

HAZİRAN 2024



ASM YAŞAM



AİEF

AİLE HEKİMLERİ DERNEKLERİ
FEDERASYONU
2008

ISSN: 2822-4108

İÇİNDEKİLER

HAZİRAN SAYIMIZLA KARŞINIZDAYIZ

BİRLEŞMİŞ MİLLETLER ÇEVRE PROGRAMI (UNEP) VE
5 HAZİRAN DÜNYA GÜNÜ

KIRIM-KONGO KANAMALI ATEŞİ

SERHAT ŞEHİRİ KARS

KURBAN BAYRAMI

ALERJİK RİNİTE DİKKAT!

KAN BAĞIŞI

DAĞCILIK

SAĞLIKLI BİREY, SAĞLIKLI TOPLUM İÇİN GÜÇ BİRLİĞİ ŞART

OTİZM

TÜTÜN VE SİGARANIN ZARARLARI: GEÇMİŞTEN GÜNÜMÜZE
BİR TEHDİT

AMYOTROFİK LATERAL SKLEROZ (ALS)

YENİ BİR AŞI: REKOMBİNANT ZOSTER AŞISI

BARİYATRİK CERRAHİ İLE İLGİLİ NE KADAR FİKRİMİZ VAR?

DELİRYUM

TIP ETİĞİNİN BAŞLANGIÇ NOKTASI: HEKİMLİK ANDI

AHEF KONGRESİ 2024

14. ULUSLARARASI KATILIMLI
TÜRKİYE'NİN EN BÜYÜK

AİLE HEKİMLİĞİ KONGRESİ

30 EKİM - 3 KASIM 2024
Royal Seginus Hotel, Antalya



AHEF

AHEF
AKADEMİ
www.ahefakademi.org

ASM
YAŞAM

VİTRİN

AHEF
ONAM

AHEF
AİLE HEKİMLERİ DERNEKLERİ
FEDERASYONU
2008

● AHEF ADINA İMTİYAZ SAHİBİ

Dr. Türkü Yağmur NEHİR

● GENEL YAYIN YÖNETMENİ

Dr. Ömer Ufkun YILDIRIM

● YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ (SORUMLU)

Dr. Yavuz ALTINBAŞ

● EDİTÖR

Dr. Zeynep ÖZSEVİMLİ

● YAZI İŞLERİ

Dr. Yavuz ALTINBAŞ

● YAYIN DANIŞMANI

V. İpek YAĞCI

● SON OKUMA

Setenay Dilara ÖZDEMİR

● AHEF Görsel Ekibi

● AHEF Eğitim Komisyonu

● ASM YAŞAM İLETİŞİM
dergi@asmyasam.org.tr

HAZİRAN SAYIMIZLA KARŞINIZDAYIZ



Dr. Ömer Ufkun Yıldırım

AHEF Yönetim Kurulu Üyesi
Asm Yaşam Genel Yayın Yönetmeni

Yeni sayımızdan herkese merhaba. Babalar gününü ve Kurban Bayramı'nı kutladığımız Haziran ayında yine bolca tıbbiyeyi ilgilendiren gün ve haftalar mevcut. Bunlara uygun ve aile heŦ kimliğini ilgilendiren konularda içerikler üretmeye çalıştık. Ayrıca diğer saygılarımızdan farklı olarak bu sayıdan itibaren tıp tarihi konularında da içerikler üreteceğiz. Her ilde bir il derŦ neği parolasıyla kuruluşunda destek olduğumuz Kars ilimizin de tanıtımına yer verdiğimiz bu sayımızda örgütlenme komisŦ yonuna ve sorumluluk alarak dernek yönetimine giren değerli arkadaşlarımıza bir teşekkürü borç biliriz.

Keyifli okumalar...

BİRLEŞMİŞ MİLLETLER ÇEVRE PROGRAMI (UNEP) VE 5 HAZİRAN DÜNYA GÜNÜ



Dr. Zeynep Özsevimli

AHEF Yönetim Kurulu Üyesi

1972 yılında Stokholm'de gerçekleştirilen Birleşmiş Milletler İnsan Çevresi Konferansı'nda, Birleşmiş Milletler'de (BM) çevre sorunlarını küresel boyutta ele alacak uluslararası bir organın kurulmasına karar verilmiştir. Bunun üzerine, BM Genel Kurulu'nun 2997 sayılı ve 15 Aralık 1972 sayılı kararıyla, Birleşmiş Milletler Çevre Programı (UNEP), BM'ye bağlı bir "program" olarak oluşturulmuştur.

UNEP, kurulduğu günden bugüne kadar çok sayıda çok taraflı çevre sözleşmesinin gelişiminde kilit rol oynamıştır. UNEP'e yeni sözleşmeler getiren bu sözleşmeler arasında, Nesli Tehlike Altındaki Bitki ve Hayvan Türlerinin Uluslararası Ticaretine İlişkin CITES Sözleşmesi (1973), Vahşi Hayvanların Göçmen Türlerinin Korunmasına İlişkin Bonn Sözleşmesi (1979), Ozon Tabakasının Korunmasına İlişkin Viyana Sözleşmesi (1985), Ozon Tabakasını İncelten Maddelere İlişkin Montreal Protokolü (1987), Tehlikeli Atıkların Sınırötesi Taşınımının ve Bertarafının Kontrolüne İlişkin Basel Sözleşmesi (1989), Biyoçeşitlilik Sözleşmesi (1992), Belirli Tehlikeli Kimyasalların ve Pestisitlerin Uluslararası Ticaretinde Ön Bildirime İlişkin Rotterdam Sözleşmesi (1998), Biyogüvenlik Kartagena Protokolü (2000), Kalıcı Organik Kirleticilere İlişkin Stokholm Sözleşmesi (2001) yer almaktadır.

Ülkemiz, gönüllük esasına dayalı katkılardan oluşan UNEP Çevre Fonuna düzenli olarak finansman desteği sağlamaktadır. Türkiye, Akdeniz'in Kirliliğe Karşı Korunmasına İlişkin Barselona Sözleşmesi, Ozon Tabakasının Korunmasına İlişkin Viyana Sözleşmesi, Ozon Tabakasını İncelten Maddelere İlişkin Montreal Protokolü, Tehlikeli Atıkların Sınırötesi Taşınımının ve Bertarafının Kontrolüne İlişkin Basel Sözleşmesi, Biyoçeşitlilik Sözleşmesi, Biyogüvenlik Kartagena Protokolü gibi UNEP'in Sekretarya hizmeti sağladığı çok taraflı çevre sözleşmelerini takip etmektedir.

Birleşmiş Milletler Çevre Programı'nın (UNEP) 1972'de aldığı kararlar 5 Haziran Dünya Çevre Günü olarak kutlanıyor. Birleşmiş Milletler (BM) tarafından her yıl 5 Haziran'da kutlanan Dünya Çevre Günü'nün 2024 yılında arazi restorasyonu, çölleşme ve kuraklığa dayanıklılık teması öne çıkacaktır. Bu sene 51'incisi düzenlenecek etkinliğin öncesi UNEP, dünya genelindeki arazi bozulması, çölleşme ve kuraklığa dair güncel verilerin yanı sıra arazi tahribatıyla mücadele yollarına yer verilen bir rapor yayımladı.

Rapora göre, dünya topraklarının beşte birinden fazlası fiziksel,



United Nations Environment Programme

Dünya nüfusunun yaklaşık yüzde 40'ı arazi bozulmasından etkilenmiştir. Toprak bozulması, çölleşme ve kuraklık nedeniyle dünya genelindeki ekosistemler, doğal denge ve biyolojik çeşitlilik de tehlike altında bulunuyor.

Her yıl 55 milyon kişi kuraklıktan doğrudan etkileniyor. Kuraklığın ve arazi bozulmasının kontrol altına alınmaması halinde küresel gıda verimliliğinin yüzde 12 oranında azalabileceği ifade ediliyor. Ayrıca, dünya nüfusunun dörtte üçünden fazlasının 2050'ye kadar kuraklıktan etkilenmesi bekleniyor.



UNEP'den yapılan açıklamada, tahrip olmuş toprakları eski sağlığına kavuşturacak restorasyon girişimleriyle arazi bozulması, çölleşme ve kuraklık nedeniyle meydana gelen tahribatın tersine çevrilebileceği belirtildi. Restorasyonun geçim kaynaklarını artırdığına, bireylerin gelir seviyesini yükselttiğine ve olumsuz hava koşullarına karşı direnç oluşturduğuna işaret edilen açıklamada, tahrip olan arazilerin sadece yüzde 15'inin restore edilmesiyle bile beklenen soy tükenmelerinin yüzde 60'ının önlenebileceği kaydedildi. Açıklamada ayrıca iklim değişikliği gibi arazi bozulumu, kuraklık ve çölleşmeyi tetikleyen unsurlarla da mücadele edilmesi gerektiği vurgulandı.

Türkiye, UNEP'in başlattığı "Bir Milyar Ağaç Kampanyası" çerçevesinde en çok ağaç diken üç ülke arasına girmeyi başarmıştır.



KIRIM-KONGO KANAMALI ATEŞİ: EPİDEMİYOLOJİ, KLİNİK GELİŞİM, KORUNMA VE TEDAVİ YÖNTEMLERİ



Dr. Yusuf Başak

AHEF Yönetim Kurulu Üyesi

Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA), ciddi ve potansiyel olarak ölümcül bir viral hastalıktır. Bunyaviridae ailesinden Nairovirus cinsi virüs tarafından sebep olunan bu hastalık, özellikle tarım ve hayvancılıkla uğraşan Afrika, Asya, Doğu Avrupa ve Orta Doğu'daki bölgelerde endemik olarak görülür.

KKKA, hem insanları hem de hayvanları etkileyebilen zoonotik bir hastalıktır ve çoğunlukla keneler aracılığıyla bulaşır. Ülkemizde ilk olarak 2003 yılında tanısı konulan KKKA, bahar aylarında görülmeye başlanmakta olup yaklaşık %4-5 fatalite hızıyla seyretmektedir. Yıllar itibarıyla vaka görülme durumlarına bakıldığında artış ve azalış eğilimlerinden bahsedilebilmekte olup en yüksek vaka 2009 yılında 1318 vaka olarak gerçekleşmiştir. 2017 yılında 343 KKKA vakası tespit edilmiş olsa da ülkemizde hala önemini korumaktadır.

Virüsün Bulaşma Yolları

1. Kene Isırıkları

Ana Vektör: KKKA'nın birincil ve en yaygın bulaşma yolu, enfekte Hyalomma cinsi kenelerin ısırıklarıdır. Hyalomma keneleri, virüsü taşıyan ana vektörlerdir ve hem yetişkin hem de nimf evreleri insanları ısırabilir. Keneler, larva ve nimf aşamalarında küçük kemirgenler gibi hayvanları ısırarak beslenirken virüsü kapabilirler. Daha sonra yetişkin olduklarında, büyük memelilere veya insanlara geçerek virüsü bulaştırabilirler.

2. Enfekte Hayvanlarla Doğrudan Temas

Hayvanlardan İnsanlara Bulaş: Enfekte hayvanların kanı, dokuları veya vücut sıvılarıyla yapılan doğrudan temas, virüsün bulaşma yollarına yol açabilir. Bu genellikle çiftlik hayvanları, özellikle koyunlar, keçiler ve sığırlar kesilirken görülür. Veterinerler, çiftçiler ve mezbahe çalışanları gibi meslek grupları bu yolla bulaşma riski altındadır. Hayvanların kesimi, doğum yapması veya hasta hayvanların tedavisi sırasında uygun koruyucu önlemler alınmazsa, bu kişiler virüsle kolayca temas edebilir.

3. İnsanlar Arası Bulaş

Kan ve Vücut Sıvıları: KKKA, enfekte bir kişinin kanı, tükürüğü veya diğer vücut sıvıları ile doğrudan temas yoluyla da bulaşabilir. Bu, sağlık çalışanları için özellikle büyük bir risk taşır, zira hastaları tedavi ederken veya laboratuvar örnekleriyle çalışırken koruyucu ekipman kullanmamaları durumunda enfekte olabilirler. Hastane ortamında, steril olmayan tıbbi ekipmanlar aracılığıyla veya enfekte hastaların bakımı sırasında uygunsuz enfeksiyon kontrol önlemleri nedeniyle nosokomial (hastane kaynaklı) bulaşlar olabilir.

Klinik Belirtiler ve Tanı

KKKA enfeksiyonunun ilk belirtileri 2-12 günlük inkübasyon süresinin ardından genellikle ani başlangıçlı yüksek ateş, şiddetli baş ağrısı ve kas ağrıları şeklindedir. İlerleyen saatler ve günlerde, gözlerde kızarıklık, fotoğraf fobisi, mide bulantısı ve kusma gibi semptomlar da eklenebilir. Hastalığın daha ileri aşamalarında ciddi kanamalar; burun, ağız ve diğer mukozal yüzeylerden kanama şeklinde görülebilir. Laboratuvarında trombositopeni, lökopeni, AST, ALT ve LDH yüksekliği görülebilir.

Tanı, tipik olarak klinik belirtiler ve hastanın epidemiolojik geçmişi ile birlikte laboratuvar testleri kullanılarak konulur. En yaygın laboratuvar testleri arasında ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay) ve RT-PCR (Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction) bulunmaktadır. Bu testler, virüsün antijenlerini veya RNA'sını saptayarak hastalığın teşhisinde kritik rol oynar.

Önleme ve Kontrol Stratejileri

KKKA'nın önlenmesi, öncelikle kenelerle mücadeleye ve kişisel koruyucu önlemlere dayanır. Tarla, bağ, bahçe, orman ve piknik alanları gibi kene yoğun alanlarda bulunurken uzun kollu giysiler giymek, yüksek botlar kullanmak ve böcek kovucuların uygulanması önemlidir. Hayvan barınaklarında düzenli olarak kene kontrolü yapmak ve hayvanların kene ile mücadelede kullanılan ilaçlarla tedavi edilmesi hastalığın yayılmasını kontrol altında tutmada etkili yöntemlerdendir. Ayrıca, sağlık çalışanları için enfekte hastaları tedavi ederken gerekli koruyucu önlemleri almak ve hastane içi enfeksiyon kontrol protokollerini titizlikle uygulamak büyük önem taşır. Vücuda tutunan veya hayvanların üzerinde bulunan keneler kesinlikle çıplak el ile öldürülmemeli ve patlatılmamalıdır. Keneler üzerine sigara basmak, kolonya, gaz yağı gibi maddeler dökmek kenenin kasılmasına sebep olarak vücut içeriğini kan emdiği kişiye aktarmasına sebep olacağı için yapılmamalıdır.

Tedavi ve Yönetim

KKKA için özgül bir antiviral tedavi mevcut olmamakla birlikte, Ribavirin adlı antiviral ilacın kullanımı bazı durumlarda hastalığın şiddetini azalttığı gözlemlenmiştir. Hastaların çoğu yoğun bakım ünitesinde destekleyici tedavi ile tedavi edilir; bu, hidrasyon, elektrolit dengesinin sağlanması ve gerekirse kan transfüzyonları ve diğer invaziv işlemleri içerir.

Sonuç

Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi, özellikle kırsal ve tarımsal bölgelerde ciddi bir halk sağlığı tehdidi oluşturmaktadır. Hastalığın anlaşılması, erken teşhis ve etkili tedavi yöntemlerinin yanı sıra, hastalığın kontrolü ve önlenmesine yönelik stratejilerin uygulanması, bu tehlikeli hastalığın üstesinden gelinmesinde hayati önem taşır.



SERHAT ŞEHRİ KARS



Dr. Ramazan Altun

Kars Aile Hekimleri Derneği Başkanı

Nüfus: 278.335

Yüzölçümü: 9.442,00 km²

İl Trafik No: 36

Rakım: 1.768

Tarihçe

Türkiye'deki en eski Türkçe il adı olma unvanına sahip olan Kars şehrinin adı, M.Ö. 130- 127 yılları arasında Kafkas Dağları'nın kuzeyinden Dağıstan bölgesine gelecekte yerleşen Karsak oymağından gelmektedir.

Kars ilinin tarihine bakıldığında Huriler, Urartular, İskitler, Sasaniler, Selçuklular, Gürcüler, Moğollar, Karakoyunlular ve Akkoyunlular gibi pek çok medeniyete ev sahipliği yaptığı görülmektedir. 1535 senesinde Osmanlı topraklarına katılan Kars, Rus ordusuna karşı aldığı büyük zaferle de Anadolu'da ilk kez Gazilik madalyası alan şehir özelliğini taşımaktadır. Yüzyıllar boyunca birçok savaşın yaşandığı şehir günümüzde ülkemizin serhat şehirlerinden biri olma özelliğini taşımaktadır

Türkiye'nin kuzeydoğusunda yer alan Kars ili, sekiz ilçe ve merkezi ile 383 köy yerleşiminden oluşmaktadır. Nüfus yapısına bakıldığında Türkiye illeri nüfus sıralamasında 59. sırada yer almakta ve Türkiye nüfusunun % 0.39'unu oluşturmaktadır. Ülkemizin en doğusunda Doğu Anadolu Bölgesinde yer alan Kars, karasal iklimi dolayısıyla en soğuk illerden biridir. Kars Çayı, Aras Irmağı ve Arpaçay gibi önemli akarsulara sahip olan ilin çayır ve meralarla kaplı olduğunu görmek mümkündür. Anadolu'nun Kafkasya ve Orta Asya ile bağlantı noktası olan il, coğrafyası gereği de yüksek biyolojik çeşitliliğe sahiptir. Bununla birlikte kent, Yontma Taş Çağından itibaren günümüze kadar kesintisiz bir yerleşim yeri olmuştur. Bölgede yer alan tarihin en eski dönemlerine kadar uzanan antik kalıntılar ve ören yerleri de önde gelen turizm merkezlerindedir. İpek yolu gibi stratejik özelliği olan bir ticaret güzergahı üzerinde yer alan Kars ili aynı zamanda Anadolu'da çeşitli ticaret yollarının rotasında yer almaktadır. Kent isminin İran, Rusya, Hindistan ve Almanya gibi ülkelerde kullanılması da Kars'ın pek çok ziyaretçiye ev sahipliği yaptığını göstermektedir.



TURİZM

Doğal ve beşeri çevre faktörleriyle Kars ili turistik çekicilikleri fazla olan bir bölgede yer almaktadır. Kentte eski medeniyetlerden kalma pek çok eserin yer alması ve doğal yapısının bozulmadan korunması durumu çevre kentler arasında ön plana çıkmasını ve turizm açısından potansiyele sahip olmasını sağlamaktadır. Kültür Varlıkları ve Müzeler Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan "İllere Göre Korunması Gerekliliği Taşınmaz Kültür Varlığı 2019 Yılı Sonu İstatistiği" incelendiğinde; anıt ve abideler, kalıntılar, kültürel yapılar gibi başlıklarda 778'i bulan taşınmaz kültür varlığı tespit edilmiştir. İllere göre Sit Alanları İstatistiği verilerine bakıldığında, Kars ilinde Arkeolojik, Kentsel ve Tarihi olarak toplamda 66 sit alanı bulunmaktadır. İlin turizm kaynaklarına bakıldığında ise; Kümet Camii (Havariler Kilisesi), Kars kalesi, Kars Tabyaları, Evliya Camii, Ebûl Hasan Harakani Türbesi, Gazi Ahmet Muhtar Paşa Köşkü, Namık Kemal Evi, Taşköprü, Beylerbeyi Sarayı, Alexander Nevski – Rus Askeri Kilisesi (Fethiye Camisi), Vali Konağı (Eski), Ani Ören Yeri, Sarıkamış Kış Turizm Merkezi, Çıldır Gölü ve Kuyucuk Gölü ön plana çıkmaktadır.

