "muayenehane açamaz" cezası eklenmesini isterdim. Bu tip şarlatanlara muayenehane açamama cezasının verilmesi uygun olur.

Dr. Metin

Değirmenci/Hatay

Yanıt 2: Dr. A.C.'nin muayenehanesinde kendi buluşunu uygulaması etik kurallara uygun değildir. Yeni bir ilacın kullanılması ya da denenebilmesi için izin alınması gerekir. Ayrıca bu yöntem uygulanırken hastalara bilgi verilmeli ve onlardan yazılı bir onay alınmalıdır.

Dr. A.C., yukarıda söz edilen konularda kurallara uygun davranmamış, hiçbir kurul tarafından onaylanmamış bir tedavinin uygulanması ve hastaları risk altına sokması nedeniyle suçludur. Bu konuda cezalandırılmalı ve diğer doktorların bu konuda bilgi sahibi olması sağlanarak bu uygulamaların olmaması sağlanmalıdır.

Dr. R. Cenap Yıldırım/Ankara

Yanıt 3: Tıbbi tedavi yöntemleri açıkça belli olan bir konuda bir hekimin hastaların almakta olduğu tedaviyi kestirmesi ciddi bir suç ve sorumsuzluktur. Ayrıca hekimin antibiyotik ve antigripal ilaçları endikasyonuna uygun olarak kullanmadığı da görülmektedir.

Tedavi yöntemlerinde klasikleşmiş olan yöntemden ayrılan hekimin bu tavrını bilimsel dayanakları ile birlikte ispatlayabilmesi zorunludur. Dr. AC'ye bu şans verilmelidir.

Bence tatmin edici bir yanıt beklenemez. Bütün bunlar eğer bir de maddi kazanç için yapılıyorsa bence suç iki kat daha ağırlaştırmaktadır.

Dr. Çetin Varan/Trabzon

Tabip Odası Onur Kurulu hekime ceza verilmesine karar verir. Hekimin itirazı üzerine dosya YOK'a gönderilir.

Tabip Odası Onur Kurulu Kararı gerekçesi

* Bilimsiz, uygunsuz, yaşamı tehdit edici yöntem uygulamak,

* İnsan yaşam ve sağlığına saygı ve özen göstermemek,

* **Tabip Odası Onur Kurulu Kararı:** 6 ay meslekten alıkoyma,

* YOK Kararı: Tabip Odası'nca verilen kararın onaylanmasına ve ayrıca Tabip Odası'nın Cumhuriyet Savcılığı'na suç duyurusunda bulunmasının önerilmesine.

Dr. A.C., bu olgudan başlayarak on iki yıla yayılan bir süre içinde, bilimsiz, aldatıcı tanı ve tedavi, reklam, uzmanlık dışı faaliyet gibi çeşitli olgulardan yargılanmış ve dört kez meslekten alıkoyma cezası almıştır. YOK'a kadar gelmeyen ya da incelenen dönemden önceye ait başka dosyalarının da olması olasıdır. Ancak Dr. A.C., YOK'a gelen dosyalardan izlenebildiği kadarıyla, her defasında başka bir Tabip Odası bölgesinde çalışmaya başlamış ve böylece kendisine verilen "Oda bölgesinde çalışmanın yasaklanması" cezası uygulanamamıştır.

Dosya 27 TTB Yayınlarından Dr. Murat Civaner ve Dr. Zuhâl Amato Okuyan'ın yayına hazırladığı "Tıbbi Etik İhlalleri" adlı kitaptan alınmıştır.



Dr. M. Süalp Bengidal*, Dr. Bekir Keskinlik**, Dr. Lokman Kuvan**,
Dr. Orhan Odabaşı**, Av. Sevtap Bengidal***

Adli olgu yaralanma ya da ölümle sonuçlanan yaralanma olmasa bile kişilere yönelik yapılan eylemleri içeren olgulardır.

Acil Servis Adli Tıbbı ve Hekimin Hukuki Sorumluluğu

I- Adli tıp ve bilirkişilik

Adli tıp, hukuk ve tıp arasında köprü görevi yapan hukuksal boyut kazanan tıp olaylarında ve hemen her türlü kriminal olayda bilirkişilik yapan bir tıp dalıdır. Tıp fakültesini bitirmiş olan her hekim bilirkişi konumundadır. 1219 sayılı "Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair" kanununun 11. maddesinde, mahkemelerin Türkiye'de hekimlik yapma yetkisine sahip hekimlere bilirkişi olarak başvurabileceği bildirilmektedir. Bu maddeden de anlaşılacağı gibi yalnızca adli tıp uzmanları değil, diğer hekimlerin de bilirkişilik görevi vardır. Bilirkişiyi hakim ve gecikmesinde sakınca bulunan durumlarda cumhuriyet savcısı tayin eder (CMUK 66).

II. Adli olgu nedir?

Genel olarak, yaralanma ya da ölümle sonuçlanan yaralanma olmasa bile kişilere yönelik yapılan eylemleri içeren olgulardır.

Adli olguların sınıflandırılması:

A- Müessir fiiller

1- Darp

2- Alet Yaraları

- a- Ateşli silah yaraları
- b- Kesici alet yaraları
- c- Delici alet yaraları
- d- Ezici alet yaraları
- e- Kesici-ezici alet yaraları
- f- Kesici-delici alet yaraları
- g- Patlama yaraları

3- Cinsel Saldırıları

4- Çocuk düşürme

5- Cinayet

B- Kazalar

1- Trafik kazaları (Motorlu taşıt, bisiklet, havayolu, denizyolu ve demiryolu kazaları)

2- Ev kazaları

3- İş kazaları

4- Yanıklar

5- Elektrik kazaları

6- Yüksekten düşme

C- Zehirlenmeler

1- İlaç zehirlenmeleri

2- Çamaşır suyu vb. maddeler

3- Gaz zehirlenmeleri (Karbonmonoksit, karbondioksit, siyanür vb.)

4- İlk anda bilinmeyen ya da saptanamayan maddeler.

D- İntiharlar (her çeşit araç intiharlarda kullanılabilir)

E- Tanınamayan ve kuşkulu olgular

F-Sağlık kurumuna başvurudan sonra adli olgu haline gelen olgular.

E- Tanınamayan ve kuşkulu olgular: Bu olgular acil servise ya da sağlık kuruluşuna başvurduklarında bunun **adli olgu olabileceği konusunda hekim kuşkulandırabilir ya da adli olgu olabileceğini hiç düşünmez.** Acil servisteki hekimler için en sorunlu olgular bunlardır. Çünkü adli olgu olarak değerlendirilmedikleri için geçici adli rapor düzenlenmez ve adli makamlara bildirilmez. Bu olgunun adli olduğu ve rapor düzenlenmediği ve adli makamlara bildirilmediği anlaşılırsa hekim hakkında görevi ihmal (TCK 230) ya da görevi kötüye kullanmak (TCK 240) suçlarından dava açılabilir.

Bunun dışında adli olgu olduğundan kuşkulanan bir olgu, ısrarla olayın kaza olduğunu söyleyebilir. *Örneğin el bileğinde kesici alet yarası olan kişi bunun intihar girişimi değil kaza olduğunu söyleyebilir ve hekim kuşkulanasına karşın söylenene inanabilir.* Koşarken düştüğünü, ağaçtan düştüğünü ya da bisiklet, motorsiklet gibi araçlardan düştüğünü söyleyen bir kişi itilerek düşürülmüş ya da dövülmüş olabilir. Ayrıca bazen gelen kişi dövüldüğünü ya da araç çarptığını belirtir. Ancak şikayetçi olmayacağını ve adli makamlara olayın bildirilmemesini ister.

Bu durumda hekimin yaklaşımı ne olmalıdır?

Hekim en ufak bir kuşkuda bile olayı hemen kolluğa (olayın gerçekleştiği bölgeye göre polis ya da jandarma) bildirmeli ve adli raporunu düzenlemelidir. Var olan bulgulara ve hastanın öyküsüne göre kuşkulu olguyu adli olgu olarak değerlendirip değerlendirmemek hekimin inisiyatifindedir. Adli olgu olarak bildirilen olgunun adli olgu olmadığı anlaşılırsa bu olayda hekimin kastı yoksa bir suç unsuru yoktur, **yaralanan şahıs şikayetçi olmayacak diye rapor düzenlenmez ve olay bildirilmezse hekim sorumludur.** Aynı şekilde adli olgularda kişinin isteğine bağlı olarak eksik inceleme yapılması da suç oluşturur.

Tanınamayan ya da kuşkulu adli olgulara en sık rastlanan bir örnekte **aile içi şiddet** olgularıdır. Karşımıza başlıca dört biçimde çıkar:

1- Erkeğin eşine ve çocuklarına uyguladığı şiddet. Bu erkek profili genellikle işsiz ve alkoliktir. Bazen madde bağımlılığı da eşlik eder. Uygulanan şiddet genellikle evliliğin

* Uzm.; Ankara Hastanesi Adli Tıp

** Uzm.; Aile Hekimliği, Ankara Hastanesi Acil Servis,

*** Av. Jandarma Okullar Kom. Öğrt. Başk. Kültür-Hukuk Dersleri Bl.

Karşılaştığımız bir olguda 12 yaşındaki bir kız çocuğu annesiyle başvurmuş ve anne tarafından babanın kızı üç yıldır cinsel istismarda bulunduğu bildirilmişti.

ilk yıllarında başlamış ve sıklaşarak sürmüştür. Bu yapıdaki ailelerde genellikle kadın tek başına ya da bir yakınıyla acil servise başvurur. Hem anne hem çocukta yaraların olması hekimi kuşkulandırır. Öyküsünde kadın dayaktan söz etmez ve genellikle düşme, çarpma gibi bir olaydan söz eder. **Amacı boşanmak ya da rapor alıp eşine gözdağı vermek değil tedavi olmaktır.** Ürkek, çekingen, kendini ifade etmekte zorlanan konuşurken genellikle yere bakan bir yapısı vardır. Söz şiddete gelince sözel ifade yerine omuzlarını kaldıran, kafasını iki yana sallayan ellerini çaresizlik içinde iki yana açan görüntü ile birlikte bazen gözünden yaşlar gelebilir. İncelemede her ikisinde de vücutta değişik yaşta ekimozlar ve kesi, sigara yanığı ya da dağlanma biçiminde farklı yaralar bir arada olabilir. Çocuklar genellikle tepkisizdir. Bazen aşırı derecede huzursuz ve hırçın yapıda olup nedensiz ağlayabilirler. Eğer bu okul çocuğu ise mahzun ve yaşına göre olgun bir profil çizebilir

