

TEMMUZ 2024



ASM YAŞAM



AİEF

AİLE HEKİMLERİ DERNEKLERİ
FEDERASYONU
2008

ISSN: 2822-4108

İÇİNDEKİLER

TEMMUZ

HATAY - KADİM ŞEHİR ANTAKYA; GEÇMİŞİN İZLERİ VE
GELECEĞİN UMUDU

BİLİNÇ DIŞININ KAŞIFI FREUD

ŞARBON

CİLD VE YUMUŞAK DOKU İNFEKSİYONLARI

YENİ ORAL ANTİKOAGÜLANLAR (YOAK)

TÜRK TABİPLER BİRLİĞİ (TTB): KAMU KURUMU NİTELİĞİNDEKİ
BİR MESLEK KURULUŞU

NAZAL POLİPOZİS

İRRİTABL BARSAK SENDROMU (IBS)

BASIN ÖZGÜRLÜĞÜNE KAVUŞACAK MI?

AHŞAP ÜZERİNE

AHEF HEKON 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 YASAM

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

TEMMUZ



Dr. Ömer Ufkun Yıldırım

AHEF Yönetim Kurulu Üyesi
Asm Yaşam Genel Yayın Yönetmeni

Temmuz sayımızdan herkese merhaba. Tıbbi içeriklerimizin yanında sosyal ve tarihi konulara da yer vermeye çalışıyoruz, özellikle geçtiğimiz sayımızla birlikte Tıp Tarihi konularında da içerik üretmeye başladık.

Tarih boyunca birçok savaş görmüş bu topraklarda şanlı milletimiz en son kurtuluş savaşında yedi düvele dur demeyi bilmiş, vatanını kimselere teslim etmemiştir. Henüz genç bir cumhuriyet olan Türkiye Cumhuriyeti de aynı kararlılıkla içerideki ve dışarıdaki düşmanlarla mücadelesini sürdürmektedir. Yakın geçmişimizde, 15 Temmuz'da vatan haini, içerideki düşmanların son yıllardaki en bariz örneklerinden olan FETÖ yapılanmasının kalkışması kahraman Türk milletinin karşı duruşu ve FETÖ yapılanmasına rağmen Türk Silahlı Kuvvetleri ve Polis Teşkilatında varlıklarını sürdürebilmiş kahraman askerlerimiz ve polislerimiz sayesinde bertaraf edilmiştir.

Geçmişimizden dersler almalı, geleceğimize odaklanmalıyız. O günlerin tekrar yaşanmaması için o günlerin tahlilleri iyi analiz edilmeli ve çözüm reçeteleri harfiyen uygulanmalıdır.

1071'den beri vatanımız bildiğimiz bu topraklarda sayısız şehit verdik. Analar bebeklerini beşikte bıraktı, babalar eşlerini evlatlarını bıraktı savaşmaya, vatani kurtarmaya gitti. Mermisi bitti süngüsüyle saldırdı, yeri geldi bedenini siper etti ve bu vatani torunlarına yani bizlere miras bıraktı. Bizler de bu mirası yaşatacağız.

15 Temmuz Demokrasi ve Milli Birlik Günümüzü kutlar, bu vesileyle başta Gazi Mustafa Kemal Atatürk ve aziz şehitlerimiz olmak üzere 15 Temmuz şehitlerimize de Allah'tan rahmet dileriz. Bu günlerin tekrar yaşanmaması dileğiyle.

HATAY - KADİM ŞEHİR ANTAKYA; GEÇMİŞİN İZLERİ VE GELECEĞİN UMUDU



Dr. Nihat FAHLIOĞULLARI

Hatay Aile Hekimleri Derneği Başkanı

Bana Hatay'ı anlatan bir yazı yazmam teklif edildiğinde ne yazacağımı çok düşündüm. Zira depremle yerle bir olan kentim geçmişim çocukluğum umudum Antakya'yı nasıl yazacaktım?

Sonra aklıma deprem olmasaydı nasıl yazardım diye bir düşünce geldi ve yazıya öyle başladım yazı 6 şubata kadar ve 6 şubattan sonra 2 bölüm şeklinde olacak. Yazarken belki gözyaşlarımı tutamayacağım ama Antakya'yı geçmiş güzelliğiyle anlatmak bana her zaman huzur vermiştir. Okuduğunuz için şimdiden teşekkür ederim.

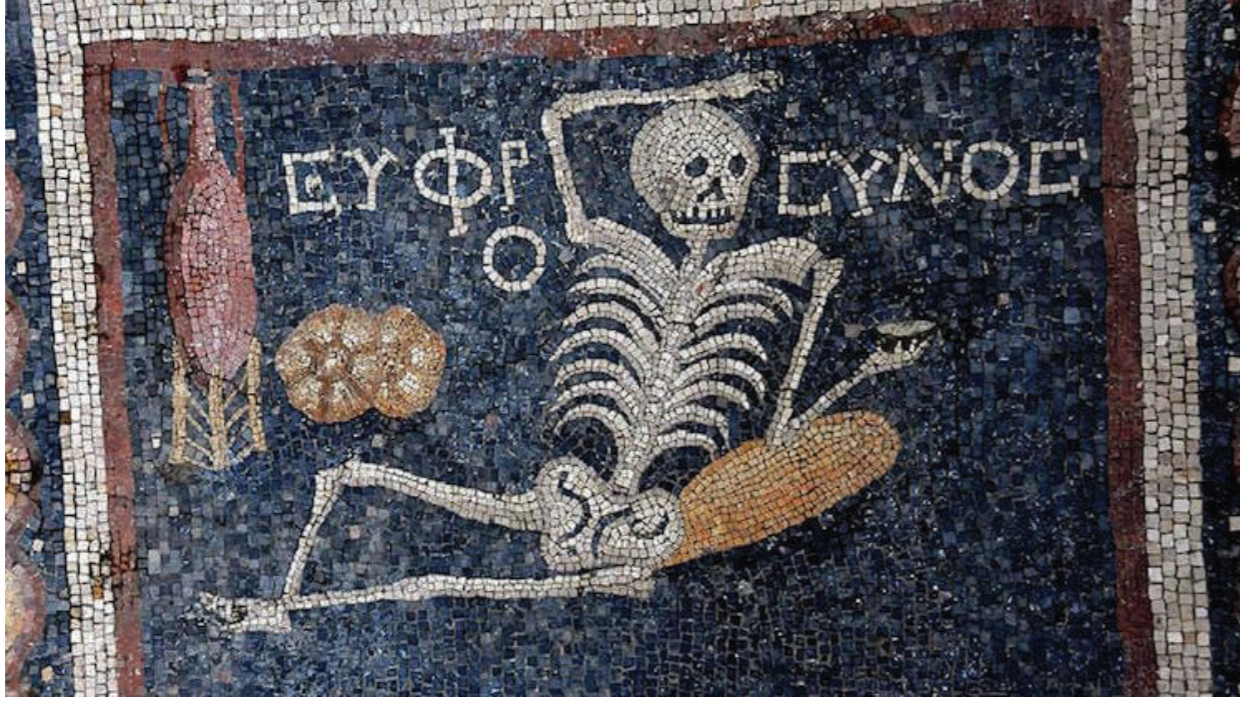
Antik çağların derin izlerini taşıyan Hatay ve onun kalbi Antakya, zamanın süzgecinden geçmiş bir cevher gibi parıldar. Asi Nehri'nin kıyısında kurulan bu kadim şehir, binlerce yılın tanıklığını yapmış, her köşesinde tarih kokan bir müze gibidir. Antakya, zamanın ötesinde bir hikaye anlatır. Bu hikaye, taş sokaklarda yankılanan tarih, yüzyıllardır süregelen kültürel çeşitlilik, doğanın cömertliği ve unutulmaz lezzetlerle bezenmiştir.

Antakya, Büyük İskender'in generallerinden Seleucus I Nicator tarafından MÖ 4. yüzyılda kurulduğundan bu yana, Roma İmparatorluğu'ndan Osmanlı İmparatorluğu'na kadar birçok medeniyetin izlerini taşır. Bu tarih, şehrin sokaklarında, antik mozaiklerde ve yapılarda yaşamaya devam eder. Antakya, farklı dinlerin, dillerin ve kültürlerin bir arada harmanlandığı bir yer olarak, barış ve hoşgörü'nün simgesi haline gelmiştir.

Antakya, sosyal ve kültürel dokusuyla adeta bir mozaik gibi birbirinden farklı ve renkli unsurları bir araya getirir. Bu topraklar, tarih boyunca birçok medeniyete ev sahipliği yapmış, farklı dinler ve kültürler burada yan yana barış içinde yaşamışlardır.



Antakya, üç büyük dinin – İslam, Hristiyanlık ve Yahudilik – buluşma noktasıdır. Şehirdeki camiler, kiliseler ve sinagoglar, bu çok kültürlülüğün somut kanıtlarıdır. Habib-i Neccar Camii, Antakya'nın İslam tarihindeki önemini vurgularken, St. Pierre Kilisesi, Hristiyanlık tarihinin en eski kiliselerinden biri olarak kabul edilir. Yahudi toplumu ise, Musa Dağı Yahudileri olarak bilinir ve bölgenin kültürel çeşitliliğine önemli bir katkı sağlar.