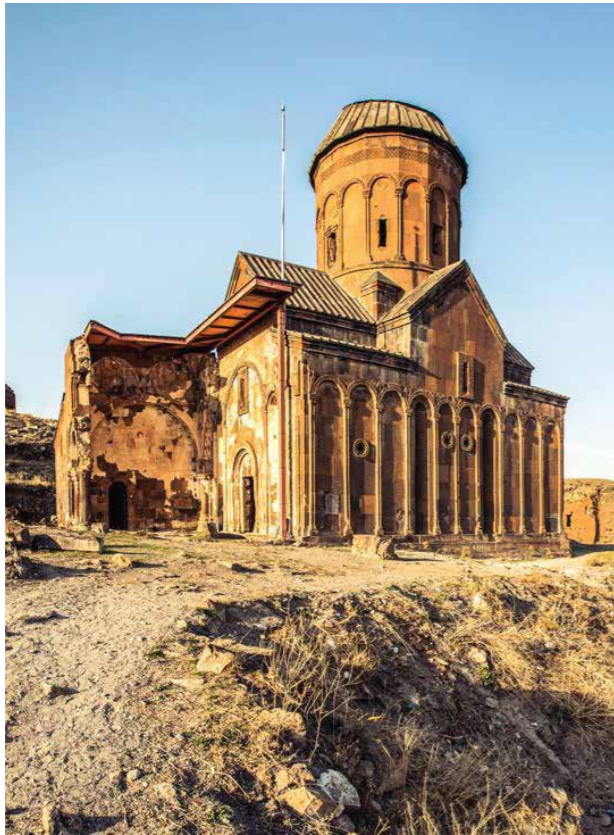


SARIKAMIŞ KAYAK MERKEZİ

Dünyada 68 ülkede var olan kayak alanları arasında Türkiye en belirgin olarak ön plana çıkan kayak destinasyonları sırasında yerini almaktadır. Ülkemizde yeni kayak alanları hızla inşa edilmektedir ve bu hız son on yıl içerisinde artmıştır. Bu kayak merkezleri arasında kış turizmi ve kış sporları açısından Kars bölgesinde yer alan Sarıkamış Kış Turizm Merkezi, bölgede kış aylarının sert ve bol yağışlı geçmesi nedeniyle uzun süre turistlere kayak yapma imkanı sunmaktadır. Türkiye'nin en gelişmiş kayak tesislerinden biri olma özelliği taşıyan merkezde, 2017 senesi itibarıyla bölgede konaklama imkanı sunan turizm işletme belgeli 16 tesis bulunmaktadır. Anma töreni kapsamında aralık ayının son günlerinde, Allahu Ekber Dağları eteklerindeki şehitlikte, il ve ilçe merkezindeki tören alanları ve konferans salonlarında etkinlikler düzenlenmektedir.

ANI

Dünya genelinde UNESCO Dünya Miras Alanı olarak ilan edilen 1121 miras bulunmaktadır. Türkiye'nin de Dünya Miras Alanı listesinde 18 mirası bulunmaktadır. Bu miraslar arasında 16. sırada Kars bölgesi'nin önemli turizm kaynakları arasında bulunan Ani Arkeolojik alanı yer almıştır. 2016 yılında Dünya Miras Alanı listesine giren Ani antik ören yeri ve kalesi, Kars'ın 42 km güneydoğusunda yer alan Anadolu ve Kafkasya'nın en eski yerleşim merkezlerinden biri olarak bilinmektedir. Kafkasya, Kuzeybatı İran, Nahçıvan ve Kuzeydoğu Anadolu bölgeleri arasında köprü görevini üstlenen Ani şehri ve kalesi Türkiye ile Ermenistan sınırını belirlemektedir. Yıllara göre ziyaretçi sayısı değişen kenti 2017 yılında 58.185 yerli, 2.340 yabancı turist ziyaret etmiştir. 2000-2017 yılları arasındaki toplam ziyaretçi sayısı ise 350.260 olarak belirlenmiştir. Şehirde Selçuklu Sarayı, Mağaralar, Havariler Klisesi, Gagik Klisesi, İpek Yolu Köprüsü, İç Kale, Büyük Hamam, Küçük Hamam, Aziz Prkich Klisesi gibi turistik cazibe oluşturan çeşitli tarihi eserler bulunmaktadır.



ÇILDIR GÖLÜ

Kars ve Ardahan şehri sınırları içerisinde Doğu Anadolu Bölgesi'nin en büyük ikinci tatlı su gölü olan Çıldır Gölü 42 m. derinliğinde ve deniz seviyesinden 1960 m. yükseklikindedir. Çıldır gölü; çevresinde yer alan tarihi eserleri, sunduğu doğal güzellikleri, balıkçılık olanakları ve birçok kuş türüne ev sahipliği yapmasıyla önemli bir kırsal turizm potansiyeli taşımaktadır. Çıldır Gölü ve çevresi sportif olta balıkçılığı, kuş gözlemciliği, festivaller ve şenlikler, doğa yürüyüşü ve kış turizmi açısından son derece elverişli bir bölgedir. Kış aylarında buz tutan göl üzerinde buz pateni, kayak, atlı kızak yarışları yapmak mümkündür.



MÜZELER

İlde ilk olarak 1959 yılında müze müdürlüğünün kurulmasıyla birlikte arkeolojik kazılar ve eser sayısı artış göstermiş olup, 1964 senesinde Kümbet Camii müzeye dönüştürülmüştür. Daha büyük bir müzeye gereksinim duyulması sonucunda 1981 yılında Modern Kars Müzesi kurularak, arkeolojik, taş eserler ve etnografik eserlerin sergilendiği önemli müzeler arasında yerini almıştır.



Kars Müze Müdürlüğü tarafından belirlenen ziyaretçi sayılarına bakıldığında; 2017 senesinde 14243 yerli, 363 yabancı toplamda 14606 ziyaretçi Kars Müzesi'ni ziyaret etmiştir. 2000-2017 yılları arasındaki toplam ziyaretçi sayısı ise yerli 102.439, yabancı 35.941 olmak üzere 118.380 ziyaretçi olarak belirlenmiştir.

Türkiye'nin önde gelen gastronomi müzelerinden biri olan ve aynı zamanda Türkiye'nin tek peynir müzesi de ilde yer almaktadır. Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı'nın destekleriyle kurulmuş olan müze bir takım restorasyon çalışmaları, merkeze 45 km uzaklıkta yer alan Boğatepe köyünde yer alan 1880 senesinde İsveçlilerce kurulmuş mandıranın dönüştürülmesi sonucunda açılmıştır. Üç bölümden oluşan müzede, Kars'ın peynir tarihi, peynirin yapılışı ve "Kadın Bakkal" adı altında üretilen ürünlerin satıldığı, maya kalıpları ve tartı ağırlıklarının yer aldığı bölümler bulunmaktadır. Müzenin bulunması haricinde köyün bir başka özelliği ise, Cumhuriyet dönemi peynirliği için başlatılması ve geliştirilmesinde öncülük etmesidir.

GEZİLECEK YERLER

Kars ilinde turistik çekicilik unsuru olarak pek çok mimari eser bulunmaktadır. Bu mimari eserler kentin turistik çekiciliği açısından çok önemli bir yere sahiptir. Rus Baltık Mimari Eserleri olarak; Paşa Konağı, Belediye Binası, Defterdarlık Binası, Küçük Köprü, Gazi Kars İlköğretim Okulu, Çocuk Kütüphanesi Binası, Vali Konağı, Ticaret Odası Binası, Konservatuar Binası, Fevzi Paşa İlköğretim Okulu, Eski Adliye Binası, Ordu Evi, İsmet Paşa İlkokulu, Beden Terbiyesi Binası, Ordu Evi, Emniyet Müdürlüğü Binası, Fethiye Camii, Gümrük Binası, Anadolu Lisesi ve Emniyet Müdürlüğü Binası kentin mimari eserleridir.



Osmanlı Dönemi Mimari Eserleri olarak da; Kars Kalesi Celal Baba Türbesi, Tabyalar, Cuma Hamamı, Mazlumağa Hamamı, İlbeyoğlu Hamamı, Topçuoğlu Hamamı, Aliğa Camii, Vaizoğlu Camii, Beşik Camisi, Hacı Seyfi Camii, Büyük Abdi Ağa Camii, Ulu Cami, Laçınbey Camii, Yusuf Paşa Camii, Havariler Kilisesi, Ebul Hasan Harakani Camii ve Türbesi, Gazi Muhtarpaşa Konağı ve Beylerbeyi Sarayı kentin mimarisi olarak ön plana çıkmaktadır.

KÜLTÜREL-GASTRONOMİ

Bunların yanı sıra kentte somut olmayan kültürel pek çok miras mevcuttur. Bu miraslar; yöreye özgü çalgılar, düğün gelenekleri, gelenek-görenek ve inanışlar, halk oyunları, halk ozanları , yöresel kıyafet giyim ve kuşam, yöresel kilim ve dokuma ve Kars yöresi yemek kültürüdür. Halk ozanları ve aşıklık geleneğinin hala aktif bir şekilde devam ettiği Kars ilinde, halk ozanlarından Şeref Taşlıova UNESCO Somut Olmayan Kültür Mirası çalışmaları kapsamında "2008 yılı Yaşayan İnsan Hazinesi" olarak seçilmiştir. İl, yöreye özgü Kars kaşarı, bal, gravyer peyniri, kaz yemekleri gibi yöresel yemekleri ile gastronomik açıdan çok zengindir.



KURBAN BAYRAMI



Dr. Halil Aktaş

Trabzon Akçaabat Sebati Aile Sağlığı Merkezi

Önümüz, Kurban Bayramı. Kamu çalışanlarına dokuz günlük tatil müjdesi de geldi. Kurbanlar kesilecek, ziyafetler yapılacak, büyüklerin elleri öpülecek çocuklar sevindirilecek. Eski kiden öyleydi bayramlar.

Günümüzde o eski bayramlar yerini "Şeker tadında bayramlar" mesajlarına da bıraksa bayramlar hala özel günlerdir çoğumuz için. Dini bayramlar, büyük küçük aileden herkesin bir araya geldiği, sofraların daha özenle kurulduğu, geleneklerin yaşatıldığı anlamlı özel anlardır.

Ancak!

Bayramda sağlığınıza daha da çok özen göstermeniz gerekir. Niye mi? İştahla oturduğunuz sofralarda keyifle yedikleriniz sağlığınıza tehdit edebilir. Kalp damar hastalığı, yüksek tansiyonu, gut hastalığı ve böbrek yetmezliği olan hastalar özellikle dikkat etmelidir. Miş demiz bayram etsin derken bir sürü sorunla bütün bayram hatta sonrasında uğraşmak zorunda kalabiliriz.

Bayram dönüşü hasta repliklerimiz neredeyse hep aynıdır.

"Kahvaltıda kavurma yenir ama, hocam?"

"Mangalda et yemeden, Kurban Bayramı mı olur?"

"Ben sadece etini yedim, yağını yemedim."

"Hocam ben şekerime, kolesterolüme ve bütün vitaminlerime baktırmaya geldim" diyen çok hastamız olur.

Peki!

Tansiyonlar yükselmiş, kolesteroler artmış, ürik asitler çıkmış, bunları ne yapacağız.

Aslında işin özünde sağlık okur yazarlığı yatıyor. Sağlık okuryazarlığı; bireylerin sağlıkla ilgili bilgilere ulaşması, bu bilgileri anlaması ve bu bilgileri sağlıkla ilgili kararlarında kullanabilmesi için gerekli olan zihinsel ve sosyal becerileri olarak tanımlanmaktadır. Şekeri, Kalp damar hastalığı, yüksek tansiyonu, gut hastalığı ve böbrek yetmezliği olan hastalar ne yapmalı o zaman? Bu hastalıklarını unutmamaları, ona uygun bayram geçirmeleri gerekir.

Kurban Bayramı'nda bolca tüketilen kavurma ve et yemekleri, söz konusu kronik hastalıkları olan kişileri kolesterol ve doymuş yağ neᵁ deniyle tehlikeye sokar. Bile bile niye risk alıyorsunuz ki! Yağlı etlerin ve özellikle de sakatatların yüksek kolesterol ve tuz oranları nedeniyle sizin için, aşırı tüketilmesi uygun değildir. Bu etler yağ eklenmeden kendi yağında pişirilerek ve çok az miktarlarda tüketilmelidir.

"Hocam davul gibi şiştim. Bir haftadır karnımın şişi geçmedi. Bir taᵁ raftan eliyle de şiş karnını gösterir, hasta.

Gündelik hayatta kasaptan alınan etle kurban eti birbirinden farklıdır. Kurban eti yeni kesildiği için mide ve sindirim problemlerine de neden olabilir. Kurban eti sindirim kolaylığı açısından kesimin olduğu gün değil, en az 24 saat buzdolabında bekletildikten sonra tüketilmelidir. Etin yanmış veya pişmemiş olmamasına da özen gösterilmelidir. Yanmış etler kanserojen maddeler içerirken, iyi pişᵁ memiş etler de başta bağırsak parazitleri olmak üzere çeşitli bulaᵁ şıcı hastalıklara sebep olabilir.

Etin yanına mutlaka sebze, çorba ve yoğurt gibi kalori yoğunluğu düşük, sindirim sistemini hareketlendiren besinler eklenmelidir. Tek başına et yemek hem tükettiğiniz et porsiyonunun dolayısıyla yağ alımınızın artmasına, hem de sindirim sisteminin çok yorulmasına neden olur.

Bayramda tüketilen şekerler, şerbetli tatlılar ve çikolata kan şekerini hızla yükselten ve kalorileri de oldukça yüksek besinler. İlla yiyeceᵁ ğim diyeyorsanız yemekten hemen sonra değil de şöyle 2-3 saat bekledikten sonra yemeniz daha doğru olur. Böylelikle hem ana öğününüzün kalorisini çok arttırmamış olursunuz ki bu sayede yağlanmanız artmaz, hem de sindirim sisteminizi çok fazla yorᵁ mazsınız. Tatlınızı doyumluk değil, tadımlık yiyin. Bayram ziyaretleriᵁ nizde ikram edilen her tatlıyı ya da canınızın her çektiğini yerseniz reflü, hazımsızlık, yüksek tansiyon ve kilolar sizi bekliyor olacaktır, emin olun.

En sık yapılan yanlışlardan birisi "Ben bir soda içeyim hepsi geçer" diyerek kendini kandırmak. Kızartmalar ve mangal sindirimi yorar. Midenin birdenbire tıka basa doldurulması, aşırı karbonhidratlı ve yağlı beslenme, mide ve onikiparmak bağırsağı ile birlikte safra kesesi ve pankreastan aşırı hormon ve enzim-asit salınımına neden olur. Bu durum ise aşırı mide hasarı, hazımsızlık, safra kesesi fonksiyon bozulmaları, glukoz dengesi bozuklukları, insülin direnci, aşırı asit ile gastritlere ve reflü artışlarını beraberinde getirir. Ayrıca hızlı ve fazla miktarda yemek yemek mide ve bağırsak hareketleriᵁ ni artırarak bu bölgede aşırı kan göllenmelerine neden olur. Bu durum kalbe ve beyne giden kan akımını azaltır. Kan akımındaki azalma özellikle kalp ve hipertansiyon hastalarında olumsuz soᵁ nuçlara neden olarak kalp krizini başlatabilir.

Aşırı et tüketiminden ve yüksek proteinli öğünlerden kaçınması gerekenler arasında Gut hastalığı olanlar (bu kişilerde ürik asiti yüksek olur) da var. Proteinlerin sindirimi sonrasında kanda yükseᵁ len ürik asit değerleri gut ataklarını tetikleyebilir. Böbrek hastalığı olan ve özellikle diyalize giren kişiler de aşırı et tüketiminden kaçınᵁ malı. Fazla miktarda protein böbrek üzerindeki yükü ve diyaliz ihtiyacı artırabilir.

Sağlıklı bir bayram geçirmek istiyorsak sağlıklı beslenmeyi unutᵁ mayın. Kurban Bayramı'nda sofraları zenginleştirirken midenizi üzᵁ mayın. Kurban Bayramı'nda beslenmenize dikkat edin. Kurban Bayramınız mübarek olsun.

ALERJİK RİNİTE DİKKAT!



Uzm. Dr. İsmail Çifçi

AHEF Eğitim Komisyonu Başkanı

Son yıllarda dünya genelinde alerjik hastalıkların görülme sıklığı giderek artıyor. Araştırmalara göre, alerjik rinitin yaygınlığı %40'lara kadar ulaşmış durumda. Özellikle bahar aylarında bu hastalık nedeniyle polikliniklere başvuru sayısında ciddi artış görüyoruz.

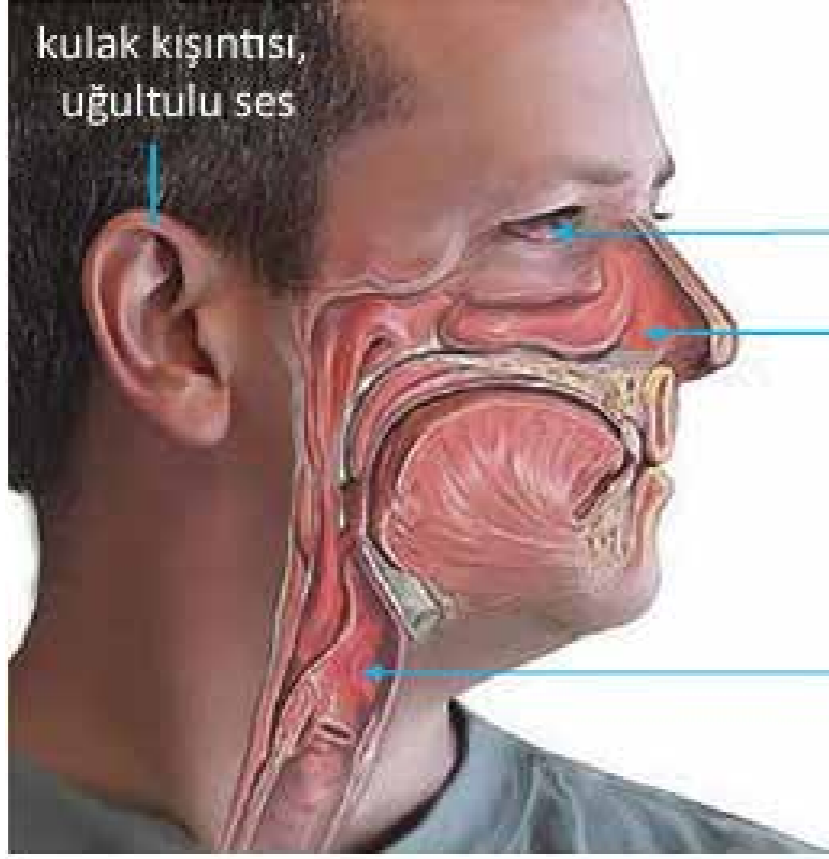
Alerjik rinit, ataklar halinde gelen hapşırma, burun akıntısı, gece artan burun tıkanıklığı, halsizlik, baş ağrısı, boğazda ve gözlerde kaşıntı ile öksürük gibi belirtilerle kendini gösterir. Polen, parfüm, küf, kimyasallar, sigara, ev tozu, evcil hayvanlar, hava kirliliği ve ani ısı değişiklikleri bu hastalığı tetikleyen başlıca faktörlerdir.

Alerjik rinit, sadece fiziksel semptomlarla sınırlı kalmayıp, hastaların yaşam kalitesini de ciddi şekilde etkiler. Sürekli burun tıkanıklığı, gece artan semptomlar nedeniyle uyku düzeninin bozulması, gün içinde yorgunluk ve dikkat dağınıklığına yol açar.



Bu durum, özellikle iş performansını ve okul başarısını olumsuz etkiler. Sosyal hayatta da zorlayıcı olabilen alerjik rinit, hastaların günlük aktivitelerini kısıtlayarak genel yaşam kalitesini düşürür. Bu nedenle, alerjik rinitin etkili bir şekilde yönetilmesi, hastaların hem fiziksel sağlıklarını hem de genel yaşam kalitelerini korumaları açısından büyük önem taşır.