2-Erkeğin eşine uyguladığı şiddet. Bu tarz şiddet sanıldığı gibi aksine köy ve ilçelerden çok büyük şehirlerde daha yaygındır. Çoğu olguda erkek ve kadın üniversite mezunudur. Evliliğin başından itibaren süren şiddetten çok ilerleyen yıllarda başlayan şiddet söz konusudur. *Üniversite mezunu kadınlar ilk kez şiddetle karşılaştığı zaman acil servise başvurduklarında amaçları tedaviden çok vücutlarındaki ekimozların raporla saptanmasıdır.* Darbeler çoğunlukla yüz bölgesine, göze isabet ettiği için çoğunun gözünde bir güneş gözlüğü vardır. Ancak omuz, kol ve ön koldaki sırttaki ekimozlar ve tekmeleme olmuşsa özellikle bacak bölgelerindeki ekimozlar olaya eşlik edebilir. Acil servise genellikle tek başına ya da iş arkadaşıyla başvurabilir. Kaza ile yaralanan ya da yabancı birinin şiddetine maruz kalan kişilerin heyecanlı, olayı en ince ayrıntısına kadar anlatan yapılarının tersine durgun ve sorulmadıkça yanıt vermeyen yapıdadır. Dostça bir yaklaşımdan sonra ağlama nöbeti hemen hepsinde görülür. Çoğunlukla birkaç saat ya da birkaç gün içinde boşanma fikrinden vazgeçerler. Ancak **unutulmaması gereken nokta şiddetin yineleyici özelliğidir.** Eşe bir kez şiddet uygulandıysa bu çoğunlukla kısa ya da uzun zaman aralıklarıyla sürecektir.

Üniversite mezunu olmayan ya da çalışmayan kadınlarda ise ilk gördükleri şiddet acil servise başvurmalarına neden olmaz. Acil servise başvurmuşlarsa iki nedeni vardır. Ya evde tedavi edilemeyecek derecede ciddi kırık, kesi gibi bir yaralanma vardır, ya da kadın

boşanma konusunda ciddidir. Birinci durumda yanında bir yakını ya da bir komşu, ikinci durumda ise genellikle yanında bir yakını vardır ve bu yakın boşanmadan sonra yanına yerleşeceği yakındır. Genel olarak boşanmak için mahkemelere başvuran kadınların bir çoğunda mahkemeye sunulan birden çok adli rapor vardır.

3- Kadının eşine uyguladığı şiddet. Çok seyrek olmakla birlikte zaman zaman rastlanılan bir durumdur. Bununla ilgili karşılaştığımız ilginç bir olguda 60 yaşlarında genel cerrahi uzmanı olan bir erkek yüzündeki tırnak izlerini ve kollarındaki ekimozları göstererek eşinin yaptığını ve bu durumu raporla belgelemek istediğini söyleyerek başvurmuştu. Öyküsünde bunun ilk kez olmadığını yıllardır sürdüğünü ve boşanmak istediğini belirtmişti.

4- Erkeğin ya da kadının çocuğa uyguladığı şiddet. Acil servise başvuru varsa genellikle ciddi bir yaralanma söz konusudur. Bu sırada yapılacak incelemede bu son yaralanmanın dışında çeşitli ve farklı yaşlarda yaralar görülebilir. Ebeveyn olayı daha çok düşme ya da çarpma gibi açıklar. Ancak **çoğunlukla öykü ile yaralar arasında bağlantı kopuktur.** Anne ve baba olayı birbirinden farklı anlatırken aynı zamanda her biri olayı yeniden anlatırken değişiklik gösterir. Anne ya da babanın üvey olduğu olgularda çocuğa uygulanan şiddet daha sık ve çok olup beraberinde cinsel saldırı da olabilir. Bu nedenle şiddete maruz kalmış çocuklarda cinsel saldırı ya da incest olasılığı göz ardı edilmemelidir.

Karşılaştığımız bir olguda 12 yaşındaki bir kız çocuğu annesiyle başvurmuş ve anne tarafından babanın kızı üç yıldır cinsel istismarda bulunduğu bildirilmişti. Baba 38 yaşında elektrik yüksek mühendisi ve öz babasıydı. Bu tip olgularda iftira ile sık karşılaştığımız için yapılan incelemede ve alınan ayrıntılı öyküsünde olayın gerçek olduğu anlaşmıştı.

F- Sağlık kurumuna başvurudan sonra adli olgu haline gelen olgular. Bu olgular yanlış tanı, yanlış ya da eksik tedavi, ihmal edilme, bunların sonucunda yaralanma, ölüm sakat kalma gibi nedenlerle savcılık ya da mahkemeye başvurulur. Yani ilk başta adli olgu kategorisinde olmayan olgulardır. Bu nedenle her hekim ve özellikle acil servis hekimi her olgunun adli olgu özelliği kazanabileceğini düşünmeli ve dosya düzenlemede özenli davranmalıdır. Bu konuyla ilgili ayrıntılı bilgi ileride verilecektir.

III. Acil serviste adli tıp uygulamalarında dikkat edilmesi gereken konular nelerdir?

1- Gelen kişinin adı, soyadı, anne ve baba adı, doğum yeri ve tarihi kaydedilmelidir.

Eğer kimliği saptanmamışsa saç rengi, göz rengi, ten rengi, boyu, kilosu, vücudundaki özel izler gibi fiziksel belirtilen kaydedilmeli, fotoğraf çekme olanağı varsa fotoğrafı çekilmelidir.

2- Geliş saati kaydedilmeli, kim tarafından getirildiği belirtilmelidir. Ayrıca ne için getirildiği, yani kaza, intihar, cinayet gibi olayın kökeni belirtilmeli ve bu bilgiyi kimin verdiği kaydedilmelidir. Kaynak bilinmiyorsa ilk kayıta yorum yapılmamalıdır.

3- Kişinin bilinci açık, yarı açık ya da kapalı olarak kaydedilmeli, koopere olup olmadığı belirtilmelidir. Ayrıca nabız tansiyon ve solunumla ilgili bilgiler rapora yazılmalıdır.

4- Hastada koklamakla ya da denge testleriyle alkol kuşkusu varsa bu durum saptanmalıdır. Ancak çok miktarda alkol almış bir kişide yenilen gıdalar (**sarımsak, kaküla**), alınan alkolün cinsi (**votka, tekila**) ya da denge testlerinin bozulmamış olması hekimi yanlış yönlendirilebilir. Bunun için kalibrasyonu yapılmış, pilleri yeni bir alkolmetre ile yapılan ölçümler en doğrusudur. **Ticari ve resmi araç kullanan şoförlerde alkole izin yoktur. Özel araçlarda ise 0,50 promil sınır olup üstüne cezai işlem yapılır.** Bu sınır yaklaşık olarak normal alkollü, 50 cl'lik 2 adet biraya denk gelir. Bunların dışında hekim gerek gördüğü durumlarda alkol düzeyi yasal sınırlarda bile olsa alkolün kişiyi ne derece etkilediğine ilişkin yorumunu rapora yazabilir (İleri derecede alkol etkisi altında gibi).

5-Vücuttaki yaraların saptanması hastayı ilk gören hekim tarafından yapılmalı ve geçici adli rapora mutlaka kaydedilmelidir. İleride adli tabip tarafından verilecek kesin rapor bu ilk bulgulara göre düzenlenecektir. Mağdurun hak kaybına uğramaması için buna dikkat edilmelidir.

En sık karşılaştığımız yara biçimi sıyrıklar ve ekimozlardır. Düşme, çarpma, müessir fiil belirtisi olabilirler. **Turnaklarla oluşan sıyrıklar yarımday biçimindedir.** Motorsiklet ve bisiklet kazasından sonraki sıyrıklar geniş bir alanı içine alır ve başka yaralarda eşlik eder. Ekimoz vücudun bazı bölgelerinde (göz çevresi, kollar, bacaklar, göğüs, sırt) daha sık görülür. Bu bölgeler darbelerin en sık olduğu yerlerdir. Sıyrık ve ekimozun, boyun, göğüsler, vajina anüs, göbek gibi bölgelerde yoğunlaşması cinsel saldırıyı düşündürmelidir. Sıyrık ve

ekimozların lokalizasyonu, büyüklükleri, renkleri belirtilmeli ancak gün tayininden kaçınmalıdır. Kesici, ezici, delici aletlerle oluşan yaralarda da aynı özellikler belirtilmeli ayrıca yara dudaklarının muntazam olup olmadığı kaydedilmelidir. Yara vücut içine doğru uzanıyorsa derinlik ve iç organ yaralanmasının olup olmadığı da belirtilmelidir.

Ateşli silah yaraları daha çok kısa namlulu ya da av tüfeği yaraları olarak gözüktür. Bazen giriş ve çıkış deliği olmakla birlikte bazen de yalnızca giriş deliği ve mermi çekirdeğinin vücut içinde izlediği yol vardır. **Acil servis hekimi ister giriş ister çıkış deliği olsun yaranın özelliklerini belirtmeli ancak, giriş deliği ve çıkış deliği tanımlamalarından kaçınmalıdır.** İleride olayın kaynağının saptanmasında adli makamlar atış mesafesinin belirlenmesini isteyeceklerdir. Bu çalışmalara dayanak olabilmesi için atış mesafesine yönelik bilgiler verilebilir. Bunları kısaca belirtirsek;

a- Bitişik atış hem kısa namlulu hem de uzun namlulu silahlarda 0-3 cm arası mesafeyi içerir ve tatuaj (duman isi + alev yanığı + yanmamış barut taneleri) giriş deliğinin içinde görülür. Deliğin içi simsiyahtır. Cerrahi girişim sırasında görülür.

b- Yakın atış kısa namlulu silahlarda 3-40 cm uzun namlulu silahlarda 3-100 cm av tüfeklerinde ise 3-150 cm dir. Tatuaj giriş deliğinin çevresinde görülür. **Eğer mermi çekirdeği kıyafetlerin olduğu bölgeye isabet etmişse tatuaj kıyafette saptanır. O nedenle acil servis hekiminin ateşli silah yaralarında dikkat etmesi gereken en önemli konu bu giysilerin kolluğa verilmesidir.** Kıyafet kişinin üzerinden çıkartılırken makasla kesilecekse giriş ve çıkış delikleri kesilmemelidir.

c- Uzak atış yukarıda belirtilen yakın atış mesafelerinin üzerindeki uzaklıklardan yapılan atışlar olup tatuaj görülmez.