Antakya , aynı zamanda zengin bir sanat ve el sanatları geleneğine sahiptir. Mozaik sanatı, Antakya'nın antik dönemden bu yana önemli bir kültürel mirasıdır. Dünyaca ünlü Antakya mozaikleri, geçmişin sanatsal zenginliğini günümüze taşır. Ayrıca, bakırcılık, ipek dokuma ve zeytin işlemeciliği gibi el sanatları, bölgenin ekonomik ve kültürel hayatında önemli bir yer tutar.

Hatay'da günlük yaşam, mahalle kültürü etrafında şekillenir. Esnafın sabah erkenden açtığı dükkanlar, sokakları dolduran çocuk sesleri, akşamüstü bir araya gelen komşular, bu kentin sıcak ve samimi atmosferini oluşturur. Kahvehaneler, sadece birer dinlenme mekanı değil, aynı zamanda sosyal etkileşimin merkezidir. İnsanlar burada bir araya gelir, sohbet eder, oyunlar oynar ve günlük hayatın stresinden uzaklaşır.



Hatay ve Antakya'nın sosyal ve kültürel yapısı, bu bölgenin zengin tarihinin, hoşgörüsünün ve bir arada yaşama kültürünün bir yansımasıdır. Her köşesi tarih kokan bu şehirde, farklılıklar bir araya gelerek eşsiz bir kültürel harmoni yaratır

Antakya'nın doğası Amanosların ihtişamıyla başlar . Bu dağlar, sadece doğaseverler için değil, aynı zamanda tarih meraklıları için de bir cennettir. Dağların eteklerinde saklı kalmış köyler, Asi Nehri'nin sakin akışı ve Samandağ'ın dalgaları, ziyaretçilere huzur ve sükunet sunar. Her mevsim ayrı bir güzellik sergileyen bu coğrafya, Hatay'ın ruhunu yansıtır. Bitmek tükenmek bilmeyen Rüzgarı geçmişten bugüne kadim bir umudu da taşır.



Anlatmaya sayfaların yetmeyeceği antik kent Hatay'ın mutfağı, tıpkı şehrin kendisi gibi çok kültürlü ve zengindir. . Baharatların cömertçe kullanıldığı, taze malzemelerin başrolde olduğu bu mutfak, her bir lezzetiyle hikayeler anlatır. Künefe, tatlılar arasında krallığını ilan ederken, humus, oruk (içli köfte), tepsi kebabı ve zeytinyağlılar sofraları şenlendirir. Her bir lokma, bu kadim şehrin ruhunu taşır, her yemeğin bir hikaye anlatması bu mutfakın özüdür. Bu lezzetler, sadece damakları değil, ruhları da doyurur.



Antakya'nın sokaklarında yürürken, bir yandan ezan sesini, diğer yandan kilise çanlarını duymak mümkündür. Bu, şehrin kültürel zenginliğinin bir yansımasıdır. Camiler, kiliseler, sinagoglar; hepsi barış içinde yan yana durur. Antakya'nın dar sokaklarında, tarih kokan evlerin arasında, bu çok kültürlülüğün izleri her adımda hissedilir. Her köşe başında farklı bir hikaye, farklı bir anı saklıdır. Eski Antakya sokaklarında dolaşırken bir zaman makinesine girmiş gibi hissedersiniz kendinizi. Odionysos'u Daphne ve Apollon'u görür hisseder belki siz de onlardan birine dönüşürsünüz.

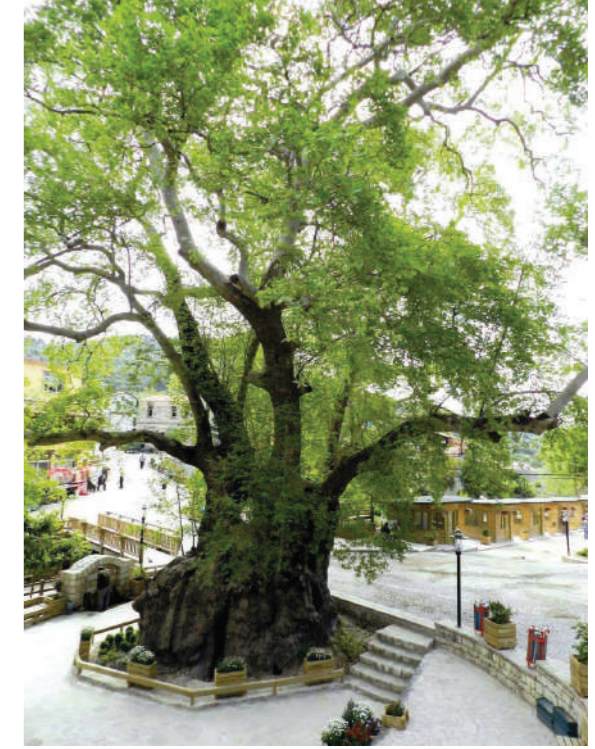
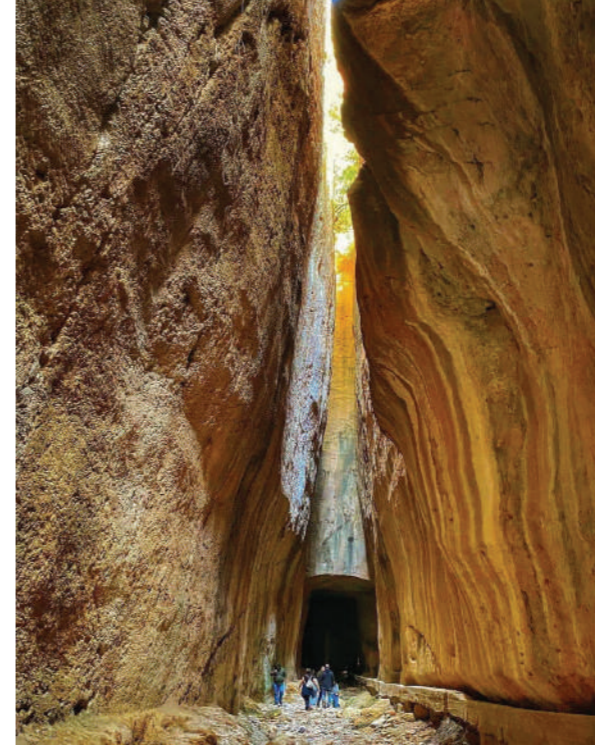
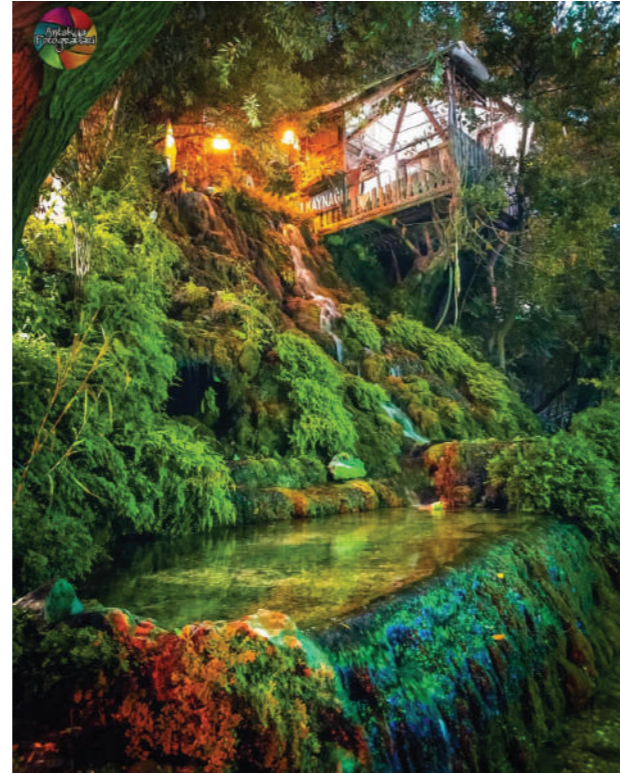
Anavatana Katılma

20. yüzyılın başlarında, bu kadim şehrin kaderi değişmiştir. Fransız Mandası altında geçen yılların ardından, 1938 yılında bağımsız Hatay Devleti kurulmuştur. Ancak, bu bağımsızlık uzun sürmemiş, 1939 yılında yapılan referandumla Atatürk'ün şahsi meselesi Hatay, 23 temmuz 1939 tarihinde Türkiye Cumhuriyeti'ne katılma kararı almıştır. Bu katılım, halkın büyük bir coşku ve sevinç ile karşıladığı ama Atatürk'ün bunu görememesi nedeniyle buruk kutladığı bir dönüm noktası olmuştur. Türkiye'ye katılmak, Hatay için sadece coğrafi bir değişiklik değil, aynı zamanda kimlik ve aidiyet anlamında da bir birleşme olmuştur.

Antakya, sadece bir şehir değil, geçmişin ve geleceğin buluştuğu, doğanın ve insanlığın harmanlandığı bir noktadır. Bu şehir, zamanın ötesinde bir hikaye anlatır ve her ziyaretçisine bu hikayeden bir parça sunar.