Alerjik rinit tanısı genellikle hastanın semptomları, alerjen maruziyeti öyküsü, fizik muayene ve laboratuvar testleri ile konur. Hapşırık, burun kaşıntısı, seröz akıntı ve tıkanıklık gibi belirtilerden en az ikisinin bulunması alerjik rinite işaret eder. Tanıda deri prik testi ve kanda total ve spesifik IgE ölçümü gibi yöntemler kullanılabilir.



kırmızı, kaşıntılı,
sulu gözler

hapşırma,
tıkanıklık,
burun akıntısı

boğaz kışıntısı
ya da ağrısı,
post-nazal akıntı,
öksürük

Tedavide ilk adım, alerjenlerden kaçınmaktır. İlaç tedavisinde ise antihistaminikler ilk sırada yer alır. Bu ilaçlar hapşırma, burun akıntısı, kaşıntı ve gözdeki semptomları hafifletmek için kullanılır. Ülkemizde bu ilaçların burun spreyi formu da mevcuttur. Bir diğer tedavi seçeneği olan burun içi steroidler güçlü anti-enflamatuar özelliklere sahiptir ve ilk dozdan itibaren 12 saat içinde etkisini gösterir. Bu ilaçlar, alerjenlerle temas etmeden birkaç hafta önce kullanılmaya başlanırsa daha etkili olur ve mevsimsel alerjik rinitte ilk tercih olarak önerilir. Montelukast içeren preparatlar özellikle gece semptomlarına karşı etkilidir ve etkisi bir hafta içinde başlar, dördüncü haftada zirveye ulaşır. Burun tıkanıklığını gidermek için de konjestanlar kullanılabilir.



Alerjik rinitin takibi ve tedavisinin etkinliğini değerlendirmek amacıyla çeşitli standardize yöntemler kullanıyoruz. Bu yöntemler arasında semptom skoru, ilaç skorlaması, görsel analog skala ve rinokonjunktivit yaşam kalitesi anketi bulunmaktadır. Semptom skoru, hastaların yaşadığı belirtilerin şiddetini ve sıklığını objektif bir şekilde ölçmemizi sağlar. İlaç skorlaması, kullanılan ilaçların etkinliğini ve hastaların bu ilaçlara verdiği yanıtı değerlendirir. Görsel analog skala, hastaların genel sağlık durumlarını ve tedaviye verdikleri yanıtı daha görsel ve anlaşılır bir şekilde ifade etmelerine yardımcı olur. Son olarak, rinokonjunktivit yaşam kalitesi anketi, hastaların günlük yaşamlarında yaşadıkları zorlukları ve tedavinin yaşam kaliteleri üzerindeki etkisini belirlememize olanak tanır. Bu yöntemler, tedavi sürecini daha etkili bir şekilde yönetmemizi ve hastaların yaşam kalitesini artırmamızı sağlar.

Sonuç olarak, alerjik rinit yaygın bir sağlık sorunu olmasına rağmen, doğru tanı ve tedavi yöntemleriyle kontrol altına alınabilir.

KAN BAĞIŞI



Uzm. Dr. Ayşen Ersoy

Lüleburgaz 7 nolu Asm

KAN BAĞIŞI ACİL DEĞİL SÜREKLİ BİR İHTİYAÇTIR

Kan bağışına farkındalığı arttırmak için ve daha fazla insanı düzenli kan bağışçısı olmaya teşvik etmek için Kızılay Türkiye genelindeki kan bağış merkezlerinden alınan kanları hızlı ve güvenli bir şekilde hastanelere ulaştırarak her yıl binlerce insanın hayatını kurtarmaya aracı olmaktadır.

Dünya kan bağışçıları günü neden 14 Haziran'da?

14 Haziran tarihi A-B-O kan grubu sistemini bulan Nobel Ödüllü Karl Landsteiner'in doğum günüdür. Bu nedenle, Dünya Sağlık Örgütü tarafından gönüllü kan bağışçılarına Dünya Gönüllü Kan Bağışçıları Günü ' olarak atfedilmiştir. Türk Kızılay a kan bağışında bulunan kan dostlarını kutlamak ve kurtardıkları hayatlar için teşekkür etme fırsatı sunuyor.

Her sağlıklı birey kan bağışında bulunabilir.

KİMLER KAN BAĞIŞINDA BULUNABİLİR?

18-65 yaş aralığında 50 kilogramın üzerindeki her sağlıklı birey kan bağışçısı adayı olabilir. (19 yaşından gün almak, 65'ini doldurmak gerekir.)

İlk kez kan bağışında bulunacaklar için üst yaş sınırı: 61 yaşından gün almamış olmalı. Düzenli kan bağışçıları için üst yaş sınırı 65 yaşını doldurduktan, 70 yaşından gün alana kadar kan bağış merkezi doktorunun onayı olmak şartıyla yılda en fazla 1 kez olmak üzere kan bağışlayabilir.

NE KADAR SIKLIKLA KAN BAĞIŞINDA BULUNABİLİRİM?

Bağış sıklığı; • Tam kan bağış sıklığı Erkeklerde; bağış aralığı 3 ayda bir, Kadınlarda; bağış aralığı 4 ayda birdir. Yılda bir defayı geçmemek ve hekim onayı olmak kaydıyla, 2 bağış arası en az 2 ay olabilir.

İLAÇ KULLANANLAR KAN BAĞIŞINDA BULUNABİLİR Mİ?

Farklı şartlar altında bu sorunun cevabı değişir. Kan bağışı süreci Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan rehber doğrultusunda gerçekleştirilmektedir. Her ilacın kullanım nedeni ve şekli için farklı karar verilir.

Konu hakkında daha detaylı bilgi için Kan Hizmet Birimimizdeki hekimimizden bilgi alabilirsiniz:

□ <http://www.kanver.org/KanHizmetleri/KanBagisiNoktalari/>

SARILIK GEÇİRENLER KAN BAĞIŞINDA BULUNABİLİR Mİ?

Hepatit A ve hepatit E enfeksiyonu geçirenler tedavisini tamamladıktan 12 ay sonra kan bağışında bulunabilir. Hepatit B ve hepatit C enfeksiyonu geçirenler tedavi olsa dahi kan bağışında bulunamaz.

KAN BAĞIŞI SIRASINDA HASTALIK BULAŞIR MI?

Hayır bulaşmaz. Kan bağışı işlemi sırasında kullanılan tüm malzemeler tek kullanımlık ve sterilidir.

DAĞCILIK



Dr. Kadir Yıldırım

5 Nolu Abdurrahman Keskiner ASM OSMANİYE

Yüksek dağlarda zirve yürüyüşü ve kamp kurmanın yanı sıra, aynı zamanda tırmanma (teknik kaya tırmanışı) sporunu da kapsayan bir doğa sporudur. 18 ile 19. yüzyıllarda Avrupalı (İngiliz ve Fransızlar başta olmak üzere) zenginlerin boş zamanlarını değerlendirme ve hatıratlarının rutinlerini yeni maceralarla süsleme arayışı neticesinde bir spor sayılmaya başlanmıştır.

20. yüzyılın başında diğer ulusların da ilgisini çekmeyi başarmıştır.

Uluslararası bir spor haline gelmesi ise, 1931 yılında, merkezi Cenevre'de olan Uluslararası Dağcılar Birliği (UIAA)'nin kurulmasıyla mümkün olmuştur. İzleyen yıllarda, belirli teknik ve emniyet yöntemlerinin geliştirilmesine paralel olarak kendine özgü disiplini ve ilkeleri olan bir spor haline dönüşerek birçok doğa sporunun da önünü açmıştır.

DAĞCILIĞIN TARİHÇESİ

1786 yılında biri doktor iki Fransızın Avrupa'nın en yüksek doruğu olan Güney Doğu Fransa'da bulunan Mont Blanc'a (4807 mt) tırmanması ile başlamıştır. 1850 ile 1860 arasında İsviçre'deki tüm zirveler birbiri ardına dağcılar tarafından tırmanılmış ve bu dönem Avrupa dağcılığının altın çağı olarak adlandırılmıştır. 1865 yılında Alplerin en zor zirvesi olan Matterhorn'a tırmanılabilmesi ile, Avrupa dağcılığının altın çağı olarak tanımlanan dönem kapanmıştır.

Daha sonra yüzyılın sonuna kadar Orta Avrupa'nın tüm zirvelerinin zor rotaları başarı ile tırmanıldı. 20. yüzyıla girene kadar Güney ve Kuzey Amerika dağları, Kafkas dağları, Orta Afrika dağlarına tırmanışlar ve de Himalayalara keşif ekspedisyonları düzenlendi. 1897'de And dağlarının en yüksek doruğu Aconcagua'ya (6960 mt) 1897'de Alaska'da St. Elias'a (5489 mt) 1898'de Kuzey Amerika'da Grand Teton'a (4190 mt) 1913'te K. Amerika'nın en yüksek doruğu CM Kinley (6194 mt)'e tırmanıldı. 20. yüzyılın ilk yarısı İngiliz, Fransız ve İsviçrelilere ek olarak diğer ulusların dağcılarının tırmanışları ile geçti. En önemli tırmanış ise Orta Asya'da Pamir sıradağlarında Komünizm doruğuna (7495 mt) yapılan tırmanıştır 1940'li yıllarda Atakemennalar'ın, Lullailaco Dağı'nın 6723 metrelik doruğuna kursan platformu yapmaları, dağların aynı zamanda kutsal yerler sayılmalarının göstergesi niteliğindedir. 1950 yılında İkinci Dünya savaşının yol açtığı belirgin durgunluktan sonra, bir "ilk tırmanış" Himalayalar'ın önemli doruğu olan Annapurnal'in (8138 mt) Fransızlar tarafından yapılmasıydı. Hemen arkasından ise diğer 8000'likler tek tek dağcılar tarafından tırmanıldı. 29 Mayıs 1953 tarihinde Edmund Hillary ve Tenzig Norgay'in Dünyanın en yüksek doruğu Everest'e (8848 mt) Güney-Güney Doğu rotasından tırmanmışlardır. 1953'te Nanga Parbat (8138 mt) Almanlar tarafından, 1954'te K2 (8681 mt) İtalyanlar tarafından, 1955'te Lhotse (8516 mt) İsviçreliler tarafından, 1955'te Makalu (8463 mt) ise Fransızlar tarafından tırmanıldı. 1960'larda tırmanılmış tüm Avrupa ve Amerika doruklarının kış koşullarında en zor rotaları denenmiştir. 1970 yılında Amerikan Sierra Nevada dağlarında 7914 mt.'lik El Captain rotasının 27 günde Amerikalılar tarafından tırmanıldı.



1970'li yıllardan sonra ise tırmanışlar daha çok koşulların zorluklarının arttırılması, denenmemiş rotaların tırmanılması, tüm kıtaların en yüksek doruklarına tırmanmak gibi çeşitlenmelere uğramıştır. 1978 yılında ilk defa "ölüm sınırı" olarak tanımlanan 8000 metreyi Reinhold Messner ve Peter Habbler ek oksijen kullanmadan asarak Everest'e tırmanmıştır. Daha sonra Messner 8000 metrenin üzerindeki 14 doruğa da tırmanabilen ilk insan unvanını almıştır. 1980 sonrası dağcılığın iyice popülerite edildiği dönem olmuştur. Avrupa'da ve Amerika'da milyonlarca insan dağlarda dolaşmaya başlamıştır. Dağcılık malzemelerindeki teknolojik ilerleme, dağlara ulaşımın kolaylaştırılması bu yaygınlığın temel etkenlerinden olmuştur.

TÜRKİYEDE DAĞCILIK SPORUNUN TARİHİ

Ülkemizde dağcılık etkinlikleri ilk kez yabancıların bizim dağlarımıza çıkmasıyla başlamıştır. Bu ilk tırmanışlar dağcılık etkinliklerinden çok bilimsel araştırma temelinde gelişen tırmanışlardır.

Bu konuda bilinen ilk tırmanış Alman fizik profesörünün Büyük Ağır dağına yaptığı tırmanıştır. 27 Eylül 1829 tarihinde Prof. Dr. F. V. Parrot Büyük Ağır dağının zirvesine (5165 m.) ulaşan ilk kişi olmuştur. Bu tırmanış aynı zamanda ülkemizde dağcılık etkinliklerinin başlangıcıdır. Parrot'un 1844 yılında ölümü üzerine bölgedeki çalışmaları yürütmek üzere Alman hükümeti Prof. Dr. O.W. Herman Abich'i Türkiye'ye gönderir. Abich, bir doğa bilimci olan Dr. Wagner ile birlikte 1845 yılında Büyük Ağırdağın zirvesine bir tırmanış daha gerçekleştirebilir.

Sonraki yıllarda, ülkemizde dağcılık aktivitelerinin artması ile 1928 yılında "Türk Dağcılık Cemiyeti" adı altında ilk dağcılık örgütü oluşturulmuştur. 1933 yılında ise "Türk Yürüyüşçülük, Dağcılık Kış Sporları Kulübü" adı altında bir kulüp faaliyete başlamıştır. Bu kulüp sonradan "Tenis, Eskrim ve Dağcılık Kulübü" adını almıştır. 1936 yılında Türk kayakçılarının Olimpiyatlara katılması gündeme geldiğinde Alman Herr Ridel'in öncülüğünde çalışmalara başlanmış ve Türk Spor Kurumu nezdinde yapılan girişimler neticesinde, Türk Milli Takımı Almanya'nın Garmisch Parten Kirschen kış sporları merkezinde düzenlenen kış olimpiyat oyunlarına katılması sağlanmıştır. Bu vesile ile Beden Terbiyesi Genel Müdürlüğü bünyesinde "Dağcılık ve Kış Sporları Federasyonu" olarak 1936 yılında ilk resmi hüviyetini kazanmış ve çalışmalarına devam etmiştir. Sonrasında 1939 yılında yeni bir yapılanma ile o günkü ismi ile Beden Terbiyesi Genel Müdürlüğü bünyesinde "Dağcılık ve Kış Sporları Federasyonu" yeni hukuki yapısına kavuşmuştur. Uzun yıllar dağcılık ve kış sporları branşları aynı çatı altında yürütülmüştür. 1966 yılına gelindiğinde ise dağcılık ve kayak branşlarının ayrılması ile federasyonumuz sayın İsmet Ülker'in de katkılarıyla Türkiye Dağcılık Federasyonu adını alarak kayak branşından ayrılmıştır.

Federasyonumuz, 1967 yılında Uluslararası Tırmanış ve Dağcılık Federasyonu'na (UIAA) 2007 yılında Uluslararası Spor Tırmanış Federasyonu (IFSC), 2008 yılında Uluslararası Dağ Kayağı ve 2021 yılında da Uluslararası Skyrunning Federasyonuna (ISF)'e resmen üye olmuştur.

1859 yılından itibaren Orta Toroslar' da Aladağlar bölgesinde araştırmacılar tırma yapmak üzere bir çok yabancı bilim adamı ülkemize gelmiştir. Bu bilim adamlarından Avusturyalı jeolog Franz Schaffer 1901 yılında Alaca başı olarak bilinen 3200 mlik zirveye tırmanmıştır. Bu tırmanış Aladağlar'da yapılan ilk tırmanış olarak bilinmektedir. F. Schaffer'in yayımladığı notları Alman dağcılık kulübü üyelerinin ilgiğini çekmiş ve bölgeyi araştırmak ve tırmanışlar yapmak üzere 1927 yılında bir ekip gönderilmiştir. 1927 yılı yaz aylarında Dr. Georg Künne, Dr. Wilhelm Martin ve eşi Marianne'den oluşan ekip Demirkazık (3756 m.), Kaldı (3736 m.), Kızılkaya (3725 m.), Alaca (3582 m.), Eznevit (3550 m.) zirvelerinin ilk çıkışlarını gerçekleştirmiştir. Demirkazık zirvesi çıkışı sırasında ekibe Demirkazık köyünden Veli çavuş adı ile bilinen bir genç köylü rehberlik yapmıştır. Veli çavuşun da ekiple birlikte Demirkazık zirvesine çıktığı bilinmektedir. Bu anlamda Demirkazık zirvesinin bilinen ilk Türk çıkışı 1927 yılında Veli çavuşa aittir.

İkinci Dünya savaşı yıllarında Türkiye'de bulunan İngiliz Büyükelçiliğinde görevli, 3 diplomat Aladağlar'da çeşitli tırmanışlar yapmışlardır. Edward H. Peck, Robin Hodgkin, L. H. Hurst adlı bu diplomatlar tarafından 1943, 1944, 1945 yıllarında gerçekleştirilen tırmanışlarda bilinen zirvelere farklı rotalardan çıkışlar yapılmıştır. Bu rotaların bazıları hala bu diplomatların adı ile bilinmektedir. 1955 yılında ise hem Alman hem de İtalyan dağcılar Aladağlar' da çıkılmamış birçok rotayı tırmandılar. Özellikle İtalyan ekip Aladağlar'ın Torosan bölgesinde çıkılmamış olan 20 den fazla zirvenin ilk çıkışlarını gerçekleştirdiler. Bu yıldan sonra da yabancıların Aladağlar'daki etkinlikleri uzun dönem devam etmiştir.

İLK TÜRK ÇIKIŞLARI

İlk Türk dağcısı olarak bilinen isim, Ali Vehbi Türküstün'dür. Fransa'da Paris'te Tıp öğrenimi yaparken 4 Fransız dağcı arkadaşı ile birlikte 26 Temmuz 1906 günü Alp Dağları'nın en yüksek noktası olan Mont Blanc zirvesine tırmandığı bilinmektedir. Bu tırmanış Türk dağcılık tarihinde bilinen ilk tırmanıştır. Türklerin dağcılık sporuna ilgileri daha çok askeri amaçlı olarak Birinci Dünya Savaşı yıllarında başlamıştır. Savaş sırasında İtalyan cephesinde Avusturyalı dağcı birliğinin bir tatbikatını izleyen Pertev Paşa, Osmanlı ordusu bünyesinde böyle bir birliğin kurulması için çalışmıştır. Pertev Paşa'nın isteği üzerine Avusturyalı bir dağcı olan Albay Bilgeri , 5 subay ve 40 Astsubaydan oluşan Türk askerlerine temel dağcılık bilgileri vermiştir.



Miralay (Albay) Cemil Cahit Toydemir' in 1924'te Kayseri'deki Erciyes Dağı zirvesine (3.916 m.),yanında 6 subay ve 1 erle birlikte doğu yönünden tırmanışı ile Türkiye'de dağcılık etkinlikleri başlamıştır. Cemil Cahit Toydemir böylece Türkiye dağlarında dağcılık sporunu başlatan ilk kişi olarak kabul edilmiştir. Miralay Cemil Bey Erciyes Dağı zirvesine tırmandıktan sonra kendisiyle birlikte zirve yapan subay ve erlerin isimlerini bir kağıda yazıp metal bir sigara tabağı kası içine koyarak zirveye bırakmıştır. Bu metal sigara tabakası aynı zamanda yurdumuzun ilk zirve defteri olma özelliğini taşımaktadır.

Ülkemizde ilk dağ gezileri Uludağa düzenlenmiştir. 1925 yılında Bursa 'lı bir doktor olan Osman ŞevkiBey, Bursa'daki Keşiş Dağı zirvesine (2545 m.) ilk tırmanışı yapmıştır. Tırmandığı bu dağa Ulu dağadını vermiştir. Bu adlandırma Atatürk tarafından da beğenilmiş ve dağın adının Uludağ olarakdeğiştirilmesine karar verilmiştir.



Soyadı kanunu çıktıktan sonra Dr. Osman Şevki Bey'e Atatürk tarafından Uludağ soyadı verilmiştir.3 Ağustos 1934 tarihinde 9. Koloradu'ya bağlı askeri birlikten 8 kişilik ekip, Küçük Ağı Dağı (3868 m.) zirvesine tırmanmış. Tırmanışı gerçekleştirenlerden biri 8 yaşlarında bir subay çocuğudur. 3 Eylül 1934 tarihinde Yüzbaşı Rüştü ve Teğmen Bekir komutasındaki bir askeri ekip Büyük Ağı Dağı'nın zirvesine (5165 m.) ilk çıkışı gerçekleştirir. Zirveye çıkan ekip 14 kişiden oluşmaktadır. Bu tırmanışlar Büyük Ağı ve Küçük Ağı Dağı zirvesine yapılan ilk Türk tırmanışıdır. Büyük Ağı Dağı zirvesine yapılan kayıtlara geçmiş ikinci Türk çıkışı ise, gene askeri bir birlik tarafından 1937 yılında yapılan tırmanıştır. Binbaşı Cevdet Sunay başkanlığında 15 subay ve 50 askerden oluşan bir birlik zirve tırmanışına geçmiştir. Zirveye ulaşan 8 kişilik bir grup olmuştur. Zirveye Atatürk büstü dikilmiştir. Tırmanış sırasında 38 yaşında olan Binbaşı Cevdet Sunay daha sonra Türkiye'nin 5. Cumhurbaşkanı olarak 1966 – 1973 yılları arasında görev yapmıştır.