6- Acil servise başvuran hastaların çoğu konsültasyonu gerektiren olgulardır. Konsültasyon hastayı gören hekimin tanı ya da tedavide karşılaştığı sorunları aşabilmesi için diğer servislerden istediği danışmanlık hizmetidir. Hekimin kuşkusu varsa mutlaka konsültasyon istemelidir. Konsültasyon istenen hekimin çok basit bir olgu bile olsa hastayı görmesi gerekir. Bundan sonraki davranış biçimi konsültan doktora aittir. **Acil servis hekimi hastasına hangi servisten ve saat kaçta konsültasyon istediğini hasta dosyasına kaydetmeli** aynı şekilde konsültasyona gelen hekimde geliş saatini dosyaya yazmalıdır.

Konsültasyon uzman hekim düzeyinde verilen bir hizmettir. Konsültasyon- da asistanın hatalı yaklaşımı ile hastanın kaybedilmesi ondan sorumlu uzmanın kusuru olarak kabul edilir.

Konsültasyon kesinlikle sözel bazda kalmamalı ve yazıya dökülmelidir. Yatması gereken bir hasta yer yokluğu, teknik olanaksızlıklar vb. gibi nedenlerle yatırılmıyorsa bu durum mutlaka yazılı olarak gerekçesi ile bildirilmeli ve imzalanmalıdır. **Yapılan bir diğer hata ise konsültasyonu asistanların yapmasıdır.** Konsültasyon uzman hekim düzeyinde verilen bir hizmettir. Konsültasyonda asistanın hatalı yaklaşımı ile hastanın kaybedilmesi ondan sorumlu uzmanın kusuru olarak kabul edilir.

7- Geçici raporu yazacak olan hekim röntgen, laboratuvar sonuçlarını ve konsültasyonu bekledikten sonra raporunu yazabilir. Pratik uygulamalarda hekim hemen geçici rapor yazması için kolluk tarafından uyarılır ancak hastanın durumu anlaşılana kadar rapor bekletilebilir.

8- Hasta acil servisten izinsiz ayrılabilir. Hekim hastaya gitmemesi için telkinde bulunabilir ancak yaşam tehlikesi olan bir hasta bile olsa zorla alıkoymaz. Bu durumun mutlaka bir tutanakla belgelenmesi ve resmi kanaldan

ilgili kurumun amirine haber verilmesi gerekir. Eğer bu adli olguysa hastahane polisine konu hakkında bilgi verilir.

Hasta hastahanedeki kendi isteği ile de ayrılabilir. Bu nedenle hastaya doğabilecek olası sonuçların anlatıldığına ve kendi isteği ile gitmek istediğine ilişkin bir kayıt imzalatılır. Hasta önerilen tedaviyi reddediyorsa bu durumda yazılı olarak belgelenmelidir. Her olgunun ileride adli olguya dönüşebileceği göz ardı edilmemelidir.

9- Geçici rapor yazmak hastayı izleyen, ilk gören doktorun görevidir. Bunun dışında kalan her türlü adli rapor ya da bilirkişilik istemi yalnızca mahkemeler ve Cumhuriyet Savcılıkları tarafından yapılabilir.

10- Adli olguların kaydedilmesi, adli olgu dosyası çıkartılması ve olanaklı ise adli arşivde saklanması gerekir. Bu dosyalarda aynı şekilde mahkeme ve savcılıklarca ve resmi yazı ile istenebilir. Bunun dışında hiç kimseye kimlik karşılığı bile olsa dosya, rapor, grafi vermek doğru değildir.

Tanınız Nedir'in Yanıtları



Olgu 1'nin Yanıtı:

Hastanın EKG'sinde belirgin U dalgaları ile birlikte alçak ve geniş T dalgaları izlenmekte, bu kuvvetle hipokalemiyi düşündürmektedir.

Hipokaleminin tipik EKG özellikleri, düşük T dalgası amplitüdü, belirgin U dalgaları, PR uzaması, sol ventrikül derivasyonlarında ST segment depresyonudur. Belirgin U dalgaları, hipokalemi için tanı koydurucu değildir ve tip I antiaritmik kullanımında, akut ya da kronik iskemik kalp hastalığında, uzun QT sendromlarında da izlenebilir. Bununla birlikte amplitüdü T dalgasını geçen geniş U dalgaları, bu hastanın EKG'sinde de izlendiği gibi (oklar), kuvvetle hipokalemiyi düşündürür.

Hatta bir kaynağa göre, T dalgasından büyük U dalgası, genellikle potasyumun 2.7mEq/L den düşük olduğunu gösterir. Hipokaleminin en sık nedeni diüretik tedavidir. Bu hastadaki potasyum düzeyi 2.2 mEq/L gelmiş ve arttırılmış furosemid dozuna, potasyumun intraselüler yer değiştirmesine neden olan albuterol kullanımına ve ishale bağlanmıştır.

Klinik olarak belirtilerin ortaya çıkışı, serum potasyumundaki düşmeye paraleldir. Altta yatan kardiyak hastalığı olmayan hastalarda, 3.0 mEq/L nin altındaki düzeylerde bile aritmi izlenmesi seyrek. Ancak kardiyak hastalığı olanlarda hafif-orta dereceli hipokalemi bile kardiyak aritmi riskini artırır. Hipokaleminin, sodyum alımı kısıtlanmadığında, böbrek sodyum tutulumunu arttırarak, kan basıncında artmaya neden olabileceği unutulmamalıdır.

Olgu 2'nin Yanıtı:

Digitalis Toksisitesi:

Altta yatan ritim AF olmasına rağmen, irregüler ventrikül geçişi, A-V tam blok oluşturan digitalis toksisitesi nedeniyle izlenemiyor. AF'si olan hastalarda izlenen regüler ritimler digitalis toksisitesi düşündürmelidir. Bu EKG de ikincil bir odak, bir escape ritim ile yanıt vermiştir. Bu hasta, ishale bağlı aşırı dehidratasyona ikincil digoxin birikimine neden olan bir renal yetmezliğe girmiştir.

Kaynaklar

- 1- Gennari FJ. Hypokalemia NEJM 1998; 339: 451-458
- 2- Gentry, BC, et. al. American Family Physician 1999; 2581
- 3- Kasotr JA, et. al. Recognition of digitalis intoxication in the presence of atrial fibrillation Ann Int Med 1967; 67: 1045-1054
- 4- Schulman M, Narins RG. Hypokalemia and cardiovascular disease. Am J Cardiol 1990;65:4E-9E.
- 5- Wagner: Marriott's Practical Electrocardiography, 9th. Ed. Williams & Wilkins, 1994

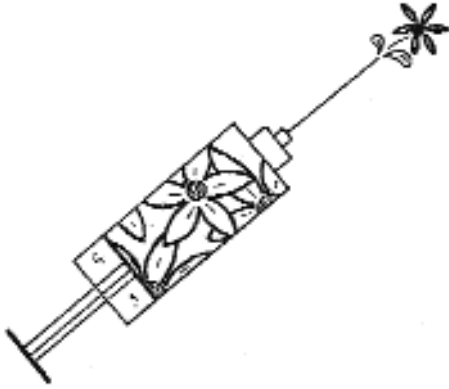
Bu ayki **Günlüğünden** sayfalarında, Hacettepe Üniversitesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı'ndan **Dr. Melih Elçin**'in "**Yüreğimin Mavisi**" adlı kitabından "**Bir Nöbet Akşamı**" isimli öyküsüne yer veriyoruz.



...Onarmaya çalıştıkça kökten yıkılıyordu tüm bağları. Bir süre ayrı kaldılar. Bir şeyler düzeler gibi oldu. Yeniden denediler. Yine olmadı...

Telefonu hızla kapattı. Daha fazla konuşacak bir şey kalmamıştı. Evet. Bitmeliydi. Bitecekti. Belki de çoktan bitmişti. Sevmişlerdi oysa. Yüreklarına düşen ateş dayanılır gibi değildi. Birlikte olmak istiyorlardı. O andan itibaren. Sonsuza dek. Sevgileri öylesine güçlü idi ki olumsuz hiçbir şeye yer yoktu yaşamlarında. Güzel günlerdi. Çok güzel. Mesleğe uzak olmasına karşın, paylaşmak istiyordu eşi, her anını. Her sevincini. Her sıkıntısını. Zaman kallesçe vurdu onları. Geçen günler, haftalar, aylar hep bir şeyler eksiltti paylaşıldan. Her sabah uyandığında biraz daha uzakta buldu sevdiğini. Gülen gözleri göremez oldu. Tatlı sözleri duyamaz oldu. Yüreği yitirdi sıcaklığını. Duyumsuz oldu sevgiyi içinde. Köreldi. Kurudu. Mesleği sorun olmaya başladı. Nöbetleri sorun oldu. İlgisizlikle, sevmemekle suçlandı. En çok anlayış beklediği anda saldırıyla karşılaştı. Onarmaya çalıştıkça kökten yıkılıyordu tüm bağları. Bir süre ayrı kaldılar. Bir şeyler düzeler gibi oldu. Yeniden denediler. Yine olmadı. Tartışmalar şiddetlendi. İyice çıkmaza girdiler. Bugün yine yapılamayanların faturası mesleğine ve nöbetlerine çıkarılıyordu.

Bardak çoktan taşmıştı ve telefon son kez, bir daha açılmamak üzere kapandı. Kulağında artık duymamak istediği eşinin sesi. Nöbet odasının loş duvarlarında ulaştı uzaklara. Yıllar öncesine. İlkler canlandı, gölgelerde şekil bularak. İlk tanıştıkları gün, ilk elele yürüdükleri deniz kıyısı, ilk güzel sözler...



Çizim: **Nezih Elçin**

Kapıyı hızla çalan hizmetli, bir anda çekip çıkardı onu dünyaya. Yaşanılmayı bekleyen geceye. Acil hasta gelmişti. Unutmaya çalıştı son birkaç dakikayı. Son birkaç günü. Son birkaç ayı. Gözlerindeki nemi sildi eliyle.