Yıkım ve Umut

Gökyüzü karanlık, toprak sessizdi. Antakya, binlerce yıllık tarihin tanıklığını yapmış bu kadim şehir, uykuda yakalandı. 6 Şubat sabahı, yer-yüzü aniden sarsılmaya başladığında, kimse ne olduğunu anlamadı. Toprak titredi, binalar yıkıldı, yollar çatladı. Her köşe başında bir çığlık, her sokakta bir gözyaşı. Asi Nehri bile, o sabah hüzünle aktı. Antakya, tarihin en karanlık anlarından birini yaşıyordu. Ancak, bu karanlıkta bile insan ruhunun ışığı parlamayı başardı. Enkaz altındaki insanlar, sevdiklerini bulmaya çalışan eller, çaresizce yardım bekleyen gözler... Ama aynı zamanda, yardıma koşan kahramanlar, hiç tanımadığı insanlara umut olan gönüllüler vardı. Depremin yıkıcı gücü karşısında, insanlık bir kez daha dayanışmanın, sevginin ve umudun gücünü gösterdi. Bu felaket, sadece binaları değil, kalpleri de derinden yaraladı. Her yıkılan duvar, her çöken çatı, bir ailenin umutlarını, hayallerini yıktı. Ancak, Antakya'nın sokaklarında dolaşan tarih ve kültürün ruhu, bu yıkımı aşacak güçteydi. Bu şehir, defalarca kez yıkılmış ve yeniden doğmuştu. Her seferinde, küllerinden yeniden doğan bir anka kuşu gibi.



Antakya'nın eski sokaklarında yürürken, bu felaketin izlerini görmek mümkün. Ancak, bu izler sadece yıkımı değil, aynı zamanda direnişi ve yeniden doğuşu da anlatıyor. Her yıkılan binanın anlattığı hikayeler her ağlayan gözde parlayan umut, bu şehrin asla yenilmeyeceğinin bir göstergesi.

6 Şubat, Antakya'nın hafızasında derin bir yara açtı. Ama bu yara, aynı zamanda bir dayanışma ve umut hikayesi yazdı. İnsanlar, birbirine sarılarak, yardımlaşarak, bu felaketi aşmayı başardı. Ve Antakya, her zaman olduğu gibi, yeniden ayağa kalktı.

Bu şehir, sadece bir yerleşim yeri değil, insanlığın en güzel değerlerinin, sevginin, hoşgörünün ve dayanışmanın simgesidir. 6 Şubat depreminin acıları hala taze olsa da, Antakya'nın kalbi, umutla atmaya devam ediyor. Ve bu umut, bir gün tüm yaraları saracak, Antakya yeniden eski ihtişamına kavuşacak.

BİLİNÇ DIŞININ KAŞIFI FREUD



Dr. Yusuf BAŞAK

AHEF Yönetim Kurulu Üyesi

Freud, annesi Amalie ve babası Jacob'ın evliliklerinden olma ilk çocuğudur. Baba Jacob Freud'un önceki evliliğinden ayrı iki yetişkin çocuğu bulunmaktadır. Sigmund Freud'un anne ve babasından olma 7 kardeşi vardır..

Anne ve babasının Freud'u tüm çocukları arasında oldukça öncelikli tuttuğu bilinmektedir. Freud kardeşleriyle fazla iletişimi olmayan ve ağır başlı bir çocuk olarak bilinmektedir. Annesiyle olan ilişkisinin ise oldukça yakın ve sıcak olduğunu belirten Freud bu sebeple anne oğul ilişkisinin bütün insan ilişkilerinden daha mükemmel olduğunu savunmaktadır.(1)

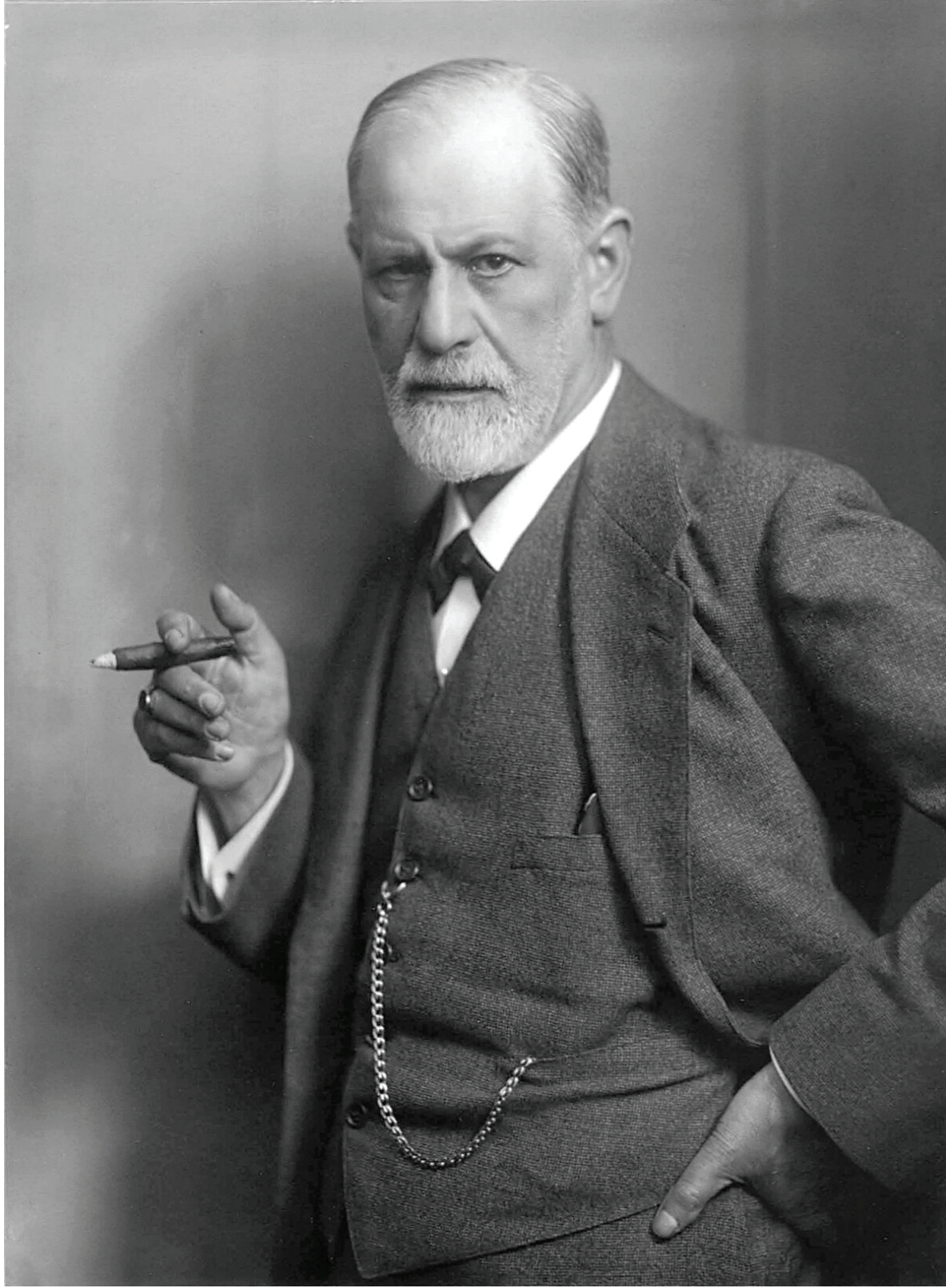
Annesini tutkulu, heyecanlı ve duygusal olarak belirten Freud babasının ise dengeli ama silik bir insan olduğunu, her zaman iyimser olsa da hiç bir zaman işinde başarılı olamayan, ailesini geçindiremeyen zayıf bir adam olarak belirtmektedir. İleride Psikanaliz kuramı için oldukça önemli olacak olan Oedipus Kompleksi fikrinin temelinde, Sigmund'un anne ve babasını görüş biçimi, ailevi ve kişisel hatıraları yatmaktadır.(1)

Viyana Üniversitesinde Tıp Fakültesinde eğitim gördükten sonra Tıp biliminde çalışmayı reddederek Fizyoloji alanına yönelen Freud maddi ve politik sorunlar sebebiyle hekimliğe dönmeye karar vermiştir.(1)

Hekimlik yıllarında psikiyatri ve sinir hastalıkları ile oldukça iç içe olmuştur. Üniversiteden kazandığı burs sayesinde ünlü Fransız nörolog Charcot ile 4 ay çalışma fırsatı yakalamıştır. Bu dönemde sinir hastalıkları ve hipnoz üzerine çalışmalar yapması ve burada öğrendiği bilgiler Freud'un ilgisinin psikopatolojiye kaymasına ve psikanaliz kuramını geliştirmesine sebep olmuştur.

Sigmund Freud kırklı yaşlarının başında psikanalizi geliştirerek bu kuramı ile dünyaca ün kazanmıştır. Fakat ondan önce de bir meslek hayatı olduğundan beyin felci, konuşma bozuklukları ve kokainin anestezi ve uyarıcı bir madde olarak kullanımını savunmak gibi birçok alanda çalışmalar yürütmüştür. Freud kuramlarını ve fikirlerini o dönemin popüler tedavisi olan hipnozdan temel alsa da, daha sonrasında asıl iyileşmenin hipnoz ile değil, konuşma terapisi ile mümkün olabileceğini savunarak psikanalizi geliştirmiştir.(1)

Psikanalitik teori, psikolojinin en çok bilinen teorilerinden biridir. Kuram, Freud sonrası kendi içinde alt dallara ve akımlara ayrılmıştır. Freud'un psikolojiye kattığı en önemli kavramlardan biri ise bilinç dışı kavramıdır.(5) Meslektaşı ve akıl hocalarından olan Josef Breuer bilinç dışı kavramını ortaya atan esas kişi olmasına rağmen bu kavramı kullanılabilir hale getiren kişi Sigmund Freud olmuştur.(1)



Psikanalizde bilinç, kişinin bir anda farkında olduğu her şeyi kapsayan ruh durumu anlamına gelmektedir⁵. Psikanalitik teori insanların kendi iradelerinin dışında, bilinçdışı etkenlerin etkisi altında davrandıklarını ileri sürmektedir. Freud bilinçdışı düşünce, duygu ve dürtüleri araştırarak insanların sorunlarını çözmeye çabalamış.