DAĞCILIK STİLLERİ

Alpin Stil

Dağcılar kayalar ve buzlar üzerinde.Hafifliğin ve hızın ön plana çıktığı ve aynı zamanda teknik tırmanış içeren dağcılık sporunun esas ruhunu temsil eden tırmanış stildir. Ana ve ara kamp yoktur. Hızlı ve hafif olmak için tek kamp noktasından hareket edilir. Temiz tırmanış diye tabir edilen ve tırmanış sonrası rotayı değiştirmeyen doğal yöntemler kullanılır.Yapay yöntemlerden tamamen uzak olan bu tırmanış stilinde tırmanıcılar bütün zorluklar ve risklerle kendi başlarına başa çıkarlar. Temelindeki bu yöntemlerden dolayı macera ruhu ile beslenir.

Trekking ve Hiking

Türkçede Dağ veya doğa yürüyüşü olarak kullanılmasına karşılık dağ ve doğa yürüyüşünün tam karşılığı 'hiking'dir. Günü birlik olarak yapılır ve kamplı konaklama içermez. Eğer bu aktivite kamplı olursa adı 'trekking' olur.

DAĞCILIĞIN ALT DALLARI:

1-Kaya tırmanışı: Kaya tırmanış tekniklerini ve emniyet malzemelerini kullanarak kaya üzerinde yapılan tırmanıştır.

2-Hiking: Doğada günübirlik yapılan yürüyüşlerdir.

3-Trekking: Doğada en az iki günlük yapılan kamplı etkinliklerdir.

4-Spor tırmanış: Genellikle kapalı alanlarda bazen de açık havada yapılan bir spordur. Bu tırmanış, kimyasal maddeler kullanılarak yapılan, sabit veya ayarlanabilen duvar sistemlerini içinde barındırır ve bu duvarlarda yapılır. Bu duvarlar genellikle yarışmalara yönelik yapılmıştır ve değişik boyutlarda olabilirler.

5-Bouldring: Yerden fazla yükselmeden, en fazla 2-3 metre yükseklikte yapılan, kayada genellikle yan gidilerek yapılan antrenman amaçlı bir tırmanıştır. Türkçeye kısa duvar tırmanışı olarak çevrilmiştir. Emniyet olarak yerde minderler kullanılır. Ancak deniz kenarlarında da yapılabildiğinden orada minder yerine emniyet olarak doğal olarak su kullanılmaktadır. Yani düşme durumunda suya düşülecek şekilde tırmanılır.



Dağcılık Kuralları

Yaz ya da kış olsun dağda hayatta kalabilmek, ekibin güvenliğini riske atmamak için bazı kurallara uyulması gerekir.

- Tırmanılacak bölgeyi iyi bilen kişinin lider olarak grup başında olması gerekir.
- Tek sıra halinde, her kişi arasında 5-6 adım mesafe olacak şekilde yürünür.
- Yürüyüş temposu ekibin en yavaş yürüyen kişisine göre ayarlanır.
- Tırmanma boyunca taşınacak eşyalar en kötü hava şartları düşünülerek hazırlanır.
- Eşyaların grupta dengeli bir şekilde bölüştürülmesi gerekir.



DAĞCILIKTA KULLANILAN MALZEMELER

Dağcılık çok yönlü bir spor disiplini. Fiziki yeterlilik, mental hazırlık, kondisyon, coğrafya bilgisi, doğada hayatta kalmak için çok önemlidir. Dağlarda yapılacak her faaliyet için bazen 1 ay önceden, en az 2 hafta önceden malzeme tespiti ve faaliyete katılacak ekibin fiziki ve mental durumu lider tarafından değerlendirilir.. Ayrıca 2 hafta önceden gidilecek dağın hava durumu takibe alınır. Trekking ve Hiking hariç diğer faaliyetlerde yukarıda bahsedilen eğitimlerden en az temel eğitim alınmış olma şartı ve Dağcılık lisansı zorunludur. Yapılacak faaliyete ve gidilecek bölgeye – dağa göre malzeme farklılık gösterir. Ekip lideri malzeme kontrolü yaparak faaliyete start verir.



Dağlarda yapacağınız her türlü etkinlik için 10 Temel malzeme :

- Harita
- Pusula
- Güneş gözlüğü ve güneş kremi
- Yedek yiyecek
- Yedek giysi
- Kafa lambası veya el feneri
- İlk yardım malzemeleri
- Kolay ateş yakma malzemesi
- Kibrit (Su geçirmez bir kutu içinde)
- Kesici alet

YÜRÜYÜŞ VE KAMP MALZEMELERİ

- Sırt çantası
- Yürüyüş botu(vibram tabanlı) ve yedeği
- Kamp ocağı
- Günlük çanta veya bel çantası
- Batonlar
- Hedik
- Tur Kayağı, tur ayakkabısı, foglar
- Çadır
- Çadır tamir seti
- Kazıklar, kar kazıkları ve plakaları
- Kar fırçası
- Kar küreği
- Bivak torbası
- Uyku tulumu
- Şişme veya kapalı hücreli köpük mat
- Şişme mat tamir seti
- Fener veya kafa lambası
- Yedek pil
- Yedek ampul
- Mumluk ve mumlar
- Termos

TEKNİK MALZEMELER

- Kazma
- Emniyet kemeri
- Baton
- Ekspres
- Yardımcı İp
- Buz çekici
- Kaya çekici
- Krampon ve anahtarları
- Kask
- Tırmanış İpi
- İp torbası
- Karabinalar ve diğer emniyet ekipmanı
- Kişisel iniş, emniyet alma malzemeleri
- Buz vidaları ve deadman
- Çığ sondası
- Kaya tırmanış ayakkabısı

DÜNYANIN EN YÜKSEK DAĞLARI

Yerküre üzerinde görünen parçaları ise kıtaları oluşturur. Bunlar, yani kıtalar aynen aysbergler (buzdağları) arasına sıkışmış gemi lere benzerler. Bu levhaların birbirine yaklaşip, uzaklaşmaları neticesi meydana gelen basınç ile kıtalar ve kıtalar üzerindeki (kenarındaki) kıvrımlı dağlar oluşmuştur. İşte II. Zaman sonu III. Zaman başlangıcında Alp Kıvrım sistemi bu şekilde meydana gelmiştir. Dünya üzerindeki önemli zirvelerden örnekler verecek olursak: Himalaya'lar, dünyanın en yüksek 12 zirvesine sahiptir. Dünyanın en yüksek tepesi 8848 m ile EVEREST'e aittir. Atlas ve duvar haritalarındaki 8611 m yükseltisine rağmen, bir diğer ölçüme göre ise Everest'ten 30 m daha yüksek olan ve Karakorum Dağları üzerindeki 8878 m yükseltili K2 zirvesi dünyanın en yüksek tepesidir. Batı Pasifik'te ise 5029 m yükseklikteki Jaya doruğu Yeni Gine'deki ve 3776 m ile Japonya'daki Fujiyama önemli yükseltilerdir.

Avustralya'nın en yüksek noktası güneydoğudaki Avustralya Alpleri üzerindeki Kosciusko (2230 m) Dağıdır. Kuzey Amerika'nın en yüksek doruğu olan Mc. Kinley (6194 m), ayrıca Logan (5951 m) ve Meksika'da yer alan Orizaba (5700 m) önemli dağları oluştururlar. Güney Amerika'da ise; And Dağları üzerinde 6000 m'yi geçen birçok zirve vardır. Bunlardan Aconcagua 6960 m yüksekliğinde olup, güney Amerika'nın en yüksek zirvesidir. Afrika'nın en yüksek dağı ise, 5895 m ile Klimanjaro dağlarıdır. Avrupa'nın en yüksek zirvesi ise, Kafkas'larda yer alan 5642 m ile Elbruz doruğudur. Mont Blanc ise Alplerin en yüksek noktası olup 4807 m'dir.



Dağcılık her ne kadar zor bir spor olsa da en gerçek haliyle doğada hayatta kalabilmektir. Zamanla ve eğitimle doğayı keşfetmenin en güzel yollarından birisidir. Bir gün dağlarda karşılaşmak dileğiyle sağlıklı kalın doğada kalın.....

SAĞLIKLI BİREY, SAĞLIKLI TOPLUM İÇİN GÜÇ BİRLİĞİ ŞART



Dr. Arzu Öztürk

Hasibe Durmuş Akçakaya ASM Talas/Kayseri

Birleşmiş Milletler Genel Kurulu, 1987 yılında sağlıklı bir toplum hedefiyle 26 Haziran'ı Dünya Uyuşturucu Kullanımı ve Kaçakçılığı ile Mücadele Günü olarak kabul etmiştir.

Bu gün, uyuşturucu kullanımının ve kaçakçılığının yarattığı tehlikeleri hatırlatmak ve bu konularla mücadelede toplumsal farkındalığı artırmak amacıyla dünya genelinde etkinlikler düzenlenmektedir. Uyuşturucu sorunu, sadece bireylerin sağlığını değil, aynı zamanda aileleri, toplulukları ve toplumları da derinden etkileyen bir sağlık krizidir.

2022'DE 2446 BİN OLAY

Türkiye'de yapılan çalışmalar, özellikle Captagon ve metamfetamin gibi uyuşturucuların kullanımında son yıllarda büyük artışlar olduğunu göstermektedir. Anadolu Ajansı'nın Emniyet Genel Müdürlüğü Narkotik Suçlarla Mücadele Başkanlığı "2023 Türkiye Uyuşturucu Raporu"ndan derlediği verilere göre 2022 yılında Türkiye'de 246 bin 237 uyuşturucu olayı kaydedilmiş ve 313 bin 786 şüpheli yakalanmıştır. Bu olaylardan 202 bin 527'si kullanım amaçlı uyuşturucu madde satın alma ve bulundurma, 37 bin 85'i uyuşturucu imal ve ticareti, kalan bölümü ise kullanımı özendirme ve kanuna muhalefet olarak kayıtlara geçmiştir.

YATAK KAPASİTEMİZ 1388

Uyuşturucu maddelerin kullanımı, fiziksel ve zihinsel sağlığa ciddi zararlar verebilir. Fiziksel olarak, uyuşturucular kalp hastalıkları, solunum problemleri, karaciğer ve böbrek hasarları gibi çeşitli sağlık sorunlarına yol açabilir. Örneğin, opioidler gibi maddelerin aşırı dozda kullanımı, solunum durmasına ve ölüme neden olabilir. Zihinsel sağlık açısından, uyuşturucu kullanımı anksiyete, depresyon, paranoid düşünceler ve psikotik bozukluklar gibi ciddi ruh sağlığı problemlerine yol açabilir. Ayrıca, uzun süreli kullanım beyin yapısında ve işlevinde kalıcı değişikliklere neden olabilir. Ülkemizde uyuşturucu madde bağımlılığı tedavisi ayaktan ve yatarak tedavi olarak sunulmaktadır. 2022 yılı sonu itibarıyla 135 uyuşturucu madde bağımlılığı tedavi merkezi bulunmaktadır. 59 merkezde hem ayaktan hem yatarak, 76 merkezde ise sadece ayaktan tedavi hizmeti yürütülmektedir. 2022 yılı sonu itibarıyla tedavi merkezlerinin toplam yatak kapasitesi 1.388'dir. 81 ilimizin 79'unda en az bir bağımlılık tedavi merkezi bulunmaktadır.

TOPLUMSAL GÜVENLİK SORUNU

Uyuşturucu bağımlılığı, sadece bireysel bir sorun olmanın ötesinde aileleri, toplulukları ve genel anlamda toplumu derinden etkileyen bir sorundur. Bağımlılık, aile içi şiddet, çocuk ihmal ve istismarı, iş kaybı ve evsizliğe neden olabilir. Suç oranlarının artmasına, iş gücü kaybına, aile içi şiddete ve sosyal hizmetlerin üzerinde aşırı yük oluşturmasına yol açar. Uyuşturucu bağımlıları, suç işleme eğiliminde olabilirler, bu da toplumsal güvenliği tehdit eder. Ayrıca, uyuşturucu kaçakçılığı ve ticareti, organize suç örgütlerinin büyümesini ve şiddet olaylarının artmasının önemli nedenlerinden biridir.



DAHA ETKİN BİR MÜCADELE İÇİN NE YAPMALI?

Uyuşturucu ile mücadelede başarılı olabilmek için aşağıdaki öneriler dikkate alınmalıdır:

1. Eğitim ve Bilinçlendirme: Uyuşturucu kullanımının zararları hakkında kapsamlı eğitim programları düzenlenmeli ve özellikle gençler arasında farkındalık artırılmalıdır.
2. Aile Destek Programları: Aileler, çocuklarının uyuşturucu kullanımını engellemede kritik bir rol oynar. Bu nedenle, ailelere yönelik eğitim ve destek programları oluşturulmalıdır.
3. Erişim Kontrolü: Uyuşturucu maddelerin erişimini zorlaştıracak yasal düzenlemeler yapılmalı ve bu maddelerin ticaretini önlemek için etkin denetim mekanizmaları kurulmalıdır.
4. Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri: Bağımlılar için daha fazla tedavi ve rehabilitasyon merkezi açılmalı, bu merkezlerin ulaşılabilirliği artırılmalıdır.
5. Toplumsal Destek: Bağımlı bireylerin topluma kazandırılması için sosyal destek mekanizmaları güçlendirilmelidir. İşe yerleştirme ve sosyal entegrasyon programları bu süreçte önemli rol oynar.

BİRLİKTE HAREKET ETMELİYİZ

Madde kullanımı ve bağımlılığı tüm dünya için önemli ve çok boyutlu bir sorundur. Bu nedenle uyuşturucuyla daha etkin bir mücadele ancak ilgili tüm kurumların birlikte hareket etmesiyle mümkündür. Küresel bir sorun olduğu için uluslararası paydaşlarla da uyum için çalışılması gereken bir alandır. 26 Haziran Dünya Uyuşturucu Kullanımı ve Kaçakçılığı ile Mücadele Günü, uyuşturucu sorununun ciddiyetini hatırlatmak ve bu konuda toplumsal bilinç oluşturmak için önemli bir fırsattır. Uyuşturucunun bireyler ve toplumlar üzerindeki yıkıcı etkilerini azaltmak için hep birlikte hareket etmeli, farkındalığı artırmalı ve bağımlılıkla mücadelede kararlı adımlar atmeliyiz. Unutmayalım ki, sağlıklı bireyler ve sağlıklı toplumlar için uyuşturucu ile mücadele şarttır.

OTİZM



Doç. Dr. Fatih Hilmi Çetin

Diamind Zihin Akademisi, Konya



Doç. Dr. Halit Necmi Uçar

Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Uzmanı

TARİHÇE

Otizm spektrum bozuklukları (OSB) çocukluk çağı nörogelişimsel bozukluklar içinde yer alan bir klinik tanı grubudur. Belirtileri erken çocukluk çağında başlamakta olup, sosyal-iletişimsel alanda belirgin yetersizlikle ve sınırlı, tekrarlayıcı davranışlar ve ilgi alanları ile seyreden bir bozukluktur.

İlk kez 1943 yılında Leo Kanner, konuyla ilgili 11 olgu sunarak bu durumdan infantil otizm şeklinde söz etti. 1970'lerden sonra şizofreniden tamamen farklı bir konu olduğu ortaya konuldu. İlk kez 1980'de Amerika Psikiyatri Birliği tarafından yayınlanan DSM III' te yerini aldı (1).

1994 yılında yayınlanan DSM IV' te " Otistik Bozukluk" yaygın gelişimsel bozukluklar grubunda yer alan beş bozukluktan biri olarak belirlendi. Otistik bozukluklar tanı kriterleri olarak üç temel alan, yani sosyal etkileşimde bariz eksiklik, iletişimde kalitatif yetersizlik ve tekrarlayıcı ilgi alanı ile aşırı uğraş başlıkları adı altında 12 belirti sıralandı (2).

Mayıs 2013'te yayınlanan DSM 5'e göre öncelikle bozukluğun ismi "Yaygın Gelişimsel Bozukluk" tan "Otizm Spektrum Bozukluğuna" değiştirildi (3).

Otizm Spektrum Bozuklukları Tanı Kriterleri

A-Toplumsal iletişim ve toplumsal etkileşimde sürekli yetersizlik için olması

- Toplumsal duygusal karşılık vermedeki yetersizlik
- Toplumsal etkileşim için kullanılan sözel olmayan iletişimsel davranışlarda yetersizlik
- İlişkileri geliştirmekte, devam ettirmekte ve anlamakta güçlük

B-Tekrarlayıcı davranışlar, ilgiler ya da etkinlikler

- Basmakalıp veya tekrarlayıcı motor hareketler
- Aynı olmakta ısrar, rutine sıkı sıkıya bağlı olma veya ritüelleşmiş sözel ve sözel olmayan davranışlar
- Sabitlenmiş ilgiler
- Duyusal olarak aşırı ya da az duyarlılık veya çevrenin duyuşal boyutuna aşırı ilgi

OTİZMİN SEBEPLERİ VE ETKİLİ MEKANİZMALAR

Otizm ve otizm spektrum bozukluklarının henüz tam sebepleri bilinmemekle birlikte, pek çok faktörün rolü olabileceği, bu faktörler içinde genetik faktörlerin özel önemi olduğu ve otizmin bir beyin hastalığı olduğu artık bilinmektedir. Aşağıda bu konuda yapılmış araştırmalar özetlenerek sunulacaktır.

I. Anatomik Değişiklikler

Çalışmalarda beyin ve beyin bölgelerinin anatomisi gibi hem makroanatomik hem de mikrodevreler, nöron organizasyonları gibi mikroanatomik değişiklikler incelenmiştir.

a. Makroanatomik değişiklikler

Bu alanda ilk önemli çalışma Kemper ve Bauman(1998)'a aittir. Bu postmortem çalışmada beyin ağırlığında artıştan söz edilirken serebral kortekste anomali bildirilmemiştir (5). Bailey(1998) ise çalışmasında megalensefali bildirmiştir (6).

Pek çok çalışma otizmde beyin gelişimindeki anormalliklerin erken yaşlarda başladığını bildirmektedir. 3 yaş öncesi bu grupta beyin de aşırı büyüme olup sonra büyüme durur, bu atipik beyin gelişmesi frontal lobda, temporal lobda ve amigdalada görülür. Ayrıca erken dönemde serebellar vermisin bazı alt bölgelerinde hipoplazi de söz konusudur.

b. Mikroanatomik değişiklikler

Kemper ve Bauman'ın postmortem çalışmasında özellikle hipokampus, subikulum, septal nükleuslar ve bazı amigdala alt çekirdeklerinde küçük, yoğunlaşmış nöronlar ile birlikte purkinje hücre yoğunluğunda azalma bildirilmiştir (5).

Son 10 yılda görüntüleme yöntemlerindeki gelişmeler neokortekste, daralmış nöronal minikolumnların sayısal artışını ortaya koydu.

Otizmdeki bir diğer görüş; kortikal az bağlantılık (underconnectivity) kuramıdır. Bu görüşe göre OSB'lilerde frontal ve beyin arka bölümleri arasındaki birleşmeyi sağlayan iletişimsel bandın genişliği azalmış durumdadır. Bu az bağlantılık anormal beyaz cevher şeklinde görülmektedir ve ayrıca frontal ve arka bölümler arası senkronizasyon azalmıştır.

Frontal erişimin azlığı arka bölümlere (görsel alan) daha çok iş yüklemektedir. Sonuçta bu kortikal az bağlantılık teorisi OSB'deki biliş ve davranış problemlerini de kısmen açıklamaktadır. Bu sadece bu bireylerin zaafalarını değil, görsel – mekansal becerilerinin neden güçlü olduğunu da açıklamaktadır (7).

2-Fonksiyonel değişiklikler

Yapılan çalışmalara rağmen OSB'lilerin beyinlerinde fazla nöropatolojik bulguya rastlanmaması, OSB'lilerin beyinde yaygın yapısal bir problemden ziyade işlevsel bir problem olabileceğini düşündürmektedir.

a. Nörofizyolojik değişiklikler

EEG anormallikleri %50 otizmlide bildirilmiştir (8).

fMRI çalışmalarında fotoğraflardan duyguları anlamaya çalışırken veya muhakeme anında amigdalanın aktive olmadığı belirtilmiştir. Benzeri bir yöntemle yüz okuma, sağ fuziform girusta aktivasyonun azalması bildirilmiştir (9).

b. Nörokimyasal değişiklikler

Bazı çalışmalar özellikle serotonin ve gabaerjik sistemi otizmle ilgili bulmuştur. Bu kanıtlandığı takdirde bu belirtilerin farmakolojik tedavisi kolaylaşacaktır.