Askıdaki beyaz önlüğünü giydi. Alışılmış tavrı içinde. Artık hekim olmuştu. Görevinin başındaydı. Koridoru tüketti hızlı adımlarla. Paravanın ardında ağlayan bebeği duydu köseyi dönerken. Pembe kundağı içinde birkaç aylık bir bebek. Yanında korku içinde genç bir anne. Bir adım ötesinde telaşlı bir baba. Çaresizliği gördü gözlerinde. Ellerinde taşıdıkları minik canın sıkıntılarına çözüm olamamanın çaresizliğini. Tek çıkışlarının karşılarında duran beyaz önlüklüde olduğunun sessiz haykırışını. Bebeğe bir baktı. Kundağı açıp dokundu. Alev alev yanan küçük bedene. Kısa sorular sordu. Tek tek kelimeler döküldü annenin ağzından. Baba tamamladı eksikleri. Ve tüm öykü oluştu geçen geceye dair. Bebek akşamüzeri kısa süreli bir banyo yapmış sonra babaanneyi ziyarete gitmişti. Tertemiz. Misler gibi. Herkes mutlu olmuştu. Bu küçüğün sevgisi çevresinde kenetlenmişti tüm aile.

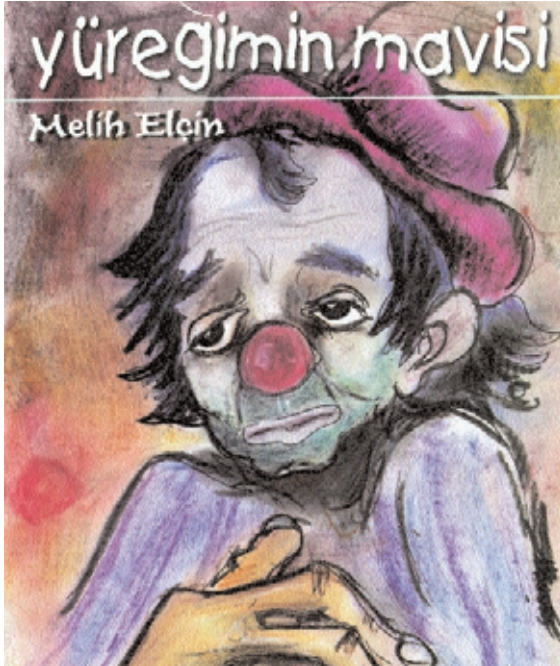
Ancak ertesi sabah huzursuzluklar başlamıştı. Daha az uyumuştun gün boyu. Daha az emmişti. Daha az gülümsemiş, daha çok ağlamıştı. Biraz sıcak gelmişti annesine, öğle uykusundan uyandığında, ilk kez. İş dönüşü babası kucaklayıp, süt kokan yanağından öptüğünde kabusun başlangıcıydı. Bebeğin ateşi vardı. Her dakika artıyordu sıcaklık. Ne yapabilirlerdi? Büyüklerine telefon edip sormuşlardı. Bütün söylenenleri yapmışlardı. Ama boşuna. Ateş yükseldikçe yükseliyordu. Korku paniğe dönüştüğünde hastaneye sığınmışlardı. Tek umutları, son umutlarıydı koca bina. Kollarını açmış bekliyordu onları, yaşlanmış şefkatli dev. Bebeğin giysilerini çıkardılar saniyeler içinde. Yapılması gerekenleri sıraladı dakikaya ulaşırken. Hemşireler ilk girişimleri ve ölçümleri tamamladı. Ve o an geldi. En can alıcı an. Hastadan başını kaldırıp yakınlarına o, herşeyin yolunda olduğunu anlatan, bakışı

...Fincanda kalan kahveden birkaç yudum aldı. Soğumuştur...

sunma anı. Dili ne söylerse söylesin bakışları kilitlenirdi bakışlarına. İlk baktığı anda, bebeğin güvende olduğunu aktarabilirse telaşla çırpınan yüreklere, sona ererdi korkulu dakikalar. Ve kaygının uzaklaştığı yerde inanç yeşerirdi. Bunu gerçekleştirdiğinde gece çok daha kolay ilerleyecekti. Hafif bir tebessümle döndü. Gözlerindeki ışıltıyı hissedebiliyordu.

Konuşmadı. Gerek de kalmamıştı. Baba ellerini tuttu annenin. Anne yorgunluğu hissetti ayaklarında. Bugün, ilk kez. Koridordaki koltuklara oturdular. Huzurluydular. Rahattılar.

Başarmıştı. Bir kez daha. Sonra tekrar hastasına, minik bebeğe döndü. Şimdi içi çok daha rahat. Kafası daha dingin. Yapılanları denetledi. Çeyrek saat sonra bebeğin ateşi hızını kesti. Durdu. Ve normale döndü. Koridorlarda çınlayan ağlama hıçkırıklara dönüştü. Azaldı. Kesildi. Yorgun minik beden uykuya dalıyordu. Bu gece konuğu olacaktı beyaz önlüklülerin. Anne ve babaya enfeksiyonu açıkladı. Yapmaları gerekenleri. Sonra imzalayıp kağıtlarını, servise gönderdi onları. Anne sedyeye eşlik ederken, baba geri kaldı. Yaklaştı. Elini uzattı. Güven dolu, dostça sıktı. Konuşmadı. O an yaşadıklarına, yüreğinde duyduklarına yetmeyecekti sözcükler. İstemedi sözcüklerle bu anı yaralamayı. Konuşmadı. Ama çok daha iyi anlatmıştı duygularını. Sonra yetişti bebeğine. Asansörün kapısı kapandığında her şey bitmişti ya da hiçbir şey olmamıştı.



Kapak Resmi: Çağrı Kalaça
Tasarım: Sinan Solmaz

Odasına döndü. Önlüğünü çıkarıp astı. Lavaboda ellerini yıkadı. Aynadaki kendisi ile karşılaşınca durdu. O bakışını görmek istedi. Ama boşuna. O bakış bir maske değil, yüreğinin yansıması idi. Yaşanmış ve bitmişti. Bu düşünce ferahlattı içini. Daha mutlu kıldı onu. İçeri geçti. Kahve makinasını çalıştırdı. Sıcak bir fincan kahveyle paylaştı yorgunluğunu. Yatağa uzandı. Gece hayli ilerlemişti. Hastanenin belki de şehrin en sessiz saatleri hüküm sürmekteydi. Sakin bir gece olmasını diledi. Hem kendisi için hem de hastalanmayanlar için.

Kahvenin dumanında falına bakmaya başladı. Yükselen dumanda gördü ayrılan yolları. Yol ayrımında iki damla gözyaşı vardı. Yollar tavana dek ulaştı. Duvara çarpıp birleşti yeniden. Bir kuş yükselmeye başladı derken. Bir yudum daha aldı kahvesinden. Telefon çaldı kısa kısa. Hemşire yeni bir hasta için çağırıyordu. Önlüğünü giyip çıktığında yeni günün ilk saatleriydi. Odaya tekrar döndüğünde alnında ter damlaları birikmişti. Yüzünü yıkarken kızarmış gözlerini gördü. Fincanda kalan kahveden birkaç yudum aldı. Soğumuştur. Yatağa uzandı. Üzerine battaniyeyi çekti. İyi geceler diledi kendine. İyi rüyalar. Gözleri kapandı usulca. Kulakları kapıda. Her an hazır uyanmaya.

Sabah yeni oluyordu ki odanın kapısı çalındı hafifçe. Aralanan kapıdan bir demet kır çiçeği, baharı taşıdı odaya. Ardından 302'de yatan Ceyda uzattı kafasını gülümsemeyle dolu.

"Sabah bahçeye inip topladım. Sizin için. Dışarıda hava çok güzel, inanın."

Bir nöbet gecesinin ardından kendini tatlı bir rüyada sandı. Altı zorlu yıl, okul sonrası sınavlar, bir türlü karşılanamayan beklentiler, günlerini paylaştığı çare arayan hasta yığınları.

Bazen yalnızca kendisiyle paylaşabileceği hastasını iyileştirebilmenin mutluluğu. Bazen tatlı bir gülüş, belki hoş bir teşekkür.

Gidip yüzünü yıkadı. Saçlarını taradı. Gecedeki kalan kahve fincanını temizleyip çiçekleri ıslattı.

"Demek bugün bizi terk ediyorsun, Ceyda. İstersen son kez hastaları beraber dolaşalım. Hem sen de vedalaşmış olursun."

Küçük dostunun elinden tutup koridora çıktı. Vizit saati gelmişti.

Muğla, 1995 - Ankara, 1999



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

Olay:

Sağlık Ocağı doktoru M.B. bir rahatsızlığı dolayısıyla bir doktora başvurur. Uzman doktor M.B.'nin doktor olduğunu bildiği halde normal muayene ücretini alır.

Deontolojiye göre, bir hekim diğer hekimden ve hekimin birinci derece akrabalarından muayene ücreti almamalıdır. Bu, deontoloji kitaplarında yazan ve tıp fakültelerinde okutulan birkaç estetik sözden mi ibarettir yoksa olayın yasal bir yönü var mıdır?

Bu duruma bir açıklık kazandırırsanız teşekkür ederiz.

Sağlık Ocağı Doktoru M.B.

Ne Yapmalı?

Tıbbi etik, ahlak felsefesi anlamına gelir. Etik, ahlaksal alanın özünü ve temellerini araştıran bir bilimdir. Yani insanın kişisel ve toplumsal yaşamındaki ahlaksal davranışları ile ilgili sorunları ele alıp inceleyen felsefe dalıdır.

Yukarıdaki tanıma göre hekimler, görevlerini yerine getirirken toplumsal yaşamlarındaki ahlaksal davranışları göz önüne almalıdır.

Ayrıca Türk Tabipleri Birliği Yasası'na ilişkin olarak çıkartılan Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nin 32. maddesinde de; tabiplerin kendi meslektaşları ve bunların bakmakla yükümlü oldukları birinci derece yakınlarının muayene ve tedavileri için ücret almamasının uygun olacağı bildirilmiştir.

Yine aynı Nizamname'nin 37. maddesinde; tabiplerin kendi aralarında manevi bakımdan birbirine yardımcı olmaları gerektiği vurgulanmaktadır.

Buna göre sağlık ocağı doktoru M.B'den başka bir doktor tarafından muayene edilmesi sonucunda ücret alınması bu Nizamname'ye göre uygundur.

Ancak, ülkemizdeki tıp eğitiminin boyutu herkes tarafından çok iyi bilinmekte ve bu eğitim sırasında deontolojiye verilen önem çok yetersizdir. Bu nedenle hekimler, mezun olduklarında meslektaş kavramından oldukça uzak bir yaklaşımla herkesi para kazanma aracı olarak görmektedir. Herkes kavramının içine hekimler de dahil edilmektedir. Hekimlerin birbirine saygısız azalmakta ve zamanla tamamen ortadan kalkmaktadır.