Çok eski dönemlerden beri bilinç dışında süreçlerin olabileceği düşünülmektedir ve bu sürece dair bilinçaltı kavramı kullanılmaktadır. Bilinçaltı düşünenin bilgisi olmadan meydana gelen akıl süreçlerini temsil etmektedir. Psikanalizin psikoloji bilimine kattığı bilinçdışı kavramı ise bilinçli algının dışında kalan tüm zihinsel olayları temsil etmektedir.

Bilinenin aksine Freud bilinçaltı kavramını kullanmamaktadır. Türkçeye çevrilen bazı kaynaklardaki çeviri hataları sebebiyle Freud'un bilinçdışı (unconscious) kavramı toplumumuzda bilinçaltı (subconscious) olarak bilinmektedir.⁽⁶⁾

Bu kuram en çok katı, radikal olmasıyla, cinsellik temelli olmasıyla, penise haset ve imrenme gibi arzu ve dürtülerin varlığını savunmasıyla, kadınların psişesinin gelişmemiş olması düşüncesi ile ve geçmişte yaşanan olaylarla kişinin şimdiki tüm davranışlarının açıklanması gayreti sebebiyle eleştirilmektedir¹. Bir psikoterapi yöntemi olarak psikanaliz oldukça eleştirilirken bir düşünce sistemi olarak bakıldığında, psikanaliz psikolojinin gelişmesine önemli katkılar sağlamıştır.

Psikanalize göre kişilik id, ego ve süperegö'dan oluşan bir yapıdır. İd içgüdüleri, bilinç dışı istek ve arzuları temsil etmekte ve doğuştan gelmektedir. İd arzuyu hemen ve şu anda doyumak ister. Süperegö ise toplumun ahlaki, etik kurallarını benimseyen ve vicdanı barındıran bir yapıdır.

Ego, id ve süperegö arasında dengeyi kuran bilinçli bir mekanizmadır. Egonun görevi id'in isteklerini süperegönün yasak ve kısıtlarına göre dengeleyip id'in arzularını doyumaktır. Kısa ve en basit anlamıyla ego, dürtüleri ve ahlaki kuralları harmanlayarak dengeleyen bir yapıdır.

Ego, id ve süperegö arasında dengeyi kuran bilinçli bir mekanizmadır. Egonun görevi id'in isteklerini süperegönün yasak ve kısıtlarına göre dengeleyip id'in arzularını doyurmaktır. Kısa ve en basit anlamıyla ego, dürtüleri ve ahlaki kuralları harmanlayarak dengeleyen bir yapıdır.

id'in arzuları ile toplumsal kurallar uyuşmadığında ciddi bir çatışma gerçekleşir, bu çatışmanın çözülebilmesi için ise kişi savunma mekanizmaları geliştirmektedir. Analitik teoriye göre, ego bu dengeyi sağlarken ve çatışmaları çözmeye çalışırken 20'den fazla savunma mekanizması kullanmaktadır. Freud savunma mekanizmalarından ilk kez Savunmaların Nöropsikozu (1962) çalışmasında söz etmiştir. Freud'un ölümü sonrası, Ego Psikolojisine katkılarıyla bilinen kızı Anna Freud, savunma mekanizmalarını geliştirmiş ve birçok mekanizmayı isimlendirmiştir.

İnkâr etme, denetleme, baskı altına alma savunma mekanizmalarına örnek olarak gösterilebilir. İnkâr etme mekanizması kişinin çevresindeki tehlikeyi yok edemediği için onu yok sayması durumudur. Denetleme savunma mekanizması, kişinin kaygısını azaltmak için çevresindeki olaylar üzerinde kontrol sağlamaya çalışması anlamına gelir. Baskı altına alma ise bazı ruhsal süreçlerin kişinin istek ve bilgisi dışında bilinç dışında tutulmasıdır.

Rüyalar: Bilinç Dışına Giden Kral Yolu

Freud Rüyaların Yorumu (1899) kitabında rüyayı psikolojik açıdan incelemiş ve sonrasında rüyaları bilinç dışına ulaşmak için yorumlanması gereken önemli unsurlar içerdiğini savunmuştur. Sigmund Freud'a göre insanlar rüyalarında bilinç dışına atılarak bastırılan, dürtü, düşünce ve arzularını sansürlemeler yaparak rüyalarında ortaya çıkarmaktadır.(3)

Freud'a göre rüyalar arzu doyumunu gerçekleştirdiğimiz alanlardır. Böylelikle günlük yaşamda bastırdığımız, süperegönün toplumsal veya ahlaki yasaları ile örtüşmediği için bir arkaya attığımız arzularımız, rüyalarımızda doyumuna ulaşabilecektir.

Freud yaşamı boyunca psikanalize ilgi duyan meslektaşlarının rüyalarını da yorumlamış, onlara da kendi rüyalarını yorumlatmıştır.

Psikoseksüel Gelişim Dönemleri

Freud kuramları arasında en çok bilinenlerden biri de gelişim evreleridir. Bu kurama göre insanlar gelişimlerini 5 temel evrede tamamlamaktadır. Bu evreler yaşamın ilk altı yılında gerçekleşmektedir.

Bu evreler, oral, anal, fallik, latent ve genital evreler olarak sıralanmaktadır. Oral evre 0-1 yaş arası gerçekleşen evredir. Anal 1-3 yaş, Fallik 3-6 yaş, Latent 6-12 yaş ve son olarak Genital evre 12-18 yaş arasında gerçekleşmektedir.(2)

1. Oral Dönem

Oral dönemde bebek id'in kontrolü altında yaşamakta ve bu süreçte bebek emerek doyuma ulaşmakta, kaygısını atmaktadır. Oral dönemde fazla doyum alınması veya doyumun engellenmesi ketlenmelere (fixation) sebep olarak ileriki dönemlerde problemlere sebep olmaktadır.

2. Anal Dönem

Anal dönemde ise Freud'a göre çocuk dışkılamaktan, bağırsak hareketlerinden zevk almaktadır ve anal bölge kaslarını keşfetmektedir. Bu dönemde tuvalet eğitimi verildiğinden çocuk bu eğitim sonucunda ödüllendirilir veya cezalandırılır. Ebeveynin bu dönemdeki davranışları çocuğun kişiliğini önemli derecede etkilemektedir. Freud'a göre tuvalet eğitimi dönemini fazla rahat geçiren bir çocuk yetişkinliğinde dağınık ve özensiz olurken baskıcı tuvalet eğitimi alan çocuklar cimri ve titiz olmaktadır.

3. Fallik Dönem

Fallik dönemde çocuklar cinsel konuları merak etmeye başlamaktadır. Cinsiyet farklılıklarını anlayan çocuklar kendi bedenleri ile ilgili sorgulamalara başlar. Bu dönemde karşı cinsteki ebeveyne karşı bir aşk duygusu beslenebilmektedir.

4. Gizli (Latent) Dönem

Latent dönem cinsel dürtülerin bastırıldığı ve ebeveyn tarafından yasaklandığı bir dönem olarak tanımlanmaktadır. Sosyal çevre ve arkadaşlıkların oluşmaya başladığı dönemdir. Genellikle 7-12 yaş arası dönemi temsil eder.

5. Genital Dönem

Son olarak Genital dönemde ise üreme organları gelişmektedir ve çocuklar kendi cinsleri ve karşı cins arasındaki fiziksel farklılıkları anlama başlamaktadır. Freud'a göre bu dönem cinsel kimliğin oluştuğu dönemdir.(5)

Freuda göre oral, anal ve fallik evreler kişilik gelişimini oldukça ciddi boyutta etkilemektedir. Bu evrelerde anne babanın çocuğa tutumu oldukça önemlidir.

Freud'a Yönelik Eleştiriler

Sigmund Freud, psikolojinin kurucusu olarak görülmektedir ve birçok düşüncesi eleştirilse de insan davranışlarını açıklamaya çalışan bir düşünce sistemi olarak günümüzde de hala vazgeçilmez bir noktadadır. Eserleri ve fikirleri günümüz psikoloji literatüründe hala yer almakta ve öğrencilere anlatılmaktadır, aynı zamanda fikirlerinin psikoloji dışında edebiyat, film ve sanat gibi birçok alanda etkili olmuştur.

Sigmund Freud kitapları döneminde ve günümüzde oldukça önemli eserlerdir. Freud'un Rüyaların Yorumu, Haz İlkesinin Ötesinde, Psikanaliz Üzerine, Histeri Üzerine Çalışmalar gibi başyapıtlarının yanında 200'den fazla eseri bulunmaktadır. Freud, eserlerinde teorilerini kendi vakalarının çevresinde detaylı şekilde anlatmaktadır. Psikanalizin temel konularını İnsanın Genel Psikopatolojisi Üzerine Bir Giriş kitabında anlatmaktadır. Yine Rüyaların Yorumu (1899) isimli kitabında rüyalar ile bilinç dışını nasıl anlayabileceğimiz ve rüyaları nasıl yorumlayabileceğimiz üzerine yazmıştır.