3-Genetik etmenler

Son 10 yılda otizm ile ilgili pek çok bağlantı ve aday gen çalışmaları yapılmıştır. Bunların bir kısmı halen sürmektedir ve bu çalışmaların sonucunda postsinaptik yoğunluk, sinaptogenez, hücre adezyonunda rolü olan genlerdeki hem yaygın hem nadir varyansların otizme yatkınlıkla ilgili olduğu bildirilmiştir (10).

Otizmde pek çok olgu sporadiktir. Şu an bilinmeyen oranda bir grupta taşıyıcı olmayan ebeveynin birinin gonadında ya da embriyonun erken evresinde de novo olayı gerçekleşmektedir. Bu gibi ailelerde ailenin iki çocuğunun otizmlili olma ihtimali zayıftır. Ancak o otizmlili birey çocuk sahibi olduğu takdirde risk yüksektir. Yeni ortaya çıkan eğilimler bazen mikrodelsiyon, duplikasyon veya başka türlü yeniden düzenlemelerden dolaydır (10).

3-Çevresel etmenler

Yapılan bütün çalışmalar içerisinde en tutarlı veriler ileri baba yaşı ile ilgili elde edilmiştir. İleri baba yaşı şuan otizm için risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Bu tek başına bir sebep değildir. Ancak biyolojik sürecin bir belirleyicisi olarak düşünülmektedir (4).

Aşılarla otizm arasında hiçbir bağlantı saptanmamıştır. Hatta aşılarla ara verilen ülkelerde o dönemde otizm sıklığında artış görülmüştür.

Sonuç itibarı ile genomik ve çevresel risk faktörlerinin OSB'nin riskini ve şiddetini birlikte tayin etmesinin 4 şekilde görüldüğü bildirilmektedir:

A-Gen çevre etkileşimi (genetik yatkınlığı olanlarda çevresel faktörlere maruz kalma)

B-Çevresel faktörlerin üreme hücrelerinde genetik hasara yol açması (nokta mutasyonları veya yapısal değişim)

C- Çevresel faktörlerin epigenetik olarak herediter geçişi sağlanması

D- Genetik eğilimlerin çevresel maruziyeti sağlaması

Sonuçta çevresel faktörlerin otizmde sadece genetik olarak etkili olabileceği vurgulanmaktadır Epigenetik; kromozomdaki yapı değişimine bağlı görülen gen ekspresyonundaki değişimdir. Epigenetiğin otizmdeki rolü, olması gerektiği kadar iyi araştırılmamıştır (11).

KLİNİK ÖZELLİKLER

OSB'nin temel klinik özellikleri sosyal-duygusal alanda kısıtlılık ve sapmalar, sözel ve sözel olmayan becerilerde kısıtlılık ve sapmalar ile tekrarlayıcı, törensel hareket ve davranışlardan ibarettir. Her yaşta gördüğümüz başka bir durum da yürütücü işlevlerde oluşan yetersizliktir.

Klinik Belirti Grupları

Sosyal Yetersizlik

OSB'li bireylerde sosyal alanlarda kısıtlılık söz konusudur. İnsan ilişkisi kuramama, uygunsuz sosyal ilişki, sosyal izolasyon, jest ve mimiklerin uygunsuz kullanımı, başka insanların tepkilerini anlamama, başka insanların ilgilerini ve deneyimlerini paylaşamama gibi özelliklere rastlanır.

İletişimsel Kısıtlılık

OSB'li bireylerde birbirinden farklı da olsa çeşitli iletişimsel problemler vardır. Bazıları hiç sözel beceri geliştiremezken bazıları son derece akıcı konuşabilirler.

Dil dışında sözel olmayan iletişimde de sıkıntılar söz konusudur. Örneğin jest ve minik kullanımı, atipik konuşma ve prozodi bozukluğu yaygındır.

Tekrarlayıcı İlgiler ve Davranışlar

Tipik gelişen çocuklarda tekrarlayıcı özellikler 3-4 yaştan önce kaybolurken, OSB'lilerde tekrarlayıcı davranışların ilk beş yaşta arttığı tespit edilmiştir.

Dikkat ve Yürütücü İşlevler

Dikkat değişimi bu çocuklarda problemdir ve dikkat sürdürümü kısa sürelidir.

Farklı Yaşam Evrelerinde Klinik Özellikler

0-1 Yaş Arası

Bu yaş grubunda göz kontaktı azdır, gülümseme ve seslenmeye yanıt kısıtlıdır. Kucağa alınınca mutlu olmazlar, motor taklit gelişmemiştir. Yalnız kalmaktan mutlu olurlar, yabancı algısı yoktur.

Çağrılınca bakmama özellikle diğer gelişimsel bozuklukların ayırıcı tanısında önemlidir. 6 aylıkken beklenen agulama, 9 aylıkken beklenen hecelemeler yok veya seyrek. Bir yaşındayken görülen anlamlı kelimeler bu yaştaki çocukların büyük çoğunluğunda görülmez.

1-2 Yaş Arası

Otizm tanısı alan çocukların büyük kısmında belirtiler 13-14 aylıkken ortaya çıkmaya başlamaktadır. Bu yaş diliminde insan yüzünden ziyade nesnelere gözlemlemeyi tercih ederler, motor aktivite azlığı ve motor beceri eksikliği söz konusudur. Ayrıca parmak ucunda yürüme ve garip el hareketleri gözlemlenmektedir.

2-3 Yaş Arası

En sık başvuru yaşıdır, sıklıkla konuşma gecikmesi sebebiyle aileler hekime başvururlar. 2 yaşında beklenen yaşitlarıyla paralel oyun oynama, 3 yaşında beklenen yaşitla karşılıklı oyun kurma ve yürütebilme söz konusu değildir.

Okul Öncesi Dönem (4-5 Yaş)

Normal gelişen bireylerde bu yaşta empati kapasitesi yetişkin düzeyine yaklaşmaktayken, bu grupta empati söz konusu değildir. Her zaman karşı tarafın ne hissettiğini ve karmaşık duyguları anlamada yetersizlikler göze çarpar.

Okul Çağı

Bu dönemde soğuk-mesafeli grup, pasif grup, aktif ancak tuhaf gruplar gözlemlenmektedir. Aktif ancak tuhaf grup iyi işlev düzeyi olan otizmliler veya Asperger tanısı olanlardır. Bu grupta bağlanma kapasitesi normalden farklı değildir. Sadece bağlanmanın bazı bilişsel yönleri eksiktir.

Bu dönemde oyunlar önemlidir. Ortak dikkat gelişmemişse karşılıklı oyun geliştiremezler. Dolayısı ile ilk yaşlardan itibaren başlatılan eğitim programları sosyal becerileri artırma, göz teması, ortak dikkate ve taklide dayalı becerileri geliştirebildiği takdirde, bu çocukların ileriki yaşlarda karşılıklı oyun kurma şansı artacaktır.

Ergenlik

Bu dönemde gerek tedavinin gerekse gelişimsel faktörlerin katkısı ile motor stereotiplerde azalma söz konusudur.

Ergenlik çağı ebeveyninden ayrılma, bağımsızlığı deneme ve yaşıt ilişkilerini yoğun ve yakın yaşama dönemi iken, bu bireyler bağımsızlaşmak için gereken donanıma sahip değildirler. Sosyal ilişki kurma gücünü çeken ve pek çok davranışın sosyal anlamını kavramakta zorlanan bu bireyler, cinsel dürtülerini toplumda uygun-suz biçimde sergilerler.

Erişkinlik

Mental retardasyonun eşlik ettiği olgular yetişkinlikte de başkalarına bağımlı bir hayat yürütmektedirler. Normal zekalı OSB tanılı bireylerin bir kısmı ise bazı zorluklarla da olsa hayatlarına bağımsız ya da kısmi destekle devam etmektedir.

Yaşlılık

Orta yaş OSB'lilerde mortalite riski 2-5 kat daha fazladır. Bu durumun sebebi genellikle eşlik eden epilepsi veya maruz kaldıkları kazalardır.

Tipik gelişen bireylerde yaşlanma ile birlikte sosyal izolasyonun varlığı depresyon için risk faktörüdür. Hayat boyu yalnızlığı tercih eden OSB'li bireylerde ise yaşlılıkta da yalnızlığı tercih etmenin, bu bireyleri depresyona karşı koruduğu düşünülmektedir.

Sonuç:

Otizmde daha anne karnında nörogenez aşamasında başlayan sorunların (migrasyon hataları, sinaps hataları..v.b.) davranışsal çıktıları doğumdan sonraki dönemde başlar, her dönemde farklı şekillerde tezahür eder. Tanı alma yaşı ortalama 2-2,5 olması hastalık bu yaşlarda başladığından değil, ebeveynlerin ancak bu yaşlarda makrodeğişiklikleri fark etmeye başlamasıyla ilgilidir. Tecrübeli bir çocuk/ergen psikiyatristi çok daha erken dönemlerde farklılıkları saptar (4).

OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUKLARINDA KLİNİK DEĞERLENDİRME

Başvuru Sebebi

Bireyler farklı yaş gruplarında farklı sebeplerle başvurabilirler. Genelde bebeklik ve oyun çağında dil gelişimde gecikme, dış dünya ilgisizliği, göz kontaktı kurmaması gibi yakınmalarla gelinmekte iken ergenlik çağında yeme bozukluğu, intihar düşüncesi, obsesif kompulsif bozuklukla başvurulmaktadır.

Psikiyatrik Değerlendirme:

Ebeveyn ile Görüşme

İlk başvuruda çocuğa ait doğal ortamda çekilmiş video görüntüleri varsa onu da getirmeleri istenmelidir. Aileden alınacak bazı bilgiler:

- Şu anki temel başvuru sebebi
- Yaşa uygun adaptif davranışları (sosyal-iletişimsel beceriler, öz bakım, bağımsızlık becerileri)
- Gelişimsel öykü (motor, sosyal-iletişimsel)
- Sosyal öykü (hamilelik ve doğum sonrasında annenin ruhsal durumu, bakım verenler ve çevresel koşullar)
- Fiziksel hastalık öyküsü
- Aile öyküsü (geniş otizm fenotipi, MSS ve psikiyatrik hastalıklar ve fiziksel hastalıklar)

Çocukla Gözlem ve Görüşme

İki şekilde gözlemek ve bu bilgileri toplamak uygundur. Birincisi yapılandırılmamış ortam, genelde muayene odası veya oyun odası. Bu ortam çocuğun sosyal-duygusal potansiyelini belirle-
mekte önemlidir. Diğeri de yapılandırılmış bir ortamda gelişim zekâ testi yapan psikoloğun sunduğu gözlem raporu ile bu ortamda da zihinsel becerilerini ortaya koyar. Bu gözlemler ve aile-
den edinilen bilgilerle çocuğun sosyal-duygusal, dil ve davranış-
sal özellikleri ortaya çıkmaktadır.

Diğer İncelemeler

Otizm tanısı için ölçeklere aşırı güvenmek klinik hatalara yol açabilir. Bu işi bilen bir uzmanın klinik tanısı altın standart olarak kabul edilmektedir. Fizik muayenede önemli olan öğeler dismorfinin (genelde Fragil X) ,cilt lekelerinin araştırılmasıdır. Genelde orta-a-
ğır zihinsel engelliliğin eşlik ettiği, sonradan gerileme görülen, nö-
betlerin eşlik ettiği olgularda daha fazla tıbbi inceleme yapılmalı, özellikle erkeklerde 15q11.-13 monozomi, trizomi ve kısmi tetrazomi-
ye bakılmalıdır. Kızlarda ise MECP2 mutasyonuna bakılmalıdır.

Ayırıcı Tanı

OSB ile ayırıcı tanı gerektiren durumlar aşağıda belirtilmiştir:

- Dil Bozuklukları
- Sosyal-iletişimsel bozukluk
- Zihinsel yetersizlik -Tepkisel bağlanma bozuklukları
- Görme ve işitme engelliler
- Çok erken başlangıçlı şizofreni
- Selektif mutizm
- Landau-Kleffner Sendromu (LKS)

Tanı Koyma Yaşı

Bir çocukta herhangi boyutta sorun varsa, müdahale/tedaviye başlamak için, nihai tanıyı ileride koymayı beklemek çocuğa ve onun gelişimine zarar verecektir. İlk muayenede bariz patoloji saptanamıyorsa bile birkaç ay sonra yeniden değerlendirmeye davet edilerek çocuğun muayenesi gerçekleştirilmelidir (4).

EĞİTSEL TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

Geniş OSB gruplarında etkinliği bütün olgularda kanıtlamış bir yöntem henüz söz konusu değildir. En çok kanıta dayalı veri olan tedavi yaklaşımı davranışçı yöntemlerdir. Ancak bu yaklaşım bile uygulanan grupların yarısında işlev düzeyini normale yaklaştırılmaktadır.

Bir çocuğa otizm tanısı konulduktan sonra öncelikle yapılması gerekenlerin listesi çıkartılır ve aile ile paylaşılır. Çocuğu takip eden hekim, belli aralıklarla (ortalama 3-4 ay) çocuğu muayene ederek eğitimin etkinliğini değerlendirir.

Tedavide temel yaklaşım eğitsel davranışlardır. Bu eğitsel yaklaşımlar sosyal-iletişimsel alanda gelişmeyi, istenmeyen davranışları azaltmayı, yeni beceriler kazandırmayı hedeflemelidir. Bu alanda etkinliğine dair kanıt bulunan yaklaşım davranışçı modeldir.

Otizm vakalarının birçoğunda ilaç kullanımı söz konusudur. En sık öfke, hareketlilik, dikkat sorunu, uykusuzluk, saldırganlık, takıntılar ve tekrarlayıcı hareketler sebebiyle ilaç kullanılır.

EĞİTİM PROGRAMINDA OLAN ÇOCUKLARA EK DİL EĞİTİMİ GEREKLİ Mİ?

Yapılan çalışmalar rutin eğitimi devam eden çocuklarda ebeveyn tarafından sunulan pragmatik dil becerileri programlarının çocuğun sözel becerilerine olumlu katkısı bildirilmiştir.

EBEVEYN TARAFINDAN EĞİTİM PROGRAMI SUNULABİLİR Mİ?

Yapılan çalışmalarda haftada 39 saat bir eğitimciden davranışçı tedavi+ PRT+ dil terapisi alan çocuklarla; haftada 32 saat ebeveynleri tarafından benzer programlar uygulanan çocukların sonuçları arasında fark çıkmadığı tespit edilmiştir.

Bu çalışmalar uygun biçimde yoğun programlarda ebeveynin rolünün önemli olduğunu göstermiştir. Ülkemiz koşulları ve uygun eğitim programlarına ulaşımındaki sıkıntı düşünüldüğünde, ebeveynin eğitim programlarını öğrenip mümkün olduğunca kendi ortamlarında da uygulamaları önerilmektedir.

OSB'DE İLAÇ TEDAVİLERİ

Otizm spektrum bozukluklarının temel belirtilerini iyileştirecek bir ilaç henüz geliştirilememiştir. Buna karşın otizme eşlik eden davranışsal sorunlar için daha çok ilaç kullanılmaktadır. Yani öfke, hiperaktivite, dikkat sorunları, tekrarlayıcı davranışlar ve diğer davranışsal sorunların tedavisinde ilaç kullanılmakta ve kayda değer bir ilerleme görülmektedir. Bu tedavilerin yapılmasıyla sosyal-iletişimsel özelliklerde olumlu gelişmeler görülmüştür. Esasen eğitim almalarını engelleyen de bu tür davranışlar olduğu için; bunların azaltılmasıyla otizmlilerde öğrenme ve eğitime uyum sağlamaları arttırılmıştır.

İlaç tedavisi uygularken kesinlikle hedef belirtileri tespit etmek ve ilaç kullanma gerekçesini açıkça belirtmek gerekir. Hedef belirtiler birden fazlaysa önce hayati önemi daha yüksek olandan başlanarak ilaç tedavisine başlanmalıdır. Takip eden 2-3 gün içinde diğer ilaçların tedaviye eklenmesi gerekmektedir. Bu şekilde ilaçların yan etkilerinin gözlemlenmesi de kolaylaşmış olmaktadır.

İlaç tedavisi düzenlerken hedef en az yan etki ile en çok etkinliği bir arada yakalamak olmalıdır. Ayrıca ilaç kullanımına başlamadan önce ayrıntılı psikiyatrik-gelişimsel ve medikal-nörolojik bilgi gerekir.

Fiziksel hastalık taşıyan çocuklarda EKG ve KC fonksiyon testlerine, başlangıç boyu ve kilosuna dikkat edilmelidir. Genel olarak ilacın hedef belirtiler üzerindeki etkisi ve yan etkilerini ölçmek için bazı ölçekler kullanılmaktadır. Bunlardan biri 'Sorun Davranışlar Kontrol Ölçeği'(Abberent behavior Checklist) ve obsesif belirtiler için 'Çocukluk Çağı Yale Bown Obsesif Kompulsive Skalası' kullanılabılır. Klinisyenin ilacı vereceği hastayı tam muayene yapıp ilacın yan etkilerini ve etkilerini gözlemlemesi gerekir. OSB'lilerde en çok kullanılan ilaç grupları antipsikotikler, antidepresanlar ve psikostimülanlardır. Tüm ilaçlar arasında otizme eşlik eden davranışsal sorunlar için FDA tarafından onaylanan iki ilaç vardır: RİSPERİDON ve ARİPİPRAZOL (4)

TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TEDAVİLER

Tamamlayıcı ve alternatif tıp tanım itibariyle mevcut tıbbi yöntemlerden olmayan farklı ürünler, yöntemler ve yaklaşımları içermektedir. Alternatif tedaviler özellikle kronik hastalığı olan bireyler ve ailelerin sık kullandığı yöntemlerdir. Otizm'de kronik bir bozukluk, üstelik temel semptomları için henüz tam radikal tedavisi olmayan bir durum olduğundan, mevcut tedavi yöntemlerinin çok uzun süre sürdürmenin zorunlu olmasından, bazı klinisyenlerin de ailelere net bilgi vermemesi veya uygun bir tedavi sunmaması gibi sebeplerden bu grubun da alternatif tedavilere başvurması kaçınılmazdır.

Amerika'da Otizmliler grubun %75'inde aileler çocukları için alternatif tedaviler kullanmaktadır. Takipte olmayan grupta, muhtemelen uygun tedavilere başvurudaki sıkıntı veya ulaşma şansı olmayanlarda bu oranın daha yüksek olabileceği düşünülmektedir.

"TAVSİYE EDİLEBİLECEK" OLANLAR;

1-Melatonin:

OSB ile birlikte uyku bozuklukları da sıkça görüldüğünden bu bireylerde melatonin kullanımının uyku bozukluklarında iyileşme sağladığı bildirilmiştir. Ayrıca ciddi yan etkileri olmadığından güvenli bir ilaçtır.

2-Masaj:

Yapılan çalışmalar sonucu otizmi olan çocuklarda masaj terapisi alanlarda hem uyku hem de sosyal duyarlılıkta artış bildirilmiştir. Ayrıca bu terapinin ebeveynler tarafından yapılmasıyla ilişkisel sıcaklık oluşmasına, yakınlığa ve çocuğun geriliminin azaltılmasına katkı sağlayabileceği yönünde görüşler de vardır.

3-Beslenmesi kötü olan bireylerde multivitamin kullanımı

Beslenme bölümünde diyet tedavileri ile ilgili çalışmalar değinilmiştir. Herhangi bir özel diyet çeşidine ilişkin kanıt yoktur.

“KABUL EDİLEBİLİR” OLANLAR;

1. Düşük doz B6 vitamini
2. Folik asit
3. Omega 3
4. Akapunktur
5. Spor
6. Müzik terapi
7. Hayvanlar ile terapi
8. GIS semptomu olanlar için probiyotik

“TAVSİYE EDİLMEZ” OLANLAR;

1. B12 vitamini
2. C vitamini
3. Cyproheptadine
4. İmmün terapiler
5. Nörofeedback
6. GAPS ya da benzeri diyetler

Ayrıca hiperbarik oksijen tedavisi, şelasyon, işitsel entegrasyon gibi bazı yöntemler de etkisiz olduklarından bu 3 kategorinin dışı şında tutulmuştur.