Dr. M.B.'nin belirttiği gibi deontoloji kavramı, kitaplarda birkaç süslü cümleden ibaret hale gelmiştir. Ancak, bu durumdan sorumlu olan tek grup vardır, bu da hekimler yani bizleriz.

Unutulmamalıdır ki deontolojiyi uygulamak, aksaklıkları düzeltmek bizlere yani hekimlere düşmektedir. Hepimiz bu konulara kulak tıkayıp, bildiğimizi yapma yerine sorumluluk ve görevlerimizi bilirse kimi çirkinlikleri birlikte değiştirebiliriz.

Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi

Karar No: 4/12578 Tarihi: 13.01.1960

Madde 1: Tabip ve dış tabiplerinin, deontoloji bakımından riayetle mükellef oldukları kaide ve esaslar bu Nizamname'de gösterilmiştir.

6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanunu'nun 7. Maddesi mücibinde tabip odalarına kayıtlı bulunan tabip ve dış tabipleri, bu Nizamname hükümlerine tabidirler.

Madde 32: Tabip ve dış tabibinin, kendi meslektaşları ile bunların bakmakla mükellef oldukları usul ve furuunun ve karı ya da kocalarının muayene ve tedavileri için ücret almaması uygundur. Bu hallerde, zaruri masrafları isteyebilir.

Madde 37: Tabip ve dış tabipleri, kendi aralarında iyi meslektaşlık münasebetlerini idame ettirmeli ve manevi bakımdan birbirine yardım etmelidirler.

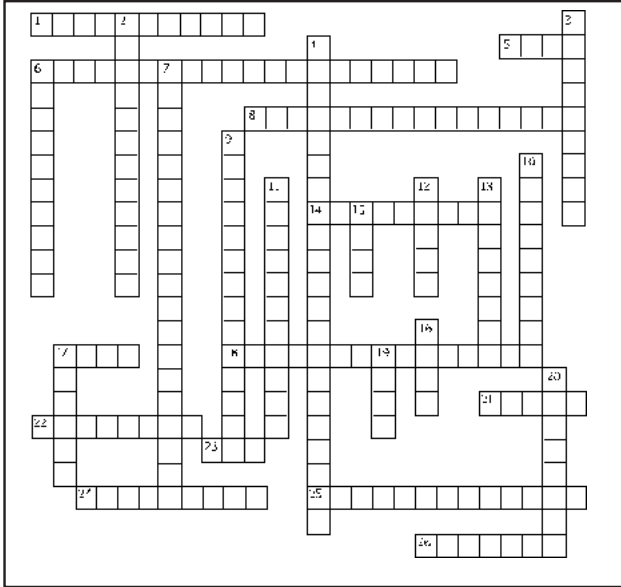
*Uzm.; S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği

** SSK Bolu Hastanesi

*** İsmi Açıklanmasını İstemeyen Bir Hekim



Bulmacamızda yer alan soruları bu sayımızdaki yazılardan seçtik. Doğru olarak yanıtlayıp **30 Eylül 2001** tarihine dek bize gönderen okuyucularımıza **2 TTB-STE Kredi Puanı** veriyoruz. Ayrıca 5 kişiye Nobel Tıp Kitapevleri'nden Dietrich v. Engelhart'ın "Tıbbın Gündelik Yaşamında Etik" adlı kitabı armağan edeceğiz. Bulmacanın çözümünü Ekim 2001 sayımızda yayınlayacağız.



1- Burnu kapalı ayakkabı kullanan çocuklarda gelişme olasılığı daha yüksek olan ortopedik sorun, 2- Creutzfeld Jacop Hastalığı'ndan ölenlerin otopsilerinde saptanan bulgulardan biri, 3- Tıp fakültesinden mezun olmakla hekimlerin kazandıkları yasal statülerden biri, 4- Şişman kişilerde intraperitoneal yağ dokusunun fazlalığı nedeniyle akut apendisit tanısında ultrasonografiye göre daha iyi tanı olanağı sağlayan görüntüleme yöntemi, 5- Bir kişinin yaşamı boyunca akut apendisit geçirme olasılığı (%), 6- (SS) EKG'sinde atrial fibrilasyon ve regüler ritm hastalarda düşünülmesi gereken tanılardan biri, 6- (YA) Bebeği örselenme riski taşıyan aile ile karşılaşan hekimin yapabileceği, çözüme katkı sağlayıcı kolay bir yardım yolu, 7- Sıklıkla fekalitler nedeniyle oluşan ve akut apandisit patogenezinde değişmez yeri olan durum, 8- Reddetme, sevgisiz bırakma, eleştirme, aşağılama, suçlama, tehdit, yüksek beklentiler yoluyla çocuklarla uygulanan ruh sağlığını bozucu davranışlar, 9- Anaflaksiye bağlı

bronkospazm ve döküntünün tedavisinde etkili bir ilaç grubu, 10- Hipokalemi tipik EKG bulgularından biri, 11- Akut apandisitte inflamasyon ve parolitik ileusa ikincil ortaya çıkan ve direkt grafi ile saptanan bulgu, 12- Bilgisayara sıklıkla Word, Excel gibi programlar ile bulaşan virüs türü, 13- İstismara uğrayan çocuklarda yaralanmaların sık görüldüğü bölgelerden biri, 14- Bilgisayar sisteminin virüslerden zarar görmesini engellemek için düzenli aralıklarla yapılması gereken işlemlerden biri, 15- Bir müessir fiil türü, 16- Akut apendisit belirti ve bulgularını 1886 yılında ilk olarak tanımlayan bilim adamı, 17- (SS) Ahlaksal alanın özünü ve temellerini araştıran bilim, 17- (YA)1992 yılında kurulan Genel Pratisyenlik Eğiticileri Avrupa Akademisi'nin kısa adı, 18- Çocukları istismar ve ihmal yönünden risk altına sokan, ailenin içinde bulunduğu durum, 19- Yeni Gine'de yamyamlık yoluyla bulaşan bir hastalık, 20- Yaz aylarında süt içmek istemeyen çocukların kalsiyum gereksinimlerini karşılamada iyi bir seçenek oluşturan besin, 21- Nükleik asitleri modifiye eden işlemlerle inaktive edilmeyen, hücrel bir proteinin anormal izoformundan oluşan enfeksiyöz partikül, 22- Gebelikte alınması ile bebekte doğumsal kalp hastalığına neden olabilen ilaçlardan biri, 23- Gebeliğinde kızamıçık geçiren annelerin bebeklerinde sık görülen bir anomali (kısaltma), 24- Anaflakside solunum sıkıntısı ve hipotansiyon bulgularının düzeltilmesinde öncelikle kullanılması gereken ilaç, 25- Annede bulunması durumunda bebekte kalp hastalığı riski %25-50 olan metabolik hastalık, 26- Doğumsal kalp hastalığı olan küçük bebeklerde görülen belirtilerden biri.

Nisan 2001 Bulmaca Doğru Yanıtları: 1- NOONANSENDROMU, 2- ZOONOZ, 3- MEDIANKUBİTALVEN, 4- HEPARİN, 5- LANSET, 6- OSGOODSCHLATTER, 7- ENTEZOPATİ, 8- ROMATİZMALATEŞ, 9- DOWNSENDROMU, 10- PİCORNAVİRİDAE, 11- APHTHAEPİZOOTİCA, 12- ROMATOIDARTRİT, 13- ALTI, 14- RADYASYON, 15- TOKSOPLAZMOSİS, 16- ERİTEMAMARGİNATUM, 17- ORTAM, 18- LAKTASYONAMENORESİ, 19- PREANALİTİK, 20- BRONŞEKTAZİ, 21- FENİLALANİN, 22- RUBELLA, 23- PASTÖRİZASYON, 24- REAKTİFARTRİT, 25- KARANTİNA.



7 Nolu AÇS/AP Merkezi İzmir Dr. Pervin Uslu Tek

Sağlık hizmetleri içinde düzenli etkin ve zamanında ölüm bildirimine olanak veren bir ölüm bildiri sistemi olmaması nedeniyle güvenilir bir veri elde etmek olanaklı değildir.

7 Nolu AÇS/AP merkezi 1978 yılında Sayın Abidin Dilman tarafından küçük bir dispanser olarak yaptırılmıştır, binanın ve aracın kullanma hakkı 99 yıllığına Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. 01.01.2000 tarihinde bölge tabanlı hizmete geçildiği için binanın fiziksel koşullarında yenilenmeye gidilmiştir.

Altındağ 7 Nolu AÇS/AP merkezinde Aralık 1999'da 3 uzman hekim, 4 pratisyen hekim, 1 diş hekimi, 4 hemşire, 4 ebe, 1 memur olmak üzere toplam 17 personel çalışmaktadır.

1999 Yılı yıl ortası nüfusu 20.050 kişidir. 1999 yılında, yıllık doğal nüfus artışı % 15'dir. TNSA 1998 ön rapor sonuçlarına göre Türkiye doğal nüfus artış hızı % 14.7 ile Altındağ ortalamasının altındadır.

Hekim başına düşen ortalama nüfus	5.013
Diş hekimi başına düşen ortalama nüfus	20.050
Ebe, hemşire başına düşen ortalama nüfus	4.010

7 Nolu AÇS/AP bölgesinde 1999 yılı, kaba doğum hızı % 15.9, genel doğurganlık hızı % 1.6'dır. Bölgenin 1999 yılı kaba ölüm hızı % 0.5 olarak gerçekleşmiştir.

1999 yılı içinde bölgede anne ölümü olmamıştır. Bebek ölüm hızı % 21.8 olarak gerçekleşmiştir.

1999 yılında kurumumuza toplam 10.423 hasta başvurmuştur. Bu hastaların 496'sı sevk edilmiştir. 1999 yılında nüfus başına düşen muayene sayısı % 0.5'e, hasta sevk oranı % 4.7 olarak gerçekleştirilmiştir.



İzmir İli 1998 yılı başvuru başına laboratuvar % 7 olarak gerçekleşmiştir. Kurumumuzun oranı ise İzmir İli ortalamasının 7 katıdır. Bu oranın yüksek olmasının nedeni, kurumumuzda dokuz ayını dolduran her bebeğin düzenli olarak Hb, Htc ölçümleri yapılmakta, her gebenin aylık Hb, Htc tam idrar incelemelerinin yapılmasıdır.