Freud'un kuramında en çok eleştiri alan noktalar ise oldukça katı ve materyalist bir tavrı olması, cinsellik ve libido kavramını temel alıp buna aşırı vurgu yapması, çocuk cinselliğinden bahsetmesi, penise haset, imrenme fikri ve kişinin hayatındaki her şeyi yaşamın ilk yıllarına bağlamasıdır. Bir psikoterapi yöntemi olarak oldukça eleştirilen psikanalizin hipotezlerinin çok azı bilimsel yöntemlerle kanıtlanabilmektedir.

Freud psikanalizin bir bilim olduğu konusunda ısrarcı olsa da, terapi sırasında yapılan gözlemlerden oluşan bu hipotezlerde belirli sıkıntılar bulunmaktadır. Örneğin her bir terapi seansı yalnızca bir kereye mahsustur ve tekrarlanamaz. Terapi sırasında terapistin peşin hükümleri vardır. Bütün bunlar bilimin temel sıranabilme, ölçülebilme ve yanlışlanabilme ilkelerine aykırı olduğu için psikanalizin bilimsel bir geçerliliği yoktur.(1)

Aynı zamanda terapinin bu kadar uzun süreli olmasının maliyetli olduğu konusu da eleştirilen noktalardan biridir.

Psikanaliz, Freud sonrası dönemde birden çok dala ayrılmıştır. Zamanında Sigmund Freud'un takipçisi ve öğrencisi olan Carl Gustav Jung ve Alfred Adler gibi birçok önemli bilim insanı bir noktada Freud ile fikir ayrılıklarına düşüp psikanalizi kendilerine göre yorumlamış ve değiştirmişlerdir. Bu sebeple Freudyan psikanaliz dışında öğrencilerinin de psikanalize eklediği ve ortaya attığı birçok önemli hipotez bulunmaktadır.

Kaynakça

- Doksat, M.K., Önen, B.(2004). Sigmund Freud, Yeni Symposium. 42(2):60-71.
- Erden, M. ve Akman, Y.(2005). Gelişim ve Öğrenme. Arkadaş Yayıncılık, Ankara.
- Freud, S. (1996). Düşlerin yorumu I (2. baskı). (E. Kapkın, Çev.) İstanbul: Payel Yayınevi. (Orijinal Çalışma Basım Tarihi 1899).
- Porter, A. (2021). Sigmund Freud, Ilksatır Yayınevi.
- Sağlık, G. (2021). Psikanalitik kuram ve sosyal hizmet,(Yayımlanmamış Yüksek Lisans tezi). Karabük Üniversitesi, Karabük.
- Sevinç, K.(2019). Freudyan Psikolojide Bilinçaltı ve Bilinçdışı Kavramları Arasındaki Benzerlikler ve Farklılıklar, Kilitbahir, 15:125-158.
- Tuzcuoğlu, N.(1995). Psikanaliz Kuramı ve Özellikleri, Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi, 7:275-285.

ŞARBON



Uzm. Dr. Fulya DEMİR

Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı
Vakıfkebir Devlet Hastanesi Trabzon

Şarbon bir bakteriye bağlı olduğu kanıtlanmış ilk hastalıktır. Robert Koch tarafından 1877 yılında tanımlanmıştır. Türkçeye Fransızcadaki 'charbon' (kömür) kelimesinden geçmiştir. Etkeni Bacillus anthracis sporlu Gram pozitif zoonotik basildir.

Toprak patojenin ana deposu olmakla birlikte bulaşma endüstriyel, tarımsal, laboratuvar, damar içi ilaç kullanımı kaynaklı olabilir. Türkiye'de bulaş %95 tarımsal kaynaklıdır. Ülkemiz şarbon açısından hiperendemiktir. İnsanda B. anthracis sporları deri, akciğer ve gastrointestinal sistem ile vücuda girer. Dört ana klinik formu vardır: Deri şarbonu, gastrointestinal sistem şarbonu, inhaler şarbon, intravenöz şarbon. Bu dört ana klinik formun lenfohematojen yolla yayılmasıyla karşımıza sepsis ve menenjit tablosunda da gelebilir.

Deri şarbonu en sık görülen şeklidir. Deri şarbonunun inkübasyon süresi 1-7 gün arasındadır. Küçük, ağrısız, kaşıntılı papül olarak başlar, hızla büyüyerek veziküle dönüşür, ardından erozyon oluşur ve siyah, çökük eskarla birlikte ağrısız nekrotik ülser bırakır (Resim 1). Etrafı çok ödemli ve eritemlidir. Abse beklenmez. İlgili bölgede ağrılı lenfadenopati görülebilir. Lezyonda doku hasarına oranla az sayıda lökosit bulunur. Ateş, baş ağrısı, halsizlik gibi semptomlar hastaların çoğunda görülmesine de eşlik edebileceği aklımızda olmalıdır. Yüzde, boyunda, periorbital bölgede oluşan lezyonlarda ödem fazla olabilir. Ödem göğüs ön duvarına doğru ilerleyebilir. Buna şarbon ödemi denir (resim 2). Komplikasyonlar arasında baş ve boyun bölgesinin tutulumundan kaynaklanan hava yolu tıkanıklığı, sepsis ve menenjit bulunur. Deride eskar ile başvuran hastada özellikle eskarın etrafında lezyonun boyuyla orantısız ödem varsa uygun epidemiyolojik öykü olması halinde şarbondan şüphelenilmelidir. Hastalar menenjit ve sepsis semptomları açısından mutlaka sorgulanmalıdır.



Dünyada artan penisilin direnci nedeniyle deri şarbonunda tedavide ilk planda doksisiklin, siprofloksasin, levofloksasin önerilmektedir. Duyarlı olduğu ispat edilmediği sürece penisilin, ampisilin tercih edilmemelidir. Klinik yanıt var ise tedavi süresi 7-10 gündür. Antibiyotik tedavisi ile ölüm oranı %2'nin altındayken uygun tedavi verilmezse deri şarbonunda ölüm oranı %16-32'dir. Deri şarbonunda cerrahi insizyon lezyonda genişlemeye neden olabileceğinden kesinlikle önerilmez. Topikal antibiyotiklerin de faydası yoktur. Kontamine materyal ile deri teması varsa semptomlar açısından 10 gün süre ile izlenir. Profilaksi önerilmez. Hayvanlarda kullanılan canlı aşı ile temasta meydana gelen vaka hiç görülmemiş olup hastalık oluşturmadığı kabul edilir.

Akciğer şarbonu ise B. anthracis sporlarının solunmasıyla meydana gelir. Kirli hayvansal ürünlerin solunması yol açabilir. Ayrıca biyolojik silah olarak da kullanılabilir. B. anthracis sporları alveolar makrofajlar tarafından fagosite edilir ve mediastinal lenf düğümlerine taşınır. Oradan çoğalarak torasik lenf düğümlerine taşınır ve hemorajik nekroza neden olur. Bu da hemorajik mediastinit ve bazı durumlarda nekrotizan pnömoniye neden olur. Kan yoluyla yayılarak bakteriyemi ve menenjit ile de karşımıza çıkabilir. İnkübasyon süresi 7-10 gün olduğu tahmin edilmektedir. Ancak bir gün kadar kısa, 43 gün kadar uzun vakalar gösterilmiştir. Hastalığın seyri genellikle iki fazlıdır. Prodromal faz hafiftir ve iki üç gün sürer. Miyalji, ateş, halsizlik semptomları olur. Üst solunum yolu enfeksiyonundan ayırt edilemez. Ardından fulminan faz şiddetli nefes darlığı, hipoksemi, ateş, kanlı balgam ile karşımıza gelir. Birkaç gün içinde yüksek oranda ölüme neden olur. Hastaların hemen hepsinde anormal radyografik bulgu vardır. Plevral efüzyon yaygındır. Mediastinite sekonder mediastinal genişleme tipik bulgudur (resim 3). Pnömonik infiltrasyonlar da eşlik edebilir. Hastalığın erken döneminde akciğer grafisi bulgusu olmayabilir. Fulminan faza geçen bir hastanın mortalitesi %100'dür ancak prodromal fazda antibiyotik tedavisi başlanırsa tedavi başarılı olabilir. Aerosolize sporlarla temas etmiş ya da ettiğinden kuşkuyla, şarbon sporlarının kasıtlı (biyoterörizm) kullanıldığı durumlarda 60 gün siprofloksasin profilaksisi uygulanır.



Gastrointestinal sistem şarbonu, orofaringeal veya gastrointestinal şarbon olmak üzere iki klinik formda görülür. B. anthracis'in ağızdan çıkan kolona kadar sindirim sisteminin tüm bölgelerini enfekte ettiği bildirilmiştir. Hastalık, infekte hayvanın yeterince pişirilmeden yenmesinden sonra gelişir. Gastrointestinal formda inkübasyon süresi 1-6 gündür. Genellikle infekte bağırsak segmentinde ciltteki eskara benzeyen nekrotik ülserler ve bitişik mezenterde yaygın ödem vardır. Mezenterik lenf düğümleri büyük ve hemorajik olabilir. Hasta karın ağrısı, bulantı, kusma, kanlı mukuslu ishal, septisemi ile gelir. Birkaç gün sonra hızla asit gelişir. Gastrointestinal şarbonun mortalite oranı %60 olduğu tahmin edilmektedir. Şarbonun orofaringeal formu daha az sıklıkta görülür. Lezyon ağız mukozası, dil, tonsil, farinks arka duvarında olabilir. Hasta yutma güçlüğü, boğaz ağrısı, boyunda ağrılı lenfadenopati, ateş, septisemi ile gelir. Ölen hayvan etinin pişirilerek yenmesi öyküsü varsa semptomlar açısından 10 gün süre ile izlenir. Profilaksi verilmez. Kontamine olduğu doğrulanmış çiğ et yeme öyküsü varsa 7 gün siprofloksasin profilaksisi verilebilir. İnfekte inekte süt üretimi olmaz, olsa bile süte basil veya spor salınımı gösterilmemiştir.