Sonuç olarak tüm bu yöntemler otizmi değil eşlik eden bazı bulguları tedavi etmeye veya bireyin sosyal becerilerini geliştirmeye yöneliktir. Hekimler aileleri bu konuda açıkça bilgilendirip uygulanabilecek bazı alternatif yöntemlerin bitkisel ve doğal bile olsa zarar da verebileceği konusunda ve otizmi tedavi edebileceğini söyleyen fırsatçı ve kötü niyetli kişilere karşı uyarmalıdır (4).

Kaynaklar:

1. Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-III)*. Washington, DC: American Psychiatric Association. 1980.
2. Association AP. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. American Psychiatry Association, Washington, DC. 1994.
3. Association AP. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*: American Psychiatric Pub; 2013.
4. Mukaddes NM, Çocuk İ, Psikiyatrisi E. *Otizm spektrum bozuklukları*. İstanbul Nobel Tıp Kitabevleri. 2014.
5. Kemper TL, Bauman M. *Neuropathology of infantile autism*. *Journal of neuropathology and experimental neurology*. 1998;57(7):645-52.
6. Bailey A, Luthert P, Dean A, Harding B, Janota I, Montgomery M, et al. *A clinicopathological study of autism*. *Brain: a journal of neurology*. 1998;121(5):889-905.
7. Bohland JW. *Toward a multimodal, multiscale understanding of white matter abnormalities in autism spectrum disorder*. *Biological psychiatry*. 2016;79(8):e47-e8.
8. Minshew NJ. *Indices of neural function in autism: clinical and biologic implications*. *Pediatrics*. 1991;87(5):774-80.
9. Hull JV, Jacokes ZJ, Torgerson CM, Irimia A, Van Horn JD. *Resting-state functional connectivity in autism spectrum disorders: A review*. *Frontiers in psychiatry*. 2017;7:205.
10. Patel J, Lukkes JL, Shekhar A. *Overview of genetic models of autism spectrum disorders*. *Progress in brain research*. 2018;241:1-36.
11. Modabbernia A, Velthorst E, Reichenberg A. *Environmental risk factors for autism: an evidence-based review of systematic reviews and meta-analyses*. *Molecular autism*. 2017;8(1):13.
12. KILINÇ GE, SÖĞÜT MÜ. *Mikrobiyotaya Güncel Bir Yaklaşım: Otizm ve Mikrobiyota*. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences*. 2018;3(1):88-94.

13. Hughes HK, Rose D, Ashwood P. The gut microbiota and dysbiosis in Autism spectrum disorders. *Current neurology and neuroscience reports*. 2018;18(11):81.
14. Baron-Cohen S, Campbell R, Karmiloff-Smith A, Grant J, Walker J. Are children with autism blind to the mentalistic significance of the eyes? *British Journal of Developmental Psychology*. 1995;13(4):379-98.
15. Frith U. Autism and "theory of mind". *Diagnosis and treatment of autism*: Springer; 1989. p. 33-52.
6. Reichelt K, Ekrem J, Scott H. Gluten, milk proteins and autism: dietary intervention effects on behavior and peptide secretion. *Journal of Applied Nutrition*. 1990;42(1):1-11.
17. Adams L, Conn S. Nutrition and its relationship to autism. *Focus on autism and other developmental disabilities*. 1997;12(1):53-8.
18. Knivsberg A-M, Reichelt K, Nødland M. Reports on dietary intervention in autistic disorders. *Nutritional Neuroscience*. 2001;4(1):25-37.
19. Genuis SJ, Bouchard TP. Celiac disease presenting as autism. *Journal of child neurology*. 2010;25(1):114-9.
20. Bird BL, Russo DC, Cataldo MF. Considerations in the analysis and treatment of dietary effects on behavior: a case study. *Journal of autism and childhood schizophrenia*. 1977;7(4):373-82.
21. Irvin DS. Using analog assessment procedures for determining the effects of a gluten-free and casein-free diet on rate of problem behaviors for an adolescent with autism. *Behavioral Interventions: Theory & Practice in Residential & Community-Based Clinical Programs*. 2006;21(4):281-6.
22. Whiteley P, Haracopos D, Knivsberg A-M, Reichelt KL, Parlar S, Jacobsen J, et al. The ScanBrit randomised, controlled, single-blind study of a gluten-and casein-free dietary intervention for children with autism spectrum disorders. *Nutritional neuroscience*. 2010;13(2):87-100.
23. Johnson CR, Handen BL, Zimmer M, Sacco K, Turner K. Effects of gluten free/casein free diet in young children with autism: a pilot study. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*. 2011;23(3):213-25.
24. Navarro F, Pearson DA, Fatheree N, Mansour R, Hashmi SS, Rhoads JM. Are 'leaky gut' and behavior associated with gluten and dairy containing diet in children with autism spectrum disorders? *Nutritional neuroscience*. 2015;18(4):177-85.
25. Puspongoro HD, Ismael S, Firmansyah A, Sastroasmoro S, Vandennipulas Y. Gluten and casein supplementation does not increase symptoms in children with autism spectrum disorder. *Acta Paediatrica*. 2015;104(11):e500-e5.
26. Millward C, Ferriter M, Calver SJ, Connell-Jones GG. Gluten-and casein-free diets for autistic spectrum disorder. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2008(2):CD003498.

27. Mulloy A, Lang R, O'Reilly M, Sigafos J, Lancioni G, Rispoli M. Addendum to "gluten-free and casein-free diets in treatment of autism spectrum disorders: A systematic review". *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2011;5(1):86-8.
28. Hurwitz S. The gluten-free, casein-free diet and autism: limited return on family investment. *Journal of Early Intervention*. 2013;35(1):3-19.
29. Marí-Bauset S, Zazpe I, Mari-Sanchis A, Llopis-González A, Morales-Suárez-Varela M. Evidence of the gluten-free and casein-free diet in autism spectrum disorders: a systematic review. *Journal of child neurology*. 2014;29(12):1718-27.
30. Piwowarczyk A, Horvath A, Łukasik J, Pisula E, Szajewska H. Gluten-and casein-free diet and autism spectrum disorders in children: a systematic review. *European journal of nutrition*. 2017:1-8.
31. Parracho HM, Gibson GR, Knott F, Bosscher D, Kleerebezem M, McCartney AL. A double-blind, placebo-controlled, crossover-designed probiotic feeding study in children diagnosed with autistic spectrum disorders. *International Journal of Probiotics & Prebiotics*. 2010;5(2):69.
32. Adams JB, Johansen LJ, Powell LD, Quig D, Rubin RA. Gastrointestinal flora and gastrointestinal status in children with autism-comparisons to typical children and correlation with autism severity. *BMC gastroenterology*. 2011;11(1):22.
33. Kałużna-Czaplińska J, Błaszczak S. The level of arabinitol in autistic children after probiotic therapy. *Nutrition*. 2012;28(2):124-6.
34. Tomova A, Husarova V, Lakatosova S, Bakos J, Vlckova B, Babinska K, et al. Gastrointestinal microbiota in children with autism in Slovakia. *Physiology & behavior*. 2015;138:179-87.

Teşekkür:

Bu makalenin hazırlanmasında Prof. Dr. Nahit Motavalli Mukadder'in "Otizm Spektrum Bozuklukları: Tanı ve Takip" isimli eseri temel alınmıştır.

TÜTÜN VE SİGARANIN ZARARLARI: GEÇMİŞTEN GÜNÜMÜZE BİR TEHDİT



Dr. Elif Ceren Demircioğlu

Samsun İlkadım İrmak Asm

Dünyanın en ünlü medeniyetlerinden biri olan Mayalar'ın dünya'ya bıraktığı en kötü miras 2012'de dünyanın sonunun geleceğini öngören takvimleri değil ; tütünü bulup işlemeleri ve sanayileştirebilir içilebilir bir ürün olduğunu keşfetmeleridir. Yüzyıllar sonra Portekizli denizcilerin Amerika'yı keşfiyle 16. yüzyılda, Avrupa'da keyif verici ve tıbbi bir bitki olarak kullanılmaya başlanmış, zamanla tüm dünyaya yayılmıştır.

Yüzyıllar sonra Portekizli denizcilerin Amerika'yı keşfiyle 16. yüzyılda, Avrupa'da keyif verici ve tıbbi bir bitki olarak kullanılmaya başlanmış, zamanla tüm dünyaya yayılmıştır. Tütünün bu hızlı yayılımı, özellikle sigara, puro, nargile, tütün sakızları, çiğneme tütünler, elektronik sigara gibi tüketim biçimlerinin gelişmesiyle hız kazanmıştır. Birçok medeniyet dönem dönem farklı anlamlar yükleyerek tütün ürünlerini, kültürüne adapte etmiş ve böylesi bir zararlı alışkanlık tüm dünyada yer edinmiştir.

Türkiye, tarihsel olarak tütün üretimi ve tüketiminde önemli bir yere sahiptir. Osmanlı İmparatorluğu döneminde, tütün üretimi ve ticareti yaygındır ve Türkiye, uzun yıllar boyunca önemli bir tütün üreticisi ve ihracatçısı olmuştur. Ancak, bu alışkanlık zamanla halk sağlığı üzerinde ciddi tehditler oluşturmaya başlamıştır.



Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verilerine göre, dünya genelinde yaklaşık 1.3 milyar insan tütün ürünü kullanmaktadır. Her yıl yaklaşık 6 milyon insan sadece sigara kullanımına bağlı hastalıklar nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Daha çok kadınlar ve çocukların maruz kaldığı pasif içicilikten ise dünyada yılda altı yüz bin kişi hayatını kaybetmektedir. Ülkemizde ise bütün ölümlerin dörtte biri sigarayla bağlantılıdır, yani sigara olmasaydı her dört ölümden biri olmayacaktı. Türkiye’de yılda 100.000 kişi sadece sigara maruziyetinden dolayı hayatını kaybetmektedir, buna sigaranın da etken olduğu hipertansiyon, kalp hastalıkları, akciğer hastalıklarına bağlı ölümler dahil değildir. Kısa bir hesapla günde yaklaşık 300 kişi sigara ilişkili olarak hayatını kaybetmekteyken bu sayı günümüzde normalize edilmiş, artık dikkat çekmez hale getirilmiştir.

Türkiye’de tütün kullanımı, özellikle sigara içme oranları oldukça yüksektir. Yapılan birçok çalışmada dünyada tütün kullanımında ülkemiz başı çekmekte, en iyi ihtimalle ikinci olmaktadır. 2019 verilerine göre, Türkiye’de 15 yaş ve üzeri nüfusun yaklaşık %31.2’si tütün ürünü kullanmaktadır. Bu oran, erkeklerde %44.1, kadınlarda ise %19.2 seviyelerindedir. Kadınlardaki düşük görünen bu oran her gün artmakta sosyal ve ekonomik hakları erkeklere eşitlendikçe maddesef tütün ürünleri kullanma oranları da erkekleri yakalamaktadır. Sigara, Türkiye’de en yaygın tütün tüketim şeklidir, fakat nargile ve elektronik sigara kullanımı da son yıllarda artış göstermektedir. Özellikle gençler arasında nargile ve elektronik sigara kullanımının yaygınlaşması, tütün bağımlılığının genç yaşlarda başlamasına neden olmaktadır. Daha masum bir ürünmüş gibi sunulan elektronik sigara tütün ürünü başlangıç yaşını daha aşağılara çekmektedir. Birçok çalışmada insanların düşündüğünün aksine birçok sağlık problemine yol açtığı gösterilen ve sigara bırakmak için bir geçiş ürünü olmadığı kanıtlanan elektronik sigara ülkemizde yasak olsa da çeşitli yollarla ülkemize girmekte, gençlerimizi zehirlemektedir. Sağlık Bakanlığı’nın verilerine göre, Türkiye’de her yıl yaklaşık 100 bin kişi tütün kullanımına bağlı hastalıklar nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Bu, ülkedeki tüm ölümlerin yaklaşık %23’üne karşılık gelmektedir. Ayrıca, sigara içenlerin %60’ı 35-69 yaşları arasında, yani çalışma ve üretkenlik çağında ölmektedir.

İnsanların en üretken çağında, genç yaşta engellenebilir bir nedenle hayatını kaybetmeleri ya da kronik hastalık sahibi olmaları devletleri tütün konusunda çeşitli tedbirler almaya itmiştir. Dünya Sağlık Örgütü 2009 yılında MPOWER kriterleri adı verilen bir dizi tavsiye ortaya koyarak tütün içiciliğinin azaltılması için çalışma yapmıştır. Bu kriter tütün kullanılan alanların kısıtlanmasından, vergilerin artırılmasına, tütünün zararlarını anlatan kamu spotlarından, tütün ürünlerini bırakmak isteyenlere destek vermeye bir dizi uyarıgulama içermektedir. Bu kriterlerin tamamını karşılayan ilk ülke Türkiye olmuştur. Ancak zamanla kuralların uygulanmaması ya da esnetilmesi nedeniyle tütün tüketiminde beklenen düşüş gerçekleşmemiştir.

Tütün ürünleri ile mücadele, halk sağlığını koruma açısından kritik öneme sahiptir. Bu mücadelede başarı sağlamak için birkaç önemli adım atılmalıdır.

1- Eğitim ve Bilinçlendirme Kampanyaları: Toplumun tütün ürünlerinin zararları hakkında bilinçlendirilmesi, özellikle genç yaşta tütün kullanımını engellemede etkili bir yöntemdir. Okullarda ve üniversitelerde düzenlenen seminerler, medya kampanyaları ve halka yönelik eğitim programları bu sürecin bir parçası olmalıdır. 9 Şubat Sigara Bırakma Günü, 31 Mayıs Dünya Tütünsüz Günü ve 1-7 Mart Yeşilay haftasında etkinlikler, eğitimler ve kampanyalar düzenlenmektedir.

2- Yasal Düzenlemeler: Sigara ve diğer tütün ürünlerinin satışının ve kullanımının sınırlandırılması, tütünle mücadelede önemli bir adımdır. Kapalı alanlarda sigara içme yasağı, tütün ürünlerinin reklam ve promosyonlarının yasaklanması, paketler üzerinde caydırıcı uyarıların bulunması gibi yasal düzenlemeler, tütün kullanımını azaltmada etkili olmaktadır. ALO 184 sigara şikayet hattı aktif ve denetleme birimleriyle körele biçimde çalışmaktadır.

3- Vergilendirme ve Fiyat Politikaları: Tütün ürünlerine uygulanan yüksek vergiler, ürünlerin fiyatını artırarak tüketimi azaltmaktadır. Bu politika, özellikle gençler ve düşük gelirli gruplar arasında tütün kullanımını sınırlamak için etkili bir yöntemdir.

4- Destek Programları: Sigara bırakma programları ve danışmanlık hizmetleri, tütün bağımlılığından kurtulmak isteyen bireylere destek sağlamaktadır. Nikotin replasman tedavileri, ilaçlar ve psikolojik danışmanlık gibi yöntemler, sigara bırakma sürecinde başarı oranını artırmaktadır. ALO 171 sigarayı bıraktırma hattı gerekli yönlendirmeleri sağlamak ve hastaları bilgilendirmek için çalışmaktadır.

Tütün ve sigara kullanımı, hem Türkiye’de hem de dünya genelinde halk sağlığını tehdit eden ciddi bir sorundur. Tütünün tarihçesinden günümüze kadar uzanan süreçte, bu zararlı alışkanlık, toplum sağlığını olumsuz etkilemiş ve birçok insanın hayatına mal olmuştur.



Türkiye’de yüksek tütün kullanım oranları ve buna bağlı sağlık sorunları, tütünle mücadele konusundaki önlemlerin ve politikaların önemini artırmaktadır.

Tütün ürünleriyle mücadelede eğitim ve bilinçlendirme, yasal düzenlemeler, vergilendirme ve fiyat politikaları, destek programları gibi yöntemler bir arada kullanılmalıdır. Bu şekilde, toplum genelinde tütün kullanımını azaltmak ve gelecek nesilleri tütün bağımlılığından korumak mümkün olacaktır. Bilinmelidir ki tütün ürünleri ciddi bağımlılık yapan ürünlerdir. Bireylerin tek başlarına bunu üstesinden gelmesi çoğu zaman zor olmaktadır. Çalışmalar da sağlık profesyonellerinden doğru yardımı alan bireylerin daha yüksek başarı ile tütün ürünlerini bıraktığını göstermektedir. Her ne kadar aile hekimleri ve diğer sağlık paydaşları tütün ürünlerinin zararı konusunda bilgilendirme yapsa da; tütün ürünlerini bırakmak isteyen bireylerin daha detaylı bilgi alması ve doğru birimlere yönlendirilebilmesi açısından aile hekimlerine başvurmaları önem arz etmektedir. Unutulmamalıdır ki, sağlıklı bir gelecek için tütün ve sigara kullanımına karşı topyekûn bir mücadele şarttır.

AMYOTROFİK LATERAL SKLEROZ (ALS)



Dr. Kadir Yıldırım

5 Nolu Abdurrahman Keskiner ASM OSMANİYE

Amyotrofik Lateral Skleroz (ALS); beyin ve omurilikteki sinir hücrelerini etkileyen ve istemli kas hareketinin kontrolünün kaybına neden olan ilerleyici bir tür kas hastalığıdır.

Amyotrofik Lateral Skleroz (ALS), beyin ve omurilikte yer alan ve istemli kasları kontrol eden motor sinir hücrelerinin (nöron) geri dönüşümü süz kaybına yol açan ilerleyici bir hastalıktır. Önce hangi motor nöronlar etkilendiyse, onların emir götürdüğü kaslara ait klinik belirti ve bulgular meydana gelir. Bu bağlamda hastalık başlangıç yakınıması hastadan hastaya değişir. Hastalık genellikle vücudun bir tarafında daha fazla ortaya çıkar.

Sık görülen belirtiler vücudun farklı bölgelerinde kas seyirmeleri ve kramplar, yürüme güçlüğü ve düşmeler, günlük yaşam aktivitelerinde zorlanma, ince el becerilerinde ilerleyici etkilenmeye bağlı çatal bıçak kullanmada, yazı yazmada zorlanma, merdiven çıkma mada zorlanma şeklindedir. Hastalığın ileri evrelerinde konuşma ve yutma güçlüğü, çiğneme güçlüğü, beslenmede zorlanma, nefes darlığı, hava açlığı görülür. Belirtilen bu son bulgular, nadir olarak bazı hastaların başlangıç yakınmaları da olabilir. Hastalık ilerledikçe daha önceden etkilenmeyen bölgelere doğru yayılım gözlenir. Etkilenen kaslarda güçsüzlüğün yanına kas hacmi kaybına bağlı kas erimesi da eklenir. Öte yandan, hastalık vücudun tüm kaslarını etkilemez. Örneğin hastaların barsak-idrar kontrolü, cinsel fonksiyonları korunur, göz kasları etkilenmez. Amyotrofik Lateral Skleroz (ALS) 21 Haziran Dünya ALS Farkındalık günüdür.

DÜNYADA HER 100 BİN KİŞİDEN 2 İLA 3'Ü ALS TANISI ALIYOR!

ALS, nadir görülen hastalıklar içinde yer alır. Türkiye'de Trakya bölgesi ve Antalya ilinde yapılan çalışmalarda hastalık sıklığının yüzde binde 7 civarında olduğu tespit edilmiştir. Türkiye'nin güncel nüfusu düşünüldüğünde toplam olarak 6000-8000 civarı ALS hastamız olduğunu öngörebiliriz. Her yıl yeni tanı alan hasta sayısı ise 1500 ila 3000 arasında değişmektedir.

ALS RİSK FAKTÖRLERİ

Hastaların %5-10'unda genetik geçiş söz konusu iken, geri kalan hastalarda hangi neden veya nedenlerin hastalığa yol açtığını bilmiyoruz. Bilim insanları ALS'nin olası nedenlerini araştırmaya devam ediyor. Genetik ve çevresel faktörlerin etkileşim göstererek sürece neden olduğunu düşünüyoruz.