Hastalık kayıtlarının güvenilir olabilmesi için kurumumuzda bilgisayar alt yapısını oluşturmaya başlamış bulunmaktayız.

15-49 yaş kadınların her ay ortalama % 16.7'sinin izlenmesi gerekmektedir. Bizim bölgemizde 1999 yılında 15-49 yaş kadınlarının her ay ortalama % 17.5'i izlenmiştir.

1999 yılında 7 Nolu AÇS-AP bölgesinde toplam 320 canlı doğum olmuştur. Canlı doğum başına ortalama 6.2 kez işlem yapılmıştır

1999 yılında 7 Nolu AÇS/AP bölgesinde 15-49 yaş kadınların % 51.4'ü etkili yöntem % 27.3'ü etkisiz yöntem kullanmaktadır. 15-49 yaş kadınların % 18.4'ü yöntem kullanmamakta ve 2.9'u gebe ve emzikli kadın oluşturmaktadır. **Herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanan kadın oranı ise % 78.7'i olarak gerçekleşmiştir.**

1999 yılı 7 Nolu AÇS/AP bölgesinde 2.750 bebek izlemi yapılmıştır. Bebek başına düşen ortalama yıllık izlem sayısı 8.7 olarak gerçekleşmiştir.

FKÜ kan örneği sayısı değerlendirildiğinde canlı doğumların % 80.3'ünden kan örneği alındığı görülmektedir.

Tüm lise
birinci sınıf
öğrencilerine
eğitim
sorumlusu
hekimlerin
yürüttüğü bir
programla
AIDS ve
madde
bağımlılığı
konuları
aktarılmıştır.

1999 yılında 7 Nolu AÇS/AP bölgesinde 3.428 çocuk izlemi yapılmıştır. Çocuk başına düşen ortalama işlem sayısı 2.7 olarak gerçekleştirilmiştir.

7 Nolu AÇS/AP bölgesi 1999 yılı yıllık hedef 0-11 aylık bebek sayısı 335, aylık hedef nüfusu ise 28'dir. Bu hedef nüfusun DBT, Polio 1'de % 105.4'üne, DBT 2, Polio 2'de %99'una DBT 3, Polio3 %97.3'üne kızamıkta % 105.4'üne ve BCG'de % 105.4'üne ulaşılmaktadır.

1999 yılında gebe tetanoz 1 oranı % 72, gebe tetanoz 2 oranı % 69 olarak gerçekleştirilmiştir.

7 Nolu AÇS/AP bölgesinde bulunan 5.428 evin % 13'ü damacana, % 87'si şebeke suyu içmektedir. Bu suların belirli aralıklarla bakteriyolojik incelemeleri yapılmaktadır.

7 Nolu AÇS/AP bölgesinde 5.428 evin tümünün tuvaletleri kanalizasyona bağlıdır.

1999 yılında Altındağ Bölgesi'nde bulunan tüm lise birinci sınıf öğrencilerine eğitim sorumlusu hekimlerin yürüttüğü bir programla AIDS ve madde bağımlılığı konuları

aktarılmıştır. Yaz aylarında ise ishal ve bulaşıcı hastalıklar konusunda eğitim çalışmaları sürdürmektedir.

Bunun yanı sıra sahaya çıkan ebe, hemşirelerimiz de gebe ve bebek bakımı yanı sıra aşılanmanın önemi hakkında anneleri bilgilendirilmiş, aşılanmayan çocukların aşılanması sağlanmıştır. Hizmetiçi eğitim aşamasında ayda iki kez kurum içi eğitim yapılmaktadır.

Kurumun hedefi, daha yaygın nüfusa daha nitelikli sağlık hizmeti vermektir.

Bölgemizde izlemsiz bebek ve çocuğun olmaması aşularının tam ve zamanında yapılması, tüm aşı oranlarının % 100'e yakın duruma getirilmesi ise bağışıklama hedeflerimiz arasındadır.

15-49 yaş kadın izleminin zamanında yapılmasının, korunmak isteyen bireylere eğitim vererek etkin yöntemle korunma oranını daha yükseltmek ve kişilerin istedikleri zamanda sağlıklı gebelik süreci geçirdikten sonra yine sağlıklı bebek doğurmalarını sağlamak hedeflerimiz arasında yer almaktadır.

Bizce



İzmir İli'nde özveri ile çalışan, yaptığı çalışmaları ülke geneli ile karşılaştırarak yorumlayan ve bu şekilde hedeflerini belirleyebilen 7 Nolu AÇS-AP merkezi sağlık çalışanlarına teşekkür ederiz.

AÇS-AP Merkezi'nin çalışmalarına baktığımızda, ülkemizdeki genel durumu ortaya koyan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması verilerine göre iyi durumda olduklarını görüyoruz. Doğumların hepsi hastanede gerçekleşiyor, gebeliklerin biri dışında hepsi canlı doğumla sonuçlanıyor, kaba doğum hızı, kaba ölüm hızı gibi sağlık göstergeleri ülke geneline göre daha düşük.

Sevk oranı %4.7, bebek izlem sayısı 8.7, çocuk izlem sayısı 2.7 ile Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen hedeflere yakın, hatta üzerindedir. **Bu da sağlık çalışanlarının özenli çalıştıklarını, alana inmenin gerekliliğini kavradıklarını göstermektedir.**

Etkili aile planlaması yöntemi kullananların oranı % 21.4 ile ülke genelinden yüksektir.

Ancak, bölgede hala % 18.4 ile aile planlaması yöntemi kullanmayanların olması düşündürücüdür. Bu konuda oranı daha da aşağılara çekme yollarının araştırılması uygun olacaktır.

Merkezde gerek sağlık çalışanlarına yönelik, gerekse topluma yönelik eğitimlerin verildiği görülmektedir. Sunulan hizmetin başarıya ulaşmasında eğitimin rolü hiçbir zaman unutulmadan bu çalışmanın sürekliliği sağlanmalıdır.

Ancak, bebek ölüm hızının % 21.8 olması ve eğer bu oran gerçekse yapılan tüm çalışmaları olumsuz kılmaktadır. Bizler bu değerlerin yazım kusuru olduğunu düşünmekteyiz.

Başarılı hizmetler sunan 7 Nolu AÇS-AP merkezi çalışanlarının bu çalışmaları daha ayrıntılı olarak diğer sağlık kurumu çalışanları ile paylaşımları ülkemiz sağlık hizmetlerinin daha iyiye gitmesine katkıda bulunacaktır.

Bilimsel ve dostça kalın.



Dr. Murat Sincan*

Bu ay konumuz bilgisayar virüsleri, gelecek ay ise sağlık bilgi sistemlerinde güvenlik, gizlilik ve mahremiyet konusunu daha geniş bir bakış açısıyla incelemeye çalışacağız.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin temeli koruyucu hekimlik uygulamalarıdır. Her gün hastalıkların oluşmasını nasıl önleriz diye çalışırken en yakın yardımcılarımızdan bilgisayarlarımızın sağlığını korumaya ne kadar özen gösteriyoruz hiç düşündünüz mü?

Bu ay konumuz bilgisayar virüsleri, gelecek ay ise sağlık bilgi sistemlerinde güvenlik, gizlilik ve mahremiyet konusunu daha geniş bir bakış açısıyla incelemeye çalışacağız. Virüs sözcüğünü duyunca aklımıza hemen hastalıklara yol açan mikroorganizmalar gelse de doğal virüslerin davranışlarına benzerliklerinden dolayı bu ismi alan bu zararlı bilgisayar programları konusunda o kadar da dikkatli olmayabiliyoruz. Bunun bedelini oldukça ağır ödeyenlerimizin sayısı hiç de az değil.

Virüsler bilgisayarlar olduğu sürece var olacaklar, teknoloji ne kadar ilerlese ilerlesin bilgisayarları etkilemeyi sürdürecekler. Bu durumda en azından nasıl korunacağımızı iyi bilmek virüsleri bizden uzak tutmaya yardım edecektir. Bu yazıda virüslerden korunmak kadar bir virüs saldırısına uğradığınızda neler yapmanız gerektiğini incelemeye çalışacağım.

Virüsler Nedir?

Virüsler kendilerini diğer programlara, gerek eklenerek gerek üzerine yazarak yamayan ve PC kullanıcısının bilgisi olmadan çoğalan ufak program parçalarıdır. Virüslerin bir çoğu aslında zararsızdır, yalnızca sistemde yer kaplarlar. Ancak bazı virüsler bilgisayarınızda kayıtlı tüm dosyaları silebilecek kadar zararlıdır.

Yeni ortaya çıkan Worm kavramı ise internet üzerinde dolaşarak güvenlik açığı olan bilgisayarlara yerleşen ve oradanda başka makinelere bulaşmak üzere yeniden harekete geçen ve daha önceden belirlenen biçimde belli tarihlerde ya da belli sayıda makineye bulaştıktan sonra asıl zararı vermek üzere çalışan programcılardır. Wormlar virüslerden farklı olarak bilgisayarlara e-posta ya da disket yoluyla değil internet bağlantısını kullanarak kendiliğinden bulaşabilirler. İyi haber ise kişisel bilgisayarların genellikle Worm saldırılarına karşı daha güvende olduğudur.

Virüsler Nasıl Çalışır?

Dosya virüsleri kendilerini çalıştırılabilir bir

başka dosyanın arkasına eklerler. Genelde bu tür virüsler data dosyalarına bulaşmazlar (örn. resim, müzik dosyaları). Boot sektör virüsleri olarak bilinen virüsler ise her dosya formatlı diskin ilk bölümü olan "Boot Sector" de bulunan programı etkiler. Bu virüsler bilgisayar ilk açılırken belleğe yüklenir ve daha sonra açılan her dosyaya ve yazılan her diskete bulaşarak yayılmayı sürdürürler. Ayrıca kendini gizleyebilen "stealth virüsleri", kendini değiştiren "polymorphic virus"ler, başka dosyalar yardımıyla yayılan "Companion" virüsleri gibi çok farklı çeşitte virüs vardır.

Sisteminize bir virüs bulaşmadan gerekli tüm önlemleri almalısınız. Genelde alınması gereken önlemler basit ve insan etmeni ile ilgilidir.

Düzenli olarak yedek alın! (sisteminizde sizin için önemli olan tüm dosyaların en geç haftada bir kez düzenli olarak yedeklerini alarak güvenli bir ortamda kopyalayarak saklayın).

Temiz bir açılış disketi oluşturun. Bu disketi üzerindeki minik kulakçık yoluyla yazma korumalı hale getirin.