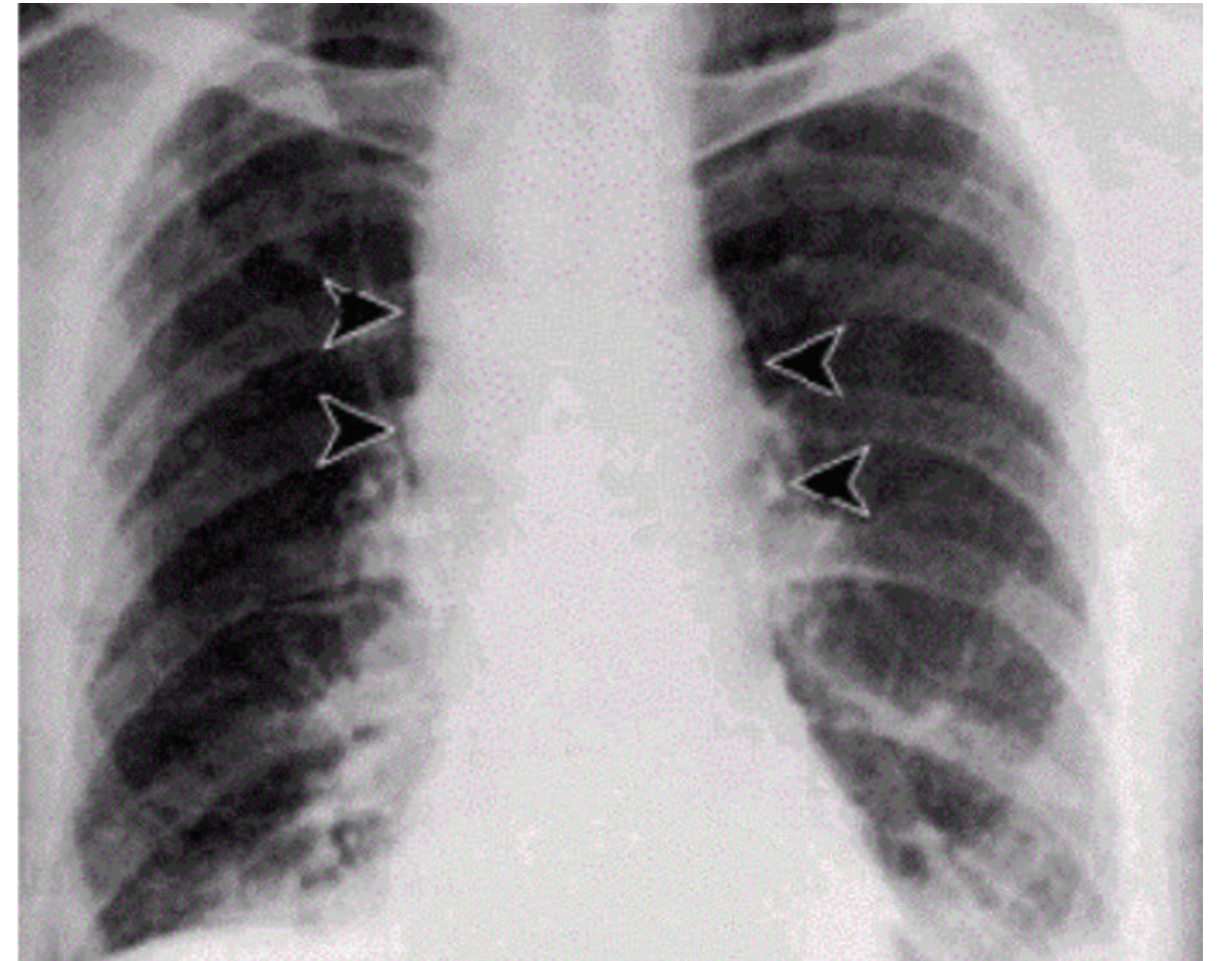


Şarbon menenjitleri genellikle primer yerleşim odaklarından (deri, inhalasyon, gastrointestinal) lenfohematojen yayılım sonucu gelişir. Klinik tablo akut hemorajik menenjit ile karakterizedir. Prognozu kötüdür. Hasta ateş, baş ağrısı, meningeal irritasyon bulguları, bilinç bulanıklığı ile gelir. Sıklıkla kafa içi kanama ile ilişkilidir. Bu genellikle görüntüleme bulguları ve lomber ponksiyon ile tespit edilir. Parankimal beyin kanaması o kadar şiddetli olur ki travmatik lomber ponksiyonla karışabilir.

Enjeksiyon şarbonu, damar yolu ile uyuşturucu kullanımıyla ilişkilendirilmiştir. Enfeksiyon yolu enjeksiyon yeri olsa da deri şarbonunda görülen eskar genellikle burada görülmez. Enjeksiyon yerinde ödem, şişlik ve cilt nekrozu görülebilir (Resim 4). Sistemik semptomlar sıklıkla eşlik eder.

Sağlık bakanlığının olası şarbon vakasına yaklaşım algoritması mevcuttur. Şarbon ülkemizde A grubu bildirimi zorunlu hastalıklar arasındadır. Şarbon hastalarından diğer sağlık çalışanlarına ve hastalara bulaşma riski yok denecek kadar düşüktür. Doğal gelişen şarbon hastalara karşı standart önlemler yeterlidir. Hastaların sağlam olmayan derisiyle temas edileceği zaman eldiven giyilmelidir. Aerosol oluşumu riski olan durumlarda uygun kişisel koruyucu malzemeler kullanılmalıdır (önlük, maske, gözlük vb). Hastaların ayrı odada yatırılması gerekmez. Hastadan hastaya bulaşmaz ama giysilerinde ve üzerinde sporlar olabilir. Yara kapatılmalı, yara örtüleri yakılmalı/otoklave edilmelidir. Yüzeylerin formaldehit/çamaşır suyu ile temizlenmesi önerilir.

Sonuç olarak ülkemizde özellikle hayvancılıkla uğraşan kişilerin eğitimi, risk grubunda olanlar için koruyucu önlemler alınması, hayvan ve hayvan ürünlerine maruziyet öyküsü olan hastalarda vezikül ve ödemle birlikte ağrısız ülser varlığı saptandığında öncelikle şarbon düşünülerek erken tedavi başlanması hastalığa bağlı mortalite ve morbiditeyi azaltmaktadır.



CİLD VE YUMUŞAK DOKU İNFEKSİYONLARI



Doç. Dr. İbrahim Erayman

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi
İnfeksiyon Hastalıkları ABD Başkanı

Deri ve deri yapılarındaki infeksiyonlar her ne kadar deri ve deri ekleri infeksiyonları, yumuşak doku infeksiyonları veya kısaca sellülit olarak ifade edilsede infeksiyon hastalıkları disiplininde yaygın adı ile cild ve yumuşak dokunun infeksiyonları (CYDi) olarak tanımlanırlar.

Deri ve deri yapılarındaki infeksiyonlar her ne kadar deri ve deri ekleri infeksiyonları, yumuşak doku infeksiyonları veya kısaca sellülit olarak ifade edilsede infeksiyon hastalıkları disiplininde yaygın adı ile cild ve yumuşak dokunun infeksiyonları (CYDi) olarak tanımlanırlar.

Üst solunum yolu ve üriner sistem infeksiyonları ile beraber en çok poliklinik ziyaret başvuru nedenlerinden olsalar da ,acil servis başvuruları diğerlerine göre kayıtlı verilerde daha sık bildirilmiştir; üriner sistem infeksiyonlarına göre acil servis başvuruları 3 kat daha fazladır.ABD' de her yıl CYDi infeksiyonları nedeniyle yaklaşık 9,2 milyon kişiye tedavi verilirken hastane başvurularında %30 artış bildirilmiştir.