Hastalık ortalama 40 ila 60'lı yaşlarda başlar ve hastalığın görülme ihtimali yaşla birlikte artar. 65 yaşından önce erkeklerde biraz daha fazla saptanmakla birlikte, 70 yaşından sonra cinsiyet farkı ortadan kalkar. Olası çevresel risk faktörlerinden biri sigara içmektir. Özellikle bu risk, menopoz sonrası kadınlarda biraz daha yüksektir. Ağır metallere maruziyet üzerinde durulan bir risk faktörü olmakla birlikte, ALS ile arasındaki ilişki net gösterilmiş değildir. Öte yandan uzun yıllar profesyonel düzeyde futbol oynayan ve topa daha fazla kafa vuran futbolcularda demans ve ALS gibi nörodegeneratif hastalıkların daha sık görüldüğü ortaya konmuş durumdadır. Öyle ki, İngiltere Profesyonel Futbol Federasyonu bu riski azaltmak için önlemler almış ve 2021/2022 sezonu için İngiltere Premier Liginde "Kafa Vuruşu Kılavuzu" yayınlamıştır.

ALS hastalığının nedeni nedir?

ALS'nin sebebi çok büyük araştırmalara rağmen hâlâ tam olarak bilinmiyor. En büyük faktörün genetik aktarım olduğu düşünülmekte ve son yıllarda nörojenetik alanında artan çalışmalar bu hastalığın karanlık yüzünü aydınlatmak konusunda hızla yol almaktadır. Yaklaşık %5-10 olguda ailesel geçiş görülmekte ve ALS hastalarında genetik analizlerle belirli genlerde bozukluk tespit edilebilmektedir. Bu genlerden biri de SOD1 genidir. Bu genin mutasyona uğraması ile ALS ilişkisi uzun zamandan beri bilinmekte ve ailevi geçiş gösteren olguların çoğunda bu gen sorumlu tutulmaktadır. Bu genin dışında da pekçok mutasyona uğramış yeni gen analiz edilerek hastalığın bilinmeyenlerine yönelik çalışmalar tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de devam etmektedir.

ALS belirtileri nelerdir?

ALS'nin başlangıç belirtileri farklı hastalarda farklı şekillerde kendini gösterir. Birisi kalem ya da kahve fincanını tutmakta zorluk çekerken, bir başka kişi konuşma ile ilgili problem yaşayabilir. ALS tipik olarak kademeli bir şekilde ilerleyen bir hastalıktır. Hastalığın ilerleyiş hızı, hastadan hastaya oldukça değişkenlik gösterir. ALS hastalarında ortalama hayatta kalma süresi 3 ila 5 yıl olmasına rağmen, birçok hasta 10 veya daha fazla yıl yaşayabilmektedir.

ALS'de en sık olarak görülen erken belirtiler;

- Yürürken tökezleme,
- Eşyaları taşımada güçlük,
- Konuşmada bozulma,
- Yutma problemleri,
- Kaslarda kramplar ve sertlik,
- Başı dik tutmada güçlük çekme şeklinde sıralanabilir.

ALS ilk başlarda sadece bir eli etkileyebilir. Ya da sadece bir bacağınızda sorun yaşayabilirsiniz, bu da düz bir çizgide yürümeyi zorlaştırır. Zamanla, kontrol ettiğiniz kasların neredeyse tamamı hasarlıktan etkisine girer. Kalp ve mesane kasları gibi bazı organlar ise tamamen sağlıklı kalır.

ALS kötüleştikçe, daha fazla kasta hastalık belirtileri görülmeye başlar. Hastalığın daha ileri belirtileri arasında

- Kaslarda ileri derecede güçsüzlük,
- Kas kütlelerinde azalma,
- Çiğneme ve yutma problemlerinde artış gibi belirtiler bulunur.

Hastalığın ilk aşamalarında belirtileri MS (multiple sclerosis), sinir sıkışması veya Parkinson hastalığının belirtilerine benzediğinden MNH'nin teşhisi zor olabilir. Pratisyen hekim hastayı sinir sistemi üzerine uzmanlaşmış bir doktor olan nöroloğa yönlendirir. Nörolog şu testleri isteyebilir:

TANI

Kan ve İdrar Testi: Hastanın kan ve idrarını laboratuvarda analiz ederek doktor diğer bazı hastalıkları ayırt edebilir. Kan testi bazen MNH hastalarının kanında da bulunabilen Kreatin Kinaz'de bir artış olup olmadığını belirler. Kreatin kinaz MNH'ye özgü değildir ve başka hastalıkların da belirtisi olabilir.

MRI Taraması (Manyetik rezonans görüntüleme): Radyo dalgaları ve güçlü magnetik alan, beyin ve omuriliğin detaylı bir görüntüsünü ekrana çıkarır.

EMG (electromyography): Hastanın kaslarındaki elektriksel aktiviteyi ölçmek için iğneler kullanılır kaslar tanınır. Bir kas henüz hastalıktan etkilenmemiş olsa bile EMG anormal görünebilir.

Sinir İletkenlik Testi: Bu test, sinirlerin bir elektrik sinyalini ne kadar hızlı ilettiğini ölçer. İncelenen kasın ya da sinirin üzerindeki deriye elektrotlar yerleştirilir. Sinir sinyalinin gücünü ve hızını ölçmek için sinir üzerinden küçük bir elektrik şoku geçirilir.

TMS (transcranial magnetic stimulation): Üst motor nöronların aktiviteleri özel olarak tasarlanmış bir manyetik bobin kullanılarak ölçülür. Bu işlem sinir iletkenlik testi ile aynı anda yapılabilir.

Lomber ponksiyon - Spinal Tap - (Belden sıvı alınması): Burada amaç beyin omurilik sıvısını (beyin ve omuriliği saran sıvı) analiz etmektir. Sıvı içinde protein, bakteri ve bazı elementler incelenir.

Kas Biyopsisi: Eğer doktor hastanın MNH değil bir kas hastalığı olduğunu düşünüyorsa kas biyopsisi uygulanabilir. Kasın küçük bir kısmı alınır. Hastaya önceden lokal anestezi uygulanır. Kas örneği analiz için laboratuara gönderilir.

ALS Erkekler ve Kadınlar Arasında Eşit Derecede Yaygın mı?

ALS, erkeklerde kadınlardan biraz daha yaygın olmakla birlikte, son çalışmalar bu farkın zamanla azaldığını öne sürmektedir. Ailevi ALS ise erkekler ve kadınlar arasında eşit derecede yaygındır.

ALS'nin cinsiyete göre dağılımındaki bu farklılık, hastalığın etiolojisini anlamak için önemli bir ipucu olabilir. Örneğin, hormonal farklılıklar, genetik faktörler veya çevresel maruziyetler gibi faktörler bu farklılığı açıklamaya yardımcı olabilir. Ancak, bu farklılıkların neden olduğu ve nasıl etkilediği konusunda daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir.

Ayrıca, ailevi ALS'nin cinsiyetler arasında eşit derecede yaygın olması, genetik faktörlerin hastalığın gelişiminde önemli bir rol oynadığını gösterir.

ALS Yaşla İlgili mi?

ALS, yaşla ilişkilidir; ALS'li çoğu kişi, 55 ile 75 yaşları arasında olduğunda bu hastalığa sahip olduklarını öğrenir. ALS'nin yaş ile bağlantısı, genellikle ileri yaşlarda daha yüksek bir insidansa sahiptir. Bu, yaşlanmanın, sinir hücrelerinin işlevini kaybetmesine ve sonuç olarak ALS'nin gelişmesine katkıda bulunan bir dizi biyolojik süreci etkileyebileceğini düşündürmektedir.

Bu süreçler arasında genetik hasarın birikimi, hücresel temizlik mekanizmalarının azalması ve inflamatuvar yanıtların artması bulunabilir. Bununla birlikte, yaşlanmanın ALS'nin gelişimine tam olarak nasıl katkıda bulunduğunu anlamak için daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir. Bu anlayış, hastalığın önlenmesi ve tedavi edilmesi için yeni stratejilere yol açabilir.

ALS'li Kişilerde Yaşam Süresi

Çoğu insan, semptomlar geliştikten sonra 2 ila 5 yıl arası yaşar. Bir kişinin ALS ile ne kadar süre yaşayacağı, yaşla ilişkili gibi görünmektedir; hastalığın başladığı zaman daha genç olan kişiler biraz daha uzun yaşar.

ALS'nin ilerlemesi kişiden kişiye değişir ve bazı kişiler semptomların başlamasından yıllar sonra bile yaşamaya devam eder. Ancak, genel olarak ALS ciddi bir hastalıktır ve çoğu kişi hastalığın ilk belirtilerinden sonra birkaç yıl içinde yaşamını yitirir. Bu durum, ALS'nin tedavisine yönelik acil bir ihtiyaç olduğunu ve hastaların yaşam kalitesini artırmaya yönelik destek hizmetlerinin önemini vurgular. Tedavi seçenekleri şu anda semptomları yönetmeye ve yaşam kalitesini artırmaya odaklanmaktadır, çünkü hastalığın ilerlemesini durduracak veya tersine çevirecek bir tedavi henüz bulunmamaktadır.

ALS Kalıtsal mıdır?

ALS vakalarının yaklaşık %5-10'u aileler içinde görülür. Buna ailevi ALS denir ve bu, bir ailede iki veya daha fazla kişinin ALS'ye sahip olduğu anlamına gelir. Bu vakalar, birkaç kalıtsal faktör tarafından oluşturulur. En yaygın olanı SOD1 adı verilen bir gen içindedir.

Ailevi ALS Erkekler ve Kadınlar Arasında Eşit Derecede Yaygın mı?

Ailevi ALS, erkekler ve kadınlar arasında eşit derecede bulunur. Bu durum, hastalığın genetik formunun cinsiyete özgü bir eğilim göstermediğini gösterir. Ailevi ALS, genetik faktörler tarafından belirlendiği için, bu tür ALS'nin cinsiyetler arasında eşit olarak dağıldığı görülür. Bu, hastalığın genetik nedenlerinin cinsiyetten bağımsız olduğunu ve genetik faktörlerin ALS'nin gelişiminde önemli bir rol oynadığını teyit eder. Bu bilgi, ailevi ALS'nin daha iyi anlaşılmasına ve tedavisine yardımcı olabilir.

Tedavi

Her ne kadar hastalığın ilerlemesini yavaşlatan, yaşam süresini uzatan ilaçlar olsa da, ALS'nin şu aşamada henüz kesin bir tedavisi bulunmuyor. Ancak unutmayalım, bilim varsa umut da vardır! Altta yatan patofizyolojik süreçler gün geçtikçe daha iyi aydınlatılıyor, dolayısıyla bunlara yönelik tedavi yaklaşımları da hız kazanmış durumda. Elimizdeki ilaçlardan daha yüz güldürücü sonuçlar yaratacak yeni ilaçların kısa zaman içinde günlük hayatımıza girmesini umut ediyoruz. Öte yandan hastalık sağkalımını ve yaşam kalitesini artıran en önemli öğeler hastaların farklı tıp disiplinlerinden gelen bir ekip ile izlenmesi, solunumlarının sağlıklı idame ettirilmesi ve doğru beslenmelerinin sağlanması.

ALS Hastalarının Yaşadığı Sorunlar

Biliyoruz ki hastaların mümkün olduğunca rahat ettirilmesi ve normal yaşamlarını sürdürecektir önlemlerin alınması hastaların yaşam kalite ve sağkalım şanslarını belirgin olarak arttırıyor.

Hastalığın özellikle ileri evrelerinde yutma güçlüğü, solunum sıkıntısı, öksürme problemleri, iletişim güçlüğü, eklem hareket kısıtlılığı ve hareketsizliğe bağlı ağrı yakınmaları geliyor. Bunların hepsinin özenli bir şekilde ele alınması lazım. ALS, hem tıbbi, hem ekonomik hem de aile ortamını olumsuz etkilemesi nedeniyle aileleri yoksulluğa laştırıyor. ALS hastaları evde yoğun bakım koşullarında yaşarken, 7/24 bakım veren eş, çocuk ve yakınları da hastalıktan birebir etkileniyor. Bu açıdan toplumu ilgilendiren bir sağlık sorunundan söz ediyoruz. Bazı ilaç, tıbbi cihaz ve malzemeleri SGK tarafından karşılanırsa da, hastalığın yarattığı olumsuzluklarla baş edebilmeleri için hastalarımızın ve ailelerinin çok daha fazla desteğe ihtiyacı var. Tüm bu sorunlar ve çözüm önerileri TBMM Araştırma Komisyonu ve Sağlık Bakanlığı ilgili daire başkanlıklarına bildirilmiş durumda. Biz güçlü bir sosyal devletiz. Dolayısıyla, hastalarımızın insan onuruna yakışır bir yaşam sürmeleri için tüm bu desteklere ivedilikle kavuşması gerekiyor. Teknolojik imkanlar bu kadar gelişmişken, örneğin göz takip sistemi gibi olanaklar varken, konuşamayan ve kaslarını hareket ettiremeyen hiçbir hastamız SGK tarafından geri ödenmediği ve ekonomik gücü yetmediği için sevdiği kişilerle iletişimsiz kalmamalı veya 24 saat solunum cihazına bağlı yaşamak zorunda olan bir hastamız elektrik faturasını nasıl öderim diye düşünmemeli. 21 Haziran Dünya ALS Farkındalık günü: Yapılacak düzenlemeler ile gelin bugün hastalarımız ve aileleri için bir milat olsun.

"Söylemesi zor, yaşaması daha da zor olan Amiyotrofik Lateral Skleroz kaybederken kazanmayı öğrenme sanatıdır."

KAYNAKLAR

- 1-TÜRK NÖROLOJİ DERNEĞİ <https://noroloji.org.tr/>
- 2-BEYİNDER <https://www.beyinder.org/>
- 3-ALS-MNH DERNEĞİ <https://als.org.tr/>

YENİ BİR AŞI: REKOMBİNANT ZOSTER AŞISI



Uzm. Dr. Çiğdem Akaydın

Pamukkale /Denizli

Zona (herpes zoster), su çiçeği geçiren kişilerde bazı duyuşal gangliyonlarda latent halde bekleyen varisella-zoster virüsü (VZV)'nin reaktivasyonu ile gelişen, genellikle tek dermatom alanında ağrı ve veziküler döküntüyle seyreden bir hastalıktır.

Su çiçeği geçirmemiş olsa bile, su çiçeği aşısı olmuş kişiler de Herpes Zoster (HZ)'e karşı risk altında olduğundan, her 3 kişiden 1'inin hayatı boyunca 1 kez zona geçireceği öngörülür.

Yıllık zona insidansı, 1000 kişide 3-5 vaka olarak bildirilmiştir. Her yaşta görülebilmekle birlikte, 50 yaş üstünde hastalığın hem insidansı hem de komplikasyonları artmaktadır.

Her geçen gün artan ortalama yaşam süresi düşünüldüğünde, özellikle yaşla birlikte insidansı ve komplikasyonları artan ve yaşam kalitesini etkileyen zona gibi tüm hastalıkların ve bu hastalıklara karşı koruyucu yaklaşımın önemi artmaktadır.

Herpes Zosterde en sık görülen komplikasyonlar; postherpetik nevralji (PHN), bakteriyel süperinfeksiyonlar, oftalmik zoster, Bell Paralizisi, Ramsay-Hunt Sendromu, işitme kaybı, motor nöropatiler, transvers myelit, menenjit, ensefalit ve VZV vaskülopatisidir.

Aktivasyon genellikle bağışıklık sisteminin zayıflamasıyla ortaya çıktığından tekrarlayan HZ vakalarında ve ciddi komplikasyonlar gelişmesi durumunda, altta yatan immün supresyon ve malignite araştırılmalıdır. Yine aynı sebepten Rekombinant zona aşısı, 50 yaşın üstündeki tüm yetişkinlerin yanı sıra, 18 yaş ve üzeri bilinen hastalık veya tedavi nedeniyle immün sistemi baskılanmış kişilerde endikedir.



Hayatım boyunca unutmayacağım bir anımı da bu süreçte yaşadım. Sağlık ocağında tek başıma olduğum bir günde doğumu başlatmış acil şekilde gelen gebenin doğumunu yaptırdım. Zorlu ve heyecanlı bu görev sonrası annenin ve bebeğinin sağlıklı olması her şeye değerdi.

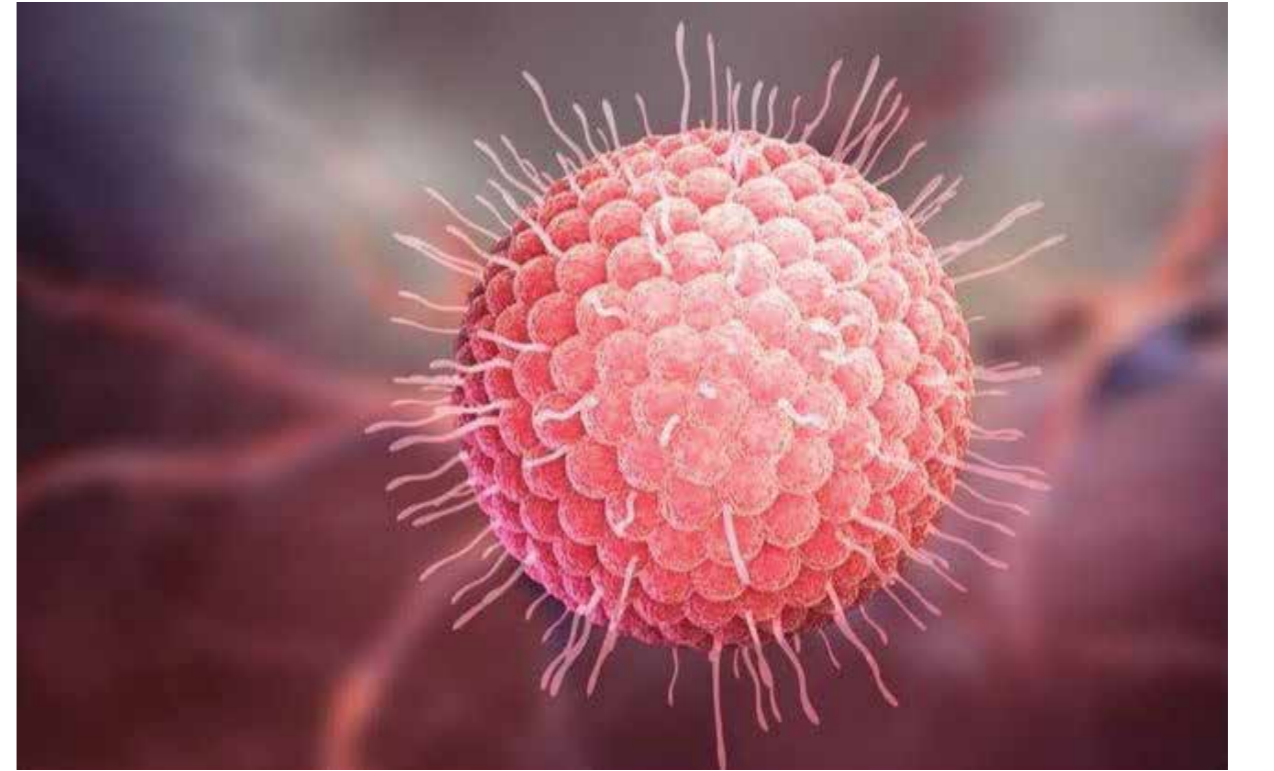
Sağlık ocağında birkaç yıl çalıştıktan sonra tercih hakkım ile Ankara Atatürk Hastanesi'nde göreve başladım. 10 yıl Reanimasyon Yoğun Bakım hemşireliği yaptım.

Yapılan büyük çaplı araştırmalarda, Rekombinant aşının 50 yaşın üstündeki tüm gruplarda HZ'ye karşı %97,2 etkinlik sağladığı saptanmış, 10 yıllık uzun dönem etkinlik düzeyi ise %89 olarak belirlenmiştir.

Aşı sadece HZ önlemekle kalmayıp, komplikasyonların görülme sıklığını ve komplikasyonlara bağlı hospitalizasyonu da azaltmaktadır. En sık görülen komplikasyon olan PHN önlenmesinde %91,2 etkinlik göstermiştir.

51 ülkede onayı bulunan rekombinant aşı geçtiğimiz ay itibarıyla 52. olarak Türkiyede ruhsatlandırılmıştır. Ancak ödeme kapsamında değildir.