İyi bir antivirüs programı edinin ve düzenli olarak güncelleyin.

Düzenli olarak yedek alın!

Bilgisayarınızda takılı disket bırakmayın, disket sürücüsünde disket takılıyken bilgisayarı açmak özellikle Boot sektör virüslerine davetiye çıkartmak anlamına gelir. Bu konuyla ilgili önemli bir korunma yöntemi Bios'tan bilgisayarınızın açılış sırasını değiştirmektir. Biostan açılış genelde önce disket sürücüsü A: sonra hard disk yani C: sürücüsünden açılmak üzere ayarlanmıştır. Ancak bu sırayı önce C: yani harddisk olacak şekilde değiştirmek sizi unutulmuş disket sorunundan kurtaracaktır.

Kimden geldiğini bilmediğiniz, beklemediğiniz ve ne olduğunu bilmediğiniz bir elektronik posta eklentisini (attachment) açmayın. Özellikle .exe .com .vbs gibi ekleri olan dosyalardan korkun.

Sisteminizi birden fazla kişi kullanıyor ise tüm kullanıcıların bu konuda bilinçlendirilmesini sağlayın.

Unutmayın en iyi antivirüs programları bile %100 koruma sağlamaz.

Düzenli olarak yedek alın!
Eğer bilgisayarınızın Bios virüs koruma olanağı varsa mutlaka aktif hale getirin.
Sisteminize yeni eklenen tüm disketleri öncelikle virüs taramasından geçirin.
Peki ya sisteminizde bir virüs olduğundan kuşkulaniyorsanız neler yapmalısınız?

Ne yazık ki virüs bulaştıktan sonra temizlemenin her zaman etkili bir yolu olmayabilir. Bu nedenle yukarıdaki korunma yöntemlerini bir kez daha okumakta ve önlemimizi almakta büyük yarar var.

Panik yapmayın!

Herhangi bir hareket yapmadan önce bir bilene mutlaka danışın.

Virüs bulaşmış sistemde çalışmayın, kimsenin çalışmasına izin vermeyin.

Bu konuda yetkili değilseniz biri yardıma gelene kadar sistemi kapatın. Eğer olanak varsa düğmeden kapatmak yerine tüm uygulamaları ve Windows'u kapatıp sistemden çıkın. Bu tüm önbellek ve tampon belleklerin silinmesini sağlar.

Çalıştığınız ortamdaki diğer tüm bilgisayarları kontrol edin, eğer bulaşma varsa hepsine bu işlemleri uygulayın.

Temiz bilgisayarlara virüslü sistemlere takılmış disketleri takmayın.

Eğer virüslü bilgisayar bir ağa bağlı ise diğer tüm bilgisayarları ağdan çıkartın.

Virüslerle ilgili genelde yanlış bilinen bazı gerçekler ise şöyledir:

Virüsler bilgisayarınıza fiziksel zarar vermezler. Hiç bir virüs bilgisayarınızın sabit diskini yakmaz ve bilgisayarınızı bir daha kullanılamaz hale getiremez.

E-posta ile virüsler yayılırlar ancak sisteminize bulaşmaları için mesajlara eklenmiş olan virüs dosyasını açarak çalıştırmanız gerekir. Kuşkulu mesajları silmek sizi virüslerden gayet etkili bir biçimde korur.

Resim dosyaları ve MP3 dosyaları gibi veri dosyaları ile virüs bulaşmaz. Ancak bazen virüsler kendilerini bir resim dosyası gibi göstermek isterler. Açmadan önce açacağınız dosyanın bir resim dosyası olduğundan emin olmak ve dosyanın adının sonunda .exe ya da .com gibi ekler olmadığından emin olmak gerekir (örn. Murat.jpg.exe ya da sted.gif.vbs gibi). Word, Excel gibi programların dosyaları ile Macro virüsleri bulaşabilir. Dikkatli olmakta yarar var.

CD-ROM'dan bilgisayarınıza virüs bulaşma olasılığı çok düşüktür. CD-ROM'lar doğaları gereği yazma korumalıdır. Hiç bir virüs kendini bir CD-ROM üzerine kopyalayamaz. Ancak CD-ROM'un oluşturulması aşamasında içerisine virüs içeren bir dosya konulmuş ise bu dosyayı çalıştırmanız koşuluyla virüs sisteminize bulaşabilir ki bu normal koşullarda çok zayıf bir olasılıktır. Özellikle orijinal Cd'ler her türlü virüs taramasından geçirilerek oluşturulduğundan bu konuda içiniz oldukça rahat olabilir.

Kitap/TTB-STE Kredi Puanı Kazananlar



Nisan 2001 sayımızdaki Ödüllü Bulmaca'dan kredi puanı kazananlar

1-Yavuz Akın*(Adana), 2-Yaşar Erdoğan(Afyon), 3-Gülay Şal (Aksaray), 4-Sadet Bayrak (Amasya), 5-Melih Karamuk, 6- Ekrem Kutbay, 7-Nurdan Bayram, 8-Aycan Arabacı, 9-Murat Civan (Ankara), 10-Emel Yakarica (Aydın),11-Ş. Öge Damar, 12-Fatma Altıntaş, 13-M. Ali Gördesli, **14-Zeliha Tahmazoğlu***, 15-Naciye Lima (Balıkesir),16- Mustafa Sarışlı (Bingöl), 17-Gamze Ünsal Sağdıç, 18-Bekir Sağdıç (Burdur), 19-Kutsal Altıntaş, 20-Selamet Saraç (Bursa), 21-Cevdet Tunaboşlu,22- Eftal Yıldırım (Çanakkale), **23-Vedat Aslıhak*(Çorum)**, 24- Mehmet Kütük, 25-Seher Balkocaman, 26- M. Faruk Öğmen(Denizli), 27-Gülşen Yener, 28- Şermin Altunel, 29-Mualla Onrat (Eskişehir),30- Ömer Kılınç (Gaziantep), 31- Cevat Aşkar, 32- Metin Değirmenci (Hatay), 33- Adnan Yüce (İskenderun), 34- Fatıma Cengiz, 35- Ali İçke (Isparta), 36-Nermin Demirhan, 37- Canan Evirgen, 38- Emine Sezgi Yıldırım, 39- Serpil Çeçen Zincirkıran, 40-Nilgün Balcı(İstanbul), 41- Sebahattin Kabaoğlu, 42- Cenk Tayanç Ülker, 43- Kübra Gürbüz Balaban, 44-Hasan Zorlu, 45-Aysel Kızıllık (İzmir), 46- Muazzez Aksoy(K. Maraş), 47- Fatih Çolakoğlu, **48-Hacer Oral***, 49- İzzettin Yılmaz, 50- Hatice Çolakoğlu (Kırklareli), 51-Cem Kavanoz (Kocaeli), 52-Seher Yeşilyurt (Kütahya), 53- Celattin Eroğlu (Malatya), 54- Fatma Kaplan (Nevşehir), 55-Hamdullah Turan (Rize), 56- Gülay Boztosun (Sivas),57-Özgür Demirkıran, 58- Fatma Yücel Beyaztaş, 59- Efrumiye Yılmaz, 60- Serdar Gürler, 61-Mehtap Üner (Sivas), 62- Fatma Canki, 63- Mehtap Şen (Tekirdağ), 64- Sebiha Daylak Dağdeviren, 65-Murat Davdeviren, 66- Mehtap Katumar (Tokat), 67- Meltem Seymen, 68- Ayşegül Öztürk, 69- Canan Öksüzoğlu (Trabzon), 70- İlhan Fırat Koparan (Uşak),**71- Mehmet Ömür Alasulu*(Yozgat)**, 72- Mustafa Yücel (Almanya).

Yıldız (*) konulmuş olanlar, TTB tarafından yayınlanan "TTB Öykü Anlatı Yarışmalarından Öyküler" Kitabı'nı kazandılar.



Dr. Erol Armağan, Dr. Şule Akköse, Dr. Zülfü Engindeniz

Anafilaksi

Tedaviye havayolu, solunum, dolaşımın kontrolü, kardiyak monitörizasyon, O₂ ve geniş bir damar yolundan kristaloid sıvı verilmesi ile başlanmalıdır. Sistemik bulgu ve belirtileri olan hastalarda havayolu hızla değerlendirilmeli ve açıklığı sağlanmalıdır. Havayolu anatomisi ödem nedeniyle değişmiş olabileceğinden alternatif havayolu metodları hazır bulundurulmalıdır. **Adrenalin havayolu darlığını hızla düzeltebilir ve entübasyon yapılamayan durumlarda ambu ile ventilasyona olanak sağlayabilir.**

Anafilaksidedeki hipotansiyon, genellikle vazodilatasyon ve kapiler sıvı sızıntısına bağlıdır. Bu bulguların tedavisinde adrenalin birincil farmakolojik ajandır. H₁ antihistaminikler de hipotansiyon tedavisinde bir rol üstlenebilirler. Dolaşımın desteklenmesi için bol miktarda izotonik kristaloid sıvı gerekebilir.

Adrenalin:

Şiddetli anafilaksidede, şok, anjiyoödem, havayolu obstrüksiyonu, bronkospazm ve ürtikerin tedavisinde kullanılır. Çok şiddetli olgular dışında subkutan (SC) verilir. Şiddetli olgularda İV verilebilir. Damaryolu yokluğunda sublingual (SL) ya da endotrakeal tüpten (ET) kullanılabilir. Refrakter şok olgularında infüzyon şeklinde verilebilir.

- **Yetişkin dozu:** 0.3-0.5 ml 1:100 solüsyon 15 dakikada bir SC
1ml 1:10000 solüsyon İV yavaş puşe şeklinde
0.3-0.5ml 1:1000 solüsyon SL 15 dakikada bir

1ml 1:1000 solüsyon 10 cc SF içinde ET
İV infüzyon: 0.1-1 mcg/kg/dk
Pediyatrik dozu: 0.01ml/kg (min 0.1ml)
1:1000 SC, SL, ET
0.01ml/kg (min 0.1ml) 1:10000 İV yavaş puşe
İV infüzyon: 0.1-1.0 mcg/kg/dk

Antihistaminikler (H₁):

Birincil olarak anafilaksinın kutanöz lezyonlarında etkilidir. Kardiyak ve respiratuvar etkilerin antagonizmasında da yararlı olabilirler.
-Yetişkin dozu: 25-50mg İV/İM

(difenhidramin) 4-6' x1

50 mg PO 4-6x1

-Pediyatrik dozu: 1-2 mg/kg İV/İM

(difenhidramin) 4-6' x1

2 mg/kg PO 4-6' x 1

Kortikosteroidler:

Anafilaksiye bağlı bronkospazm ve döküntülerin tedavisinde etkilidir. Etkileri geç başlar ve kardiyovasküler sistem üzerinde etkisi yoktur.