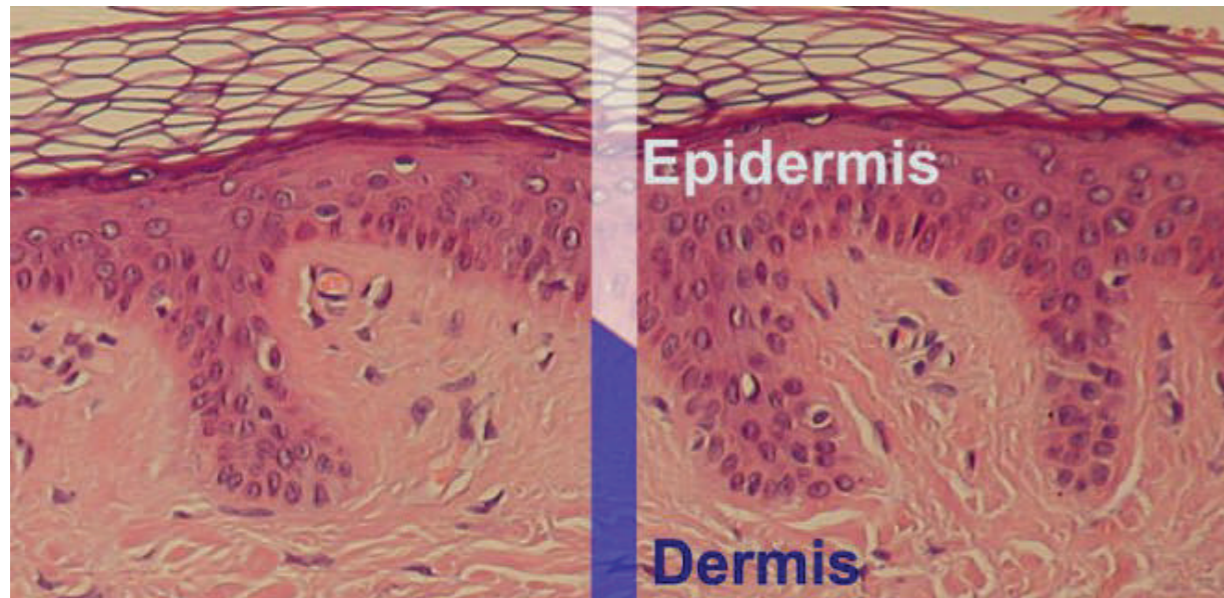
Erizipel,karbonkül,fronkül, impetigo,ektima ve follikülit gibi patolojiler epidermis ve dermisi tutan daha çok ayaktan ve kısa süreli tedavilerle çoğunlukla komplike bir duruma neden olmazken; subkutan ve süperfasiyal alanda diffüz yerleşen sellülit; daha derin dokularda nekrotizan fasiit ve myosit-myonekroz ;apse, nekroz,bül oluşumu, derin doku invazyonu,sepsis gibi ciddi komplike klinik durumlara dönüşerek hastane yatışı ve acil parenteral antimikrobiyal tedavi ihtiyacı gerektiren tablolara neden olabilirler.

Üst solunum yolu ve üriner sistem infeksiyonları ile beraber en çok poliklinik ziyaret başvuru nedenlerinden olsalar da ,acil servis başvuruları diğerlerine göre kayıtlı verilerde daha sık bildirilmiştir; üriner sistem infeksiyonlarına göre acil servis başvuruları 3 kat daha fazladır.ABD' de her yıl CYDi infeksiyonları nedeniyle yaklaşık 9,2 milyon kişiye tedavi verilirken hastane başvurularında %30 artış bildirilmiştir.

Erizipel, karbonkül, fronkül, impetigo, ektima ve follikülit gibi patolojiler epidermis ve dermisi tutan daha çok ayaktan ve kısa süreli tedavilerle çoğunlukla komplike bir duruma neden olmazken; subkutan ve süperfasiyal alanda diffüz yerleşen sellülit; daha derin dokularda nekrotizan fasiit ve myosit-myonekroz; apse, nekroz, bül oluşumu, derin doku invazyonu, sepsis gibi ciddi komplike klinik durumlara dönüşerek hastane yatışı ve acil parenteral antimikrobiyal tedavi ihtiyacı gerektiren tablolara neden olabilirler.

İnfeksiyonun tanısında ve tedavisinde özellikle hastanın tedavi ihtiyacının ne olduğunu belirlemede, olası etken hakkında bilgi sahibi olmada öykü alma ve fizik muayene önemlidir. Lezyonun yeri ve boyutu, cerrahi debritleme gerekliliği (pürülan akıntı, apse, nekroz), komorbidite(ler), sağlık hizmetine önceden maruz kalıp kalmadığı, antibiyotik kullanım öyküsü dikkatle alınarak; ateşi olan komplike olgularda kan kültürü ve doku kültürü (imkan varsa) yapılmalı, enfeksiyon parametreleri istenerek antimikrobiyal tedavi yaklaşımında bulunulmalıdır.

Dünyada belkide en önemli sağlık sorunlarından biri olarak tanımlanan antimikrobiyal direnç CYDİ'lerinin tedavisinde önemli bir konu olarak karşımıza çıkar.



Özellikle son 3 ayda hastanede kalma, antibiyotik kullanma, hemodiyaliz hastaları veya daha önceden dirençli bir patojenle kolonize olmuş olgular bir çok antibiyotiğe dirençli patojene (Multi Drug Rezistans- MDR) maruz kalma olasılığı olan olgulardır. Bu durum hastanede daha uzun süreli yatışlar, uygunsuz antimikrobiyal tedavi başlama (%18-30) ve maalesef sepsis gibi yaşamsal komplikasyonların nedeni olabilirler.

Dünyada belkide en önemli sağlık sorunlarından biri olarak tanımlanan antimikrobiyal direnç CYDİ'lerinin tedavisinde önemli bir konu olarak karşımıza çıkar. Özellikle son 3 ayda hastanede kalma, antibiyotik kullanma, hemodiyaliz hastaları veya daha önceden dirençli bir patojenle kolonize olmuş olgular bir çok antibiyotiğe dirençli patojene (Multi Drug Rezistans- MDR) maruz kalma olasılığı olan olgulardır. Bu durum hastanede daha uzun süreli yatışlar, uygunsuz antimikrobiyal tedavi başlama (%18-30) ve maalesef sepsis gibi yaşamsal komplikasyonların nedeni olabilirler.

Komplike olmamış, komorbiditeleri olmayan ve daha çok epidermis ve dermisteki lezyonlar ayaktan oral antibiyotiklerle tedavi edilirken, bunu aksi durumlar hastanede ve parenteral antimikrobiyallerle tedavi edilmelidir. Bu konuda bir çok rehber önerileri var ancak görülebileceği gibi antimikrobiyal direnç çağında elimizde maalesef sihirli bir değnek yok ve basit infeksiyonlardan hastalar yaşamlarını kaybedebiliyorlar.

KAYNAKLAR

1. *Clinical Infectious Diseases* 2019; 68(S3):193-9.
2. *Antibiotic Resistance Patient Safety Atlas. CDC National Healthcare Safety Network (NHSN) Antibiotic Resistance Data (1 august 2018).*
3. *Ther Adv Infectious Dis* 2017; 4(5):143-161.
4. *Clinical Microbiology and Infection* 2016; 22(S2).
5. *Am J Clin Dermatol* 2015; 16:137-146.
6. *Clinical Infectious Diseases* 2014; 59(2):s10-52.

YENİ ORAL ANTİKOAGÜLANLAR (YOAK)



Uzm. Dr. Murat ÇEVİK

Aile Hekimliği Uzmanı
Sokullu Mehmet Paşa ASM/ Çankaya / ANKARA

Antikoagülanlar, yeni trombüslerin oluşmasını ve dolayısı ile mevcut trombüsün genişlemesini önler.

Antikoagülan ilaçlar; standart (fraksiyone olmamış) heparin (SH), düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH), parenteral direkt trombin inhibitörleri, fondaparinux, danaparoid K vitamini antagonistleri (KVA) ve yeni oral antikoagülanlardır.

(YOAK) Klinik pratiğimizde her geçen gün daha fazla sayıda kullanıldığını görmeye başladığımız Yeni oral antikoagülanlar bugün üzerinde duracağımız esas konu;

Neden yeni bir OAK 'a ihtiyaç duyarız ?

Yeni nesil oral antikoagülanlar, K vitamini antagonistlerinin dezavantajlarına alternatif olarak geliştirilmişlerdir. Günümüzde yeni nesil oral antikoagülanlar, non-valvuler atrial fibrilasyonda inmenin önlenmesinde, total kalça ve diz protezi sonrası derin ven trombozunun önlenmesinde ve tromboemboli tedavisinde kullanılmaktadır.

Öncelikle Oral antikoagülanların ve YOAK'ların tarihsel gelişimine bakalım;

1995- AF de inme korumasında VKA , ASA 'ya kıyasla üstün

2000- VKA plaseboya göre AF' de inmeyi %66 azaltıyor.

2009- Dagibatran AF' de faz 3 çalışması sonuçlandı.

2010- Apiksaban faz 3 AF çalışması sonuçlandı.

Rivaroksaban faz 3 çalışması sonuçlandı.

Edoksaban faz 3 AF çalışması sonuçlandı.

2015- Metaanalizler ve sağlık veri tabanları: AF' de inme korumasında YOAK vs ve VKA risk-yarar karşılaştırmaları

Biz antikoagülasyon kullanımına ne zaman ihtiyaç duyarız; AF si olan hastalarda inmeden korumak , Derin ven trombozundan korunmak , pulmoner emboli tedavisinde ve kardiyovasküler sekonder korunmada ihtiyaç duyarız.

Atriyal fibrilasyon (AF); inme ve felç riskini yaklaşık 5 kat arttıran bir hastalıktır. Bu nedenle bu hastalarda inme ve sistemik emboli profilaksisi oldukça önemlidir. Yakın zamana kadar uzun dönem oral antikoagülasyon tedavisi olarak vitamin K antagonisti olan varfarin kullanılmaktaydı. Bu tedavi ile nonvalvular AF hastalarında inme riskinde %60 azalma sağlanmıştır. Varfarin, K vitaminine bağlı olan faktör II, VII, IX ve X'u inaktive ederek koagülasyon sağlar. Tromboembolik olayların önlenmesi ve tedavisi için kullanılan diğer geleneksel antikoagülanlar heparin ve heparin analoglarıdır.