Rekombinant aşı 2 doz şeklinde, 2. Doz birinci dozdan 2-6 ay sonra uygulanır. 2. Dozdan 1 ay sonra en yüksek koruyuculuğa ulaşılmış olur. Kemoterapi planlanan hastalarda kemoterapi öncesi tatmamlanması, gebelerde gebelik sonrası kullanımı önerilir. HZ geçiren kişilerdeyse hastalığın 2.ayından itibaren uygulanabilir ancak ilk bir yılda nükse sık rastlanmadığından 1 yıl itibarıyla reçete edilebilir.



BARİYATRİK CERRAHİ İLE İLGİLİ NE KADAR FİKRİMİZ VAR?



Dr. Nihal Türkmen Türker

İç Hastalıkları Uzman
Fatsa Özel Medi-Tech Hastanesi

Dünya sağlık örgütü tarafından Obezite 21. yüzyılın en önemli sağlık sorunu olarak nitelendirilmektedir. Yine DSÖ'nün verilerine göre 2016 yılında 1.9 milyar fazla kilolu, 650 milyon obez yetişkin olduğu tahmin edilmiştir.

Ülkemizde de sonuçlar dünya ile benzerdir. TURDEP-1(1998) ve TURDEP-2(2010) kıyaslandığında 12 yılda erişkin popülasyonda obezitenin %22.3'ten %31.2 ye yükseldiğini görüyoruz.

Obezite yüksek enerji alımına bağlı aşırı yağ birikimi olarak tanımlanır. Standardize edebilmek için pratik bir yöntem kullanılmalıdır. En yaygın kullanılanı vücut kitle indeksi(VKI)dir. VKI ağırlık(kg)/boy²(m) olarak ölçülür. Bel çevresi de önemli bir ölçüm parametresidir ancak beden kitle indeksi>35 olduğunda güvenilirliği azalır.

Tablo 1. Beden kitle indeksi değerlerine göre normal, kilolu ve obez olguların tanımlanması

| Ağırlık Kategorisi | BKİ (kg/m ²) |
|--------------------|--------------------------|
| Zayıf | < 18,5 |
| Normal | 18,5-24,9 |
| Kilolu | 25-29,9 |
| Obez | ≥ 30 |
| 1. Derece | 30-34,9 |
| 2. Derece | 35-39,9 |
| 3. Derece (Morbid) | ≥ 40 |

Bu büyük pandemiden korunmanın/kurtulmanın yolları nedir peki?

Belki de en önemli olan toplum olarak ilkokul çağından başlayarak sağlıklı beslenme eğitimi alınmasıdır.

Diyet/hayat tarzı değişikliği/egzersiz çok önemlidir ancak bu yöntemler belki de uygulanması en zor olanlarıdır çünkü alışkanlıklardan vazgeçmek kişiyi zorlayan bir süreçtir.

Bilişsel davranışçı terapi yeme bozukluğu olduğu düşünülen hastalarda destek olarak düşünülebilir.

Farmakolojik tedavi:

1-VKI >30 olan hastalarda diyet, egzersiz ve hayat tarzı değişikliğine rağmen kilo kontrolü sağlanamamışsa düşünülmelidir

2-VKI 27-29,9 arasında olup Tip2 DM, koroner arter hastalığı, serebrovasküler hastalık, hipertansiyon, dislipidemi, uyku apnesi gibi komorbidite varlığında tercih edilebilir.

Orlistat ve Liraglutid en sık kullanılan preparatlardır.

Gastrik balon, mide botoksu alternatif yöntemler arasındadır.

Bariyatrik Cerrahi:

Günümüz iletişim dünyasında bilgiye ulaşmak kolayken, doğru bilgiye ulaşmak çok zordur. Görüldüğü kadarıyla bariyatrik cerrahi yapılan kliniklerde yaşanan sıkıntıların başında sosyal medyadan, yakın çevreden görülerek, öykünülerek, belki bir çıkış yolu olduğu düşünülen ancak ciddi bir operasyon olan bariyatrik cerrahiye, sadece kozmetik amaç ile ulaşmak isteyen hasta sayısı hiç de azımsanacak sayıda değildir. Hal böyle olunca biz hekimlerin hastalarımızın ayakları yere basar şekilde sağlık hizmetine ulaşması için yönlendirme yapmamız adına, bariyatrik cerrahi endikasyon kriterlerini bilmemiz gerekmektedir.

Bariyatrik kelimesi eski Yunanca'dan gelir. Baros (ağır), iatros (doktor) kelimelerinin birleşmesi ile oluşmaktadır. İlk cerrahi 1954 yılında jejunoileal bypass olarak yapılmıştır.

Kilo kontrolü yanında Tip2 diyabet, hipertansiyon, dislipidemi, uyku apnesi, dejeneratif artrit v.b. Metabolik hastalıkların tedavisinde de destek sunmaktadır. Peki bize başvuran hastalarımız içerisinde kimleri bariyatrik cerrahi için yönlendirebiliriz:

1. BKİ ≥ 40 kg/m² olması; bu durumda obezite ilişkili ilave bir komorbidite şartı yoktur; cerrahi tedavinin risk artışına neden olmaması gerekir.
2. BKİ ≥ 35 kg/m² olması durumunda obezite ile ilişkili en az 1 komorbiditenin eşlik ediyor olması gerekir. Bu ilişkili durumlar şunlardır;
 - Tip 2 diabetes mellitus
 - Hipertansiyon
 - Dislipidemi
 - Uyku-apne sendromu
 - Obezite-hipoventilasyon sendromu
 - Pickwick sendromu (uyku-apne sendromu ve obezite-hipoventilasyon sendromunun bir arada olması)
 - Alkol dışı yağlı karaciğer hastalığı veya "non-alkolik steatohepatit (NASH)"
 - Psödötümör serebri
 - Gastro-özofagial reflü hastalığı
 - Astım
 - Venöz staz hastalığı
 - İleri derecede üriner inkontinans
 - Günlük yaşamı etkileyen artrit

DELİRYUM



Dr. Mustafa Akcan

Fatsa Meditech Hastanesi
Ruh ve Sinir Hastalıkları Uzmanı

“Bootes kanalı yakınlarında yaşayan Erasinus akşam yemeğinden sonra ateşi yükselmiş olarak bulundu; geceyi ajite bir durumda geçirdi. İlk gün boyunca sessizdi, fakat geceleri acı içindeydi. İkinci gün tüm belirtiler artış gösterdi, gece ajiteydi. Üçüncü gün acı içindeydi fazlaca tutarsızlık vardı.

Dördüncü gün en rahatsız durumdaydı, gece uyumuyordu ama rüya görüyor ve konuşuyordu, sonra tüm klinik tablo daha kötü hale geldi, zorlu ve endişe verici bir karakter halindeydi; korku ve sabırsızlık içindeydi. Beşinci günün sabahı sakin ve sessizdi, öğleden sonra öfkeli ve çıldırmıştı, kendini kısıtlamıyordu; ekstremiteleri soğuk ve bir kısmı canlıydı, idrarı sedimentsizdi, günbatımına doğru öldü.” (The books of epidemics, Hipokrat)

Deliryum Latince “Deliro” kelimesinden köken alır ve çıldırmak demektir. “De+Lira” yani yoldan çıkmaktan gelir. Temel olarak hızlı gelişen dikkatte bozulmanın eşlik ettiği farkındalıkta bozulmayı içerir. Sıklıkla saatler ya da günlerce sürer ve gün boyunca dalgalanma eğilimi gösterir. Tipik olarak hastalanma ve ölüm oranında artışa neden olan klinik bir sendromdur.

Deliryum kelimesi ilk kez, ilk yy ın başlarında Celsus tarafından, genel delilikten akut geçici ruhsal bozukluk durumlarında kadar değişen bir dizi ruhsal bozukluğu tanımlamak için kullanılmıştır.

Thomas Willis'in 1672 tarihli “De Anima Brutorum” isimli tezinde deliryumun aslında belirli bir belirtiler dizisi olduğu ve bir hastalık olmadığı yayınlandı

18. yy da Erasmus Darwin deliryumu rüya haliyle karşılaştıran ilk kişi oldu. Her iki durumda “istemli güç”ün kesintiye uğradığını ve dış çevreyi anlama yetisinin askıya alındığını belirtti.

Aynı yy da James Sims deliryumu genel bir çılgınlıktan açıkça farklı olduğunu ve “akıl yabancılaştımasını” oluşturduğunu ilk öne süren kişi oldu.

1818 de Rees tarafından yayınlanan tıbbi sözlükte deliryum kavramının açıklığa kavuşturulması bir tanım altında birleştirilmesi gerektiği savunuldu.

20 yy da George Engel ve John Romaro tarafından beynin metabolik aktivitesinde azalma nedeniyle geliştiği gösterildi.

Tarihi 2 bin yıl öncesine uzanıyor olmasına rağmen psikiyatristler ancak geçtiğimiz yy ın sonlarına doğru kavramları birleştirmeyi ve mekanizmaları açıklamayı başarabildiler.

Günümüze kadar “toksik metabolik ensafalopati”, “toksik psikoz” “akut beyin sendromu” “akut konfüzyonel durum” “organik beyin yetmezliği” gibi çeşitli isimler verilmiştir.

Genel cerrahi ameliyatı olan hastalarda %10-15 aralığında ,açık kalp ameliyatlarından sonra %30 oranında ve kalça kırığı nedeniyle ameliyat olan hastalarda %50'den fazla bildirilmiştir yoğun bakım ünitelerinde %70-87 aralığında ve yaşam sonu bakım döneminde olan hastalarda %83 olarak gözlenmiştir. Bakım evlerindeki veya akut dönem sonrası bakımdaki hastaların %60'ında deliryum gözlenmiştir.

Deliryumun predispozan etkenlerini tedavi etme deliryumu önleme ve bununla ilişkili ölüm/hastalanma riskini azaltma konusunda temel oluşturur.

Predispozan faktörler 65 yaş üzeri, erkek cinsiyet, Demans Deliryum öyküsü, işlevsel bağımlılık, immobilité, düşme öyküsü, düşük aktivite düzeyi, işitme ve görme bozuklukları, dehidratasyon, psikotrop ilaç kullanımı ,antikolinergik ilaç kullanımı, alkol kötüye kullanımı ,ağır tıbbi hastalıklar, renal ve hepatit yetmezlik ,inme, nörolojik hastalıklar ,metabolik anomaliler, HIV, kırıklar veya travma ve terminal hastalıklar olarak sayılabilir.

Deliryum ilişkili ölüm riski akut MI ve sepsisteki kadar yüksektir.

Yaşlılarda yaygın olarak görülmesine rağmen klinik ortamlarda sıklıkla gözden kaçır. Belirtilerinin görünümündeki dalgalanmalar deliryumun belirlenmesini daha da zorlaştırır. Bazı araştırmalar deliryum olgularının neredeyse üçte ikisinin klinisyenler tarafından atlandığını göstermiştir. Hastanın refakatçisinden iyi bir öykü alınması deliryumun tanısını koymak için önemli bir adımdır.

Aslında bu adımı uygulamamak deliryum tanısını atlamanın başlıca nedenidir. Eğer herhangi bir öykü yoksa aksi kanıtlanana kadar deliryumda kabul edilmelidir

Deliryumun tipik başlangıcı birkaç saat veya gün içindedir.Hızlı bir başlangıcı vardır ve belirtiler oldukça değişken ve aralıklı olabilir. Klinik belirtiler hızla gelişir ve zaman içinde dalgalanma eğilimi gösterir.Örneğin; sersemlik, hipervijilans, normal uyanıklık ve ajitasyon birkaç dakika ve saatler içerisinde değişerek görülebilir . Hastalarda basınçlı konuşma, artmış enerji ,ajitasyon ,içe kapanma, izolasyon motivasyonda azalma ,enerjide azalma,endişe,huzursuzluk ajitasyon, uyku uyanıklık döngüsü bozulması, uykusuzluk ya da uykuda artış veya halüsinasyonlar sanrılar,paranoya ,düşünce dağınıklığı gibi belirtiler görülebilir. Bakıcılar hastanın kafasını karıştığını anlayabilir ancak bu değişimin önemini kavramayabilirler.

Belirtiler çoğu hastada yaklaşık 7 gün sürmektedir bununla birlikte çok değişkendir Örneğin bazı ağır hastalarda 6-8 hafta sürebilmektedir. Yatan , ağır hasta popülasyonunda 6 aya kadar sürebilir.

Deliryumun önlenmesi, sıklığını ve komplikasyonu azaltmak için etkili stratejidir. Başarılı önleyici stratejiler risk etkenlerini azaltmak için çok bileşenli yaklaşımları içerir. Bilişsel bozulma için yönelim ve terapotik faaliyetler,immobilizasyonu önlemek için erken mobilizasyon, psikoaktif ilaçların kullanımını en aza indirmek için farmakolojik olmayan yaklaşımlar, uyku yoksunluğunu önleme girişimleri,görme ve duyma bozukluğu için iletişim yöntemleri ve adaptif ekipman,özellikle gözlük ve işitme cihazları ve sıvı kaybı için erken müdahale sayılabilir.

TIP ETİĞİNİN BAŞLANGIÇ NOKTASI: HEKİMLİK ANDI



Dr. Berna Erayman

Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) Beyhekim Eğitim
ve Araştırma Hastanesi - Tıbbi Mikrobiyoloji

İnsanın yeryüzünde boy gösrtermesi, hastalanması, acı çekmesi ve onu sıkıntıdan kurt tarmak isteyen, yardım eden diğer insanların varlığı; mesleğimizin mayasını oluşturmuştur. Şifa arama ve şifa verme ilişkisi, binlerce yıllık süreçte elbetteki değişimler geçirdi. Ampirik bilgiden, kanıta dayalı bilgiye geçerken zorluklar yaşandı, yanlışlar yapıldı, paradigmalar değişti.

Ama bu işi yapan kişiler amaçlarının fayda vermek olduğunu anlatmak, topluma teminat vermek ve adanmışlıklarını göstermek için hep ant içtiler.

İlk yazılı hekim andını Hipokrat 'tan 2000 yıl önce Mısır'da yaşamış hekim, aynı zamanda firavun Zoser'in veziri olan İmhotep'in yazdığı kabul edilmektedir:

"Bu okulun hocalarıyla sevgili arkadaşlarımla karşısında ve İmhotep'in resminin önünde, yüce varlık adına söz verir ve and içerim ki, tıbbi uygulamam sırasında onur ve dürüstlük ilkelerine bağlı kalacağım, yoksullara karşılıksız bakacağım ve hiç bir zaman verdiğim hizmetin üstünde bir ödeme isteğinde bulunmayacağım. Evlere alındığım zaman, gözlerim orada olup bitenleri görmeyecektir; bana aktarılan sırları saklayacağım gibi törelere zarar verecek ya da suça yardımcı olacak bir biçimde de davranmayacağım. Hocalarıma saygılı ve minnet borçlu olarak onların çocuklarına babalarından öğrendiğim bilgiyi aktaracağım. Verdiğim sözleri yerine getirirsem insanlar benden saygılarını esirgemesinler. Sözümde durmazsam utanç ve aşağılanmaya uğrayayım" (1).

Hindistan ve Mezopotamya gibi medeniyetlerin geliştiği coğrafyalarda da hekim antlarını içeren tarihi belgelere rastlanmıştır. O dönemlerde hekimlik mesleğini öğrenecek olanların, eğitimin başında ant içerek bu yola girdiklerini görmekteyiz (2).

Bununla birlikte hekimlik andı denilince ilk akla gelen tarihi kişilik, Antik Yunan döneminde yaşamış olan Hipokrat'tır. Hipokrat, hastalık ve tedavi kavramlarını, doğaüstü olaylar olmaktan çıkarıp neden-sonuç ilişkisini sorgulamıştır. Bu yüzden gözleme dayalı tıbbın babası olarak bilinmektedir. Prof. Dr. Feridun Nafiz Uzluk'un tercümesine göre "Hipokrat Andı" olarak bilinen orijinal metin şu şekildedir: "Hekim Apollon, Eskülap (Aesculapius), Hija (Hygia), Panase (Panacea), bütün Tanrı ve Tanrıçalar adına ant içerim, onları tanık tutarım ki bu andımı, verdiğim sözümü, gücüm kuvvetim yettiği kadar yerine getireceğim. Bu sanatta hocamı, babam gibi tanıyacağım, rızımı onunla paylaşacağım; paraya ihtiyacı olursa kesemi onunla bölüşeceğim. Onun ailesini kardeş bileceğim. Öğrenmek istedikleri takdirde, onun çocuklarına bu sanatı ücret veya senet almaksızın öğreteceğim. Reçetelerin örneklerini, ağızdan bilgileri, başka dersleri, evlatlarıma, hocamın çocuklarına, hekim andı içenlere öğreteceğim. Bunlardan başka bir kimseye öğretmeyeceğim. Gücüm yettiği kadar, tedavimi hiçbir vakit kötülük için değil, yardım için kullanacağım.

Benden zehir isteyene onu vermeyeceğim gibi, böyle bir hareket tarzını tavsiye etmeyeceğim. Bunun gibi gebe bir kadına çocuk düşürmesi için ilaç vermeyeceğim. Fakat hayatımı, sanatımı terle temiz bir şekilde kullanacağım. Bıçağımı mesanesinde taş olan muzdariplerde bile kullanmayacağım. Bunun için yerimi ehline terk edeceğim. Hangi eve girersem gireyim, hastaya yardım için gireceğim, kasıtlı olan bütün kötülüklerden kaçınacağım. İster hür, ister köle olsun; erkeklerin, kadınların vücudunu kötüye kullanmakla tan sakınacağım. Gerek sanatımı icra ederken, gerekse sanatımın dışında insanlarla münasebette iken etrafımda olup bitenleri, görüp ve işittiklerimi, bir sır olarak saklayacağım, kimseye açmayacağım. Binaenaleyh bu andımı yerine getirirsem, verdiğim sözlerden dönmezsem, bütün hayatım süresince, sanatım için inşanlar arasında iyi ad kazanayım, yeminimden dönersem bunun zıddına uğrayayım." (3).

Farklı tarih ve coğrafyadaki bu iki metne baktığımızda dönemin özelliklerine uygun değerler ve değerlere saygı, hasta mahremiye yeti, hayatın başı ve sonundaki hasta hakları, hekim eğitiminde çok özel ve önemli olan usta-çırak ilişkisi, hizmet karşılığı alınacak olan ücretlendirme, iyi hekim olma vasıfları, işinin ehli olma... gibi günümüzde bile her biri ayrı bir etik konusu olabilecek başlıklara rastlamaktayız. Hekim antları pagan kültürlerde karşımıza çıktığı gibi, tek tanrılı dinlerin hakim olduğu medeniyetlerde de kendi öz değerleri ile yoğrularak günümüze kadar gelmiştir (4). Günümüzde de dünyada genellikle eğitim sonunda yapılan törenlerde, genç tıbbiyeliler antlarını içerek aile ve sevdiklerinin önünde hak ettikleri sevinç ve gururu yaşamaktadırlar.

Hekimlik andı binlerce yıldır evrilerek, hiçbir hukuki zorunluluk olma madığı halde devam eden bir gelenektir. Dünya üzerinde tüm hekimler için tıp etiğinin başlangıç noktası diyebileceğimiz değerimizdir. Hiçbir şekilde bölünmeye ve tartışmaya yol açmadan, hekimlerin ve toplumların ortak değerleri üzerinden devam etmesi, belki de en büyük etik kazancımız olacaktır.

Kaynaklar

- 1.Şahinoğlu S. Hekim Andının Tarihsel Kökenleri. Toplum Ve Hekim.1993;8(57):39-42.
2. Şahinoğlu S. Hekim Andının Evrimi.Türkiye Klinikleri J Med Ethics. 1994;2(1):3-7
- 3.Başar Z.Tarihte- Tıp Tarihinde Yemin. Atatürk Üniversitesi Yayınları No:218, Ankara,1973. s:82
4. İlgili Ö, Şahinoğlu S, Aciduman A, Tuzcu K, Şems Ş. İslam Dünyasında Hekim Andı Uygulaması Ve Hipokrat Andının İzleri (İslam Dünyasında Hekim Andı). Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi. 2016;6(3):137-49.