Anafilaksi tedavisinde, adrenalin ve antihistaminikten sonra düşünülmelidir.

-Yetişkin dozu: 40-250 mg İV/İM

(metilprednizolon) 4x1

2-60 mg/gün PO

-Pediyatrik dozu: 1-2 mg/kg İV/İM 4x1

1 mg/kg/gün PO

İnhale β-agonistler: Bronkospazm tedavisinde kullanılırlar. Dozaj astım tedavisine ayırdır.

Antihistaminikler (H₂): Anafilaksi tedavisinde H₁ antihistaminiklerle aditif etkileri vardır. Fakat birincil tedavi olarak düşünülmemelidir.

Glukagon:

Endojen katekolamin salınımı yoluyla etkili olur. Beta reseptörlerinden bağımsız inotropik, kronotropik, vazoaaktif etkileri vardır. Beta blokör kullanan hastalarda, adrenalin ve diğer adrenerjik ajanlara refrakter şokların tedavisinde kullanılabilir.

-Yetişkin dozu: 1-10mg İV/İM/SC

-Pediyatrik dozu: belirlenmiş bir pediyatrik doz yoktur. Yetişkin dozu yaklaşık olarak 0.02 mg/kg'dır.

İzlem

Anafilaksisi olan pek çok hasta acil serviste tedavi edilip taburcu edilebilir. Başarılı tedavi, kısa bir gözlem sürecinde belirtilerin tamamının iyileşmesi ve yinelememesidir. Tam olarak yanıt vermeyen, rekürren reaksiyon gösteren ya da ikincil komplikasyonu (örn: miyokard iskemisi) olan, senkop nedeniyle belirgin yaralanması olan, entübasyon gereksinimi gösteren hastalar ve yaşlı hastalarda, altta yatan sistemik hastalığı olan hastalar için yatış endikasyonu vardır. Adrenerjik ajan ve sıvı resüsitasyonuna karşın hipotansif seyreden hastalar için yoğun bakım yatışı düşünülmelidir.



Dr. Serdar Kula*

...“Yıllar önce, 1994 ya da 1995 olsa gerek STED’in bir sayısında çocuklarda ayakkabı seçimi ile ilgili bir yazı olacaktı” dedi...

Oldukça sıcak günler geçiriyoruz. Ankara’da bile böyle sıcaksa güney illerimiz kim bilir nasıldır? Dergi çalışanları birer ikişer tatile çıkıyorlar. Yayın kurulu bile sıcaklar başladı başlayalı hep eksik kadroyla toplanıyoruz. Tatile henüz çıkamamış olanlar da kendi sıralarının gelmesini sabırsızlıkla bekliyorlar. Bunlardan biri de sekreterimiz Yeter! Sultan’ın tatilden dönmesiyle onun tatil sırası gelecek. Toplantı saatini beklerken Yeter’le tam bu konuyu konuşuyorduk ki, telefonda Sultan’ın bizi aradığını öğrendik. Kısa bir hal hatır sorgusundan sonra Sultan bizden bir isteği olduğunu söyledi. “Yıllar önce, 1994 ya da 1995 olsa gerek STED’in bir sayısında çocuklarda ayakkabı seçimi ile ilgili bir yazı olacaktı” dedi. Bu yazıya en kısa zamanda ihtiyacı vardı. Kendisine faks ile göndermemizi rica ediyordu. Yeter, yazıyı ararken, biz de olayın ayrıntılarını öğrenmek istedik. Tatilde bir ucuzluk kampanyası ile karşılaşmışlar ve Ankara’ya döndüklerinde



giymek üzere Görkem’in yeğeni Tuğba’ya bir ayakkabı almayı düşünüyorlardı. Ancak daha alışveriş için çarşıya çıkmadan evde fikir ayrılıkları başlamıştı. Sultan bizden istediği yazıdan hatırladığı bilgileri kız kardeşine aktarmış ve Tuğba için alınacak ayakkabının bu bilgiler doğrultusunda seçilmesi gerektiğinde ısrar etmiş. Ama kardeşi bu konuda pek de ikna olmayıp ısrarla şu yeni moda iki renkli ayakkabılardan almak isteyince çareyi bizden bu yazıyı istemekte bulmuş.

Doğrusu Sultan’ın bu dikkatine hayran olmuşum. Bu arada Yeter yazıyı bulmuş ve faks ile Sultan’a iletmışti. Görüşmek üzere vedalaştıktan sonra faks makinasında kalan yazıyı ben de merak edip okumak istedim. Yazı gerçekten de 1994 yılının Ekim ayında basılmıştı. Kısa bir tarihçeden sonra ayakkabı ve ayakkabı seçimi ile ilgili oldukça yararlı bilgiler içeriyordu. Burnu kapalı ayakkabı kullananlarda düz tabanlı olmasının daha yüksek olduğu, erken çocukluk döneminde ayakkabı giyilmesinin ayağın longitudinal arkını bozduğu ve bu nedenle ayak gelişimi için en iyisinin yalın ayak dolaşmak olduğu gibi çok ilginç bilgilerin yanı sıra ayakkabı seçiminde göz önünde bulundurulması gereken noktalara da değinilmişti.

Ayakkabının ayak şekline uygun ve parmaklara hareket için yeterli boşluk bırakacak şekilde, topuksuz ve hafif, ayağın havalanmasına izin verecek şekilde ve ayak bileğine doğru yükselen tipte olmalıdır. Bütün bunların yanı sıra ayakkabının olanaklar el verdiği ölçüde çocuğun istediği renk ve modelde ve olabildiğince ucuz olmasına özen gösterilmelidir.

Şimdi biz de Sultan’ın dönüşünü merakla beklemeye başlamıştık. Acaba Tuğba beğendiği ayakkabıları alabilmiş miydi? Ya da Tuğba için uygun olacağı düşünülen ayakkabıyı Tuğba’ya sevdirebilmişler miydi?

Hiçbir zaman umudu yok etmeyin.

Bülge Doktor



Dyt. Şeniz Ilgaz*

Dondurma

Dondurma, yalnızca çocukların değil hepimizin çok fazla sevdiği bir tatlı çeşididir. Diğer tatlılarla karşılaştırıldığında daha besleyici bir seçimdir. Dondurmanın esas yapısını süt oluşturur. Bu nedenle sütün içermiş olduğu besin öğelerine benzer oranda kalsiyum, fosfor, protein, riboflavin (B2), A vitamini ve diğer esansiyel besin öğelerini içerir. Kurabiye, kek ve diğer tatlı çeşitleri besinsel içerik yönünden aynı avantajlara sahip değildir. Çünkü bu tür tatlılar esas olarak enerji sağlarlar.

100 gr sütlü dondurma yaklaşık olarak 148 mg kalsiyum içerir. Çocuklar dondurma yiyerek günlük kalsiyum gereksinimlerini karşılayabilirler. Çocuklar için, yaz aylarında kalsiyum gereksinimlerini karşılamak genellikle bu aylarda daha az süt tükettikleri için daha zordur. Süt ve türevleri (peynir, yoğurt vb.) gibi "en iyi kalsiyum kaynağı" olarak bilinen besinlerin yanı sıra süttten hazırlanmış olan dondurmayı tüketmek çocukların kalsiyum gereksinmesine katkı sağlayacaktır.

Yaş Gruplarına Göre Günlük Olarak Alınması Gereken Kalsiyum Miktarları

- * Yetişkinler için 600 mg/gün
- * Yaşlılar için 700 mg/gün
- * 1-3 Yaş Grubu Çocuklar için 800 mg/gün
- * 4-6 Yaş Grubu Çocuklar için 800 mg/gün
- * Gençler için 800-1000 mg/gün

WHO, Avrupa Birliği ile bazı ülkelerde önerilen günlük kalsiyum miktarları (mg/gün)

Yaş	İngiltere	ABD	Avrupa Birliği	WHO
0-3 ay	525	210	-	500
4-6 ay	525	210	-	500
7-9 ay	525	270	400	600
10-12 ay	525	270	400	600
1-3 yaş	350	500	400	400
4-6 yaş	450	800	450	450

Dondurma genelde halk arasında bilinen tersine, yalnızca yaz aylarında tüketilmesi gereken bir besin değildir. Kışın



tüketildiğinde çocuklarda boğaz ağrısı ya da soğuk algınlığına yol açmaz. Ayrıca diyabetik hastalar ya da enerji kısıtlaması gereken hastalar için piyasada tadlandırıcılar ile hazırlanmış dondurmalar da vardır.

Dondurmayı tüketirken dikkat etmemiz gereken en önemli nokta, dondurmanın sağlık ve hijyen kurallarına uygun hazırlanmış olmasıdır. Özellikle dondurmanın yapıldığı sütün pastörize olması ve hazırlanırken mikroorganizmalarla bulaşının önlenmesi gereklidir. Süt mikroorganizmaları için çok iyi bir ortamdır. Bu nedenle çok kolay bozulur ve sağlığa aykırı bir duruma gelir.

Dondurmayı evde de pastörize süttten hazırlayabiliriz. Yağ içeriği, dondurmanın içerisine katılan kakao, süt yağına göre değişir. Yine dondurmanın içerdiği yağdan gelen enerji de çocukların büyüme ve gelişmesine katkıda bulunur.

Yapılan çalışmalarda, laktoz intoleransı olan kişilerin de, esas kaynağı süt olmasına karşın günde iki kez dondurma tükettiklerinde laktoz intoleransına bağlı belirtiler saptanmamıştır. Dondurma ve dondurulmuş yoğurt gibi ürünler daha yavaş sindirildikleri için bu kişiler tarafından daha kolay tolere edilirler.

Ayrıca, zayıflama diyeti uygulayanlar için bile diyetlerinde belli miktarlarda dondurma almalarının sakıncası olmadığı, diyetlerinde dondurmanın rahatlıkla yer alabileceği bilinen bir gerçektir. 100 gr çikolata 528 kalori verirken, 100 gr sütlü dondurma yaklaşık olarak 193 kalori verir.

Kısacası, "dondurma" yaz-kış, büyük-küçük, şişman-zayıf demeden herkese önerebileceğimiz bir besin.