Varfarinin dar terapötik aralığa sahip olması, bireyler arasında son derece değişken doz-cevap ilişkisi, laboratuvar testleri ile izlenme gereksinimi, ilaç-ilaç ve ilaç-besin etkileşimi önemli kullanım kısıtlılıklarıdır. Bu da kullanımı ve takibi kolay, ilaç etkileşimi olmayan yeni moleküllerin arayışına neden olmuştur. Çalışmalar sonucunda “yeni oral antikoagülanlar” (YOAK); dabigatran eteksilat, rivaroksaban, apixaban pratik kullanıma ve tedavi kılavuzlarına girmiştir. Bunlar varfarinden farklı olarak koagülasyon kaskadının değişik yerlerine etki ederler.

Yeni Oral Antikoagülanlar (YOAK)

Klinik kullanımda iki grup yeni nesil oral antikoagülan mevcuttur;

- 1- Oral direk trombin inhibitörleri (Dabigatran),
- 2- Oral direk Faktör Xa inhibitörleri (Rivaroxaban, Apixaban, Edoxaban).

K vitaminine bağlı koagülasyon faktörlerini inhibe eden vitamin K antagonistlerinden (VKA) farklı olarak bu ilaçlar koagülasyon kaskadında sadece bir basamağı inhibe eder. Her bir YOAK için, hastaların genel karakteristik özellikleri göz önünde bulundurularak tedaviye başlanması önerilir.

Dabigatran

Dabigatran etexilate (Pradaxa® 150mg kapsül, Boehringer Ingelheim); FDA (ABD gıda ve ilaç dairesi) tarafından onaylanmış ilk oral antitrombin inhibitörüdür. Bir ön ilaç olup karaciğer ve plazmada bir serum esterazı tarafından aktif metaboliti olan dabigatrana dönüşür. Geri dönüşümlü ve kompetitif olarak trombine bağlanıp antikoagülasyon yapar. Hızlı etki (1-2 saat), kısa yarılanma ömrü (12-17 saat) ve %80 renal atılımı mevcuttur. VKA'lardan farklı olarak dabigatranın majör bir besin etkileşimi yoktur, çok az ilaç etkileşimi vardır. Ancak p-glikoprotein inhibitörleriyle ve indükleyicileriyle (Ketokonazol, itrakonazol, vorikonazol, posakonazol, rifampisin, karbamazepin, fenitoin, fenobarbital) birlikte kullanımı kontrendikedir. Dabigatran ve pantoprazolün birlikte kullanımının antikoagülan etkinliği azaltmasına rağmen bu kombinasyonda doz ayarlaması gerekli değildir.

K vitamini antagonisti kullanan hastalarda dabigatrana geçişlerde INR değeri önemlidir. K vitamin antagonisti kesilir, INR değeri 2'nin altına indiğinde dabigatran başlanabilir. Düşük molekül ağırlıklı heparin kullanan hastalarda ilacın son dozundan 12 saat sonra dabigatran başlanabilirken; dabigatran kullanan olgularda ise ilacın verildiği son dozdan 12 saat sonra DMAH başlanabilir.

Nonvalvüler atriyal fibrilasyonlu CHADS2 skoru bir veya daha fazla olan yetişkin hastalarda inme ve sistemik embolinin önlenmesinde dabigatran dozu 150 mg günde iki defa olmak üzere 300 mg'dır. Böbrek yetmezliği veya 75 yaş üzerinde doz azaltılması önerilmektedir. Kreatinin klerensi 30 60ml/dk/1,73m² arasında 2x110mg kullanılması önerilirken, ülkemizde 30ml/dk/1,73 m² nin altında dabigatran kullanımı önerilmez.

RE-LY (Randomized Evaluation of Long Term Anticoagulation Therapy), dabigatran ve varfarinin inme ve sistemik emboli açısından etkinlik ve güvenilirliğinin karşılaştırıldığı randomize prospektif bir çalışmadır. Çalışmada iskemi ve sistemik emboliden korunmada dabigatran 110mg'ın varfarin ile arasında fark olmadığı, dabigatran 150mg'ın ise varfarinden daha üstün olduğu saptanmıştır.

Majör ve ölümcül kanamalar açısından dabigatran 110mg daha güvenli iken 150mg dabigatran varfarin ile benzer riskte bulunmuştur. İntrakraniyal kanamalar ise her iki dozda da varfarinden daha düşük oranda gözlenmiştir.

Rivaroxaban

Rivaroxaban (Xarelto® 20mg tablet, Bayer Health Care) oral, direkt aktive trombin inhibitörüdür, başlangıç etkisi hızlı başlar. Günde tek doz 20 mg olarak kullanılır. Yemeklerle birlikte alımı biyoyararlanımını arttırmaktadır. Rivaroxabanın büyük bir kısmı karaciğerden metabolize edilerek idrar ve gaita yoluyla atılır. Çift kör, randomize, çok merkezli ROCKET-AF çalışmasında nonvalvüler AF hastalarında varfarin ve rivaroxaban kıyaslanmıştır.

Bu çalışmada bir grup hastaya kreatinin klerens değerine göre rivaroxaban günde tek doz 20mg veya 15mg, diğer gruba da INR 2-3 arasında tutulacak şekilde varfarin verilmiştir. Primer sonlanım noktası açısından her iki grupta bir fark gözlenmemiştir. Majör kanamalar açısından da belirgin bir fark gözlenmezken gastrointestinal majör kanamaları rivaroxaban grubunda (%3,2) varfarin grubuna (%2,2) kıyasla daha sık gelişmiştir. Rivaroxaban 2011 yılında FDA onayı almıştır.

Apixaban

Apixaban (Eliquis® 5mg tablet, Bristol Myers Squibb); oral yolla alınan direkt ve kompetitif faktör Xa inhibitörüdür. Apixabanın varfarin kullanamayan hastalarda aspirin ile karşılaştırmalı çift kör, randomize AVERROES çalışmasında apixabanın inme ve sistemik embolinin primer erken korunmasında apixabanın üstünlüğü görülmüş, çalışma erken sonlandırılmıştır. Ayrıca majör kanama sıklığı açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Apixabanın AF hastalarında varfarin ile kıyaslandığı randomize, çiftkör ARISTOTLE çalışmasında bir gruba apixaban 2x5mg, diğer gruba INR 2-3 arasında olacak şekilde varfarin verilmiştir. İnme ve sistemik emboliyi içeren primer sonlanımlarda apixabanın varfarinden üstün olduğu ortaya çıkmıştır. Majör kanama ise varfarin grubunda apixaban grubuna kıyasla daha fazla görülmüştür. Alt grup analizlerinde de primer sonlanımdaki üstünlüğü gösterilmiştir. FDA 2012 yılında AF tedavisinde kullanılmak üzere apixabana onay vermiştir.

Edoxaban

Edoxaban yakın zamanda FDA tarafından onaylanan (EMA tarafından onaylanmamış) bir başka geri dönüşümlü faktör Xa inhibitörüdür. Hızlı absorbe edilir ve pik plazma konsantrasyonuna 1-2 saatte ulaşır. %50'sinden fazlası böbreklerden elimine edilir. Bir p-glikoprotein substratı olduğundan kinidin, amiodaron ve verapamil, edoxaban plazma konsantrasyonlarında belirgin olarak yükselme yapar. Bu nedenle ek olarak potent glikoprotein inhibitörü (Verapamil veya kinidin) alan hastalarda, vücut 60 kg'ın altında olan hastalarda ve orta-ağır renal yetmezlikli (Kreatinin klirensi 50 ml/dk) hastalarda edoxaban dozu yarıya indirilmelidir.

Yüksek doz YOAK'lar ile Warfarin'in etkinliklerinin karşılaştırılmasında warfarinle kıyaslandığında YOAK'larda inme ve sistemik embolik olayların %19 oranında daha az olduğu görülmektedir. Ancak bu oran büyük oranda hemorajik inmelerdeki azalmayla ilişkilidir. Her 4 YOAK verileri majör kanamalarda majör kanamalarda %14 oranında azalma olduğunu göstermektedir. Bir YOAK'ın diğerine üstünlüğünü gösteren herhangi bir kanıt olamamakla birlikte hasta karakteristikleri, ilaç uyumu ve tolerabilite açısından bir takım öngörülerde bulunmak mümkündür.

Tüm bu çalışmaları değerlendirecek olursak, tüm yeni nesil antikoagülanlar hemorajik inme ve intrakraniyal kanama riskinde anlamlı olarak azalmaya neden olmuş, majör kanama riskinde belirgin bir artışa sebep olmamıştır. Metaanalizlerin sonuçları da ana çalışmaları destekler niteliktedir, inme veya sistemik emboli ve hemorajik inme açısından belirgin düşüş tespit edilmiştir. Çalışmaların subgrup analizlerinde de daha önceden varfarin kullanımı, atriyal fibrilasyonun tipi primer sonuçları değiştirmemiştir. CHADS2 veya CHA2DS2VASc skorlamasına göre alt gruplar tekrar analiz edildiğinde ise inme açısından yüksek riskli grupta yeni oral antikoagülanların daha faydalı olduğu söylenebilir fakat majör kanama riskinde artış olabileceğine dair veriler de tespit edilmiştir. 75 yaş üzerinde dabigatran günde 2 doz 150mg varfarin ile kıyaslandığında majör kanama riskini arttırdığı gösterilmiştir. Apixabanın varfarin kullanamayan hastalarda aspirine üstünlüğü ispatlanmıştır. Yeni nesil antikoagülanları birbiri ile kıyaslayan çalışma henüz yoktur. Bu nedenle hangisinin kullanılacağına karar verirken hasta ile ilişkili faktörler göz önüne alınmalıdır. Kompliyans problemi olan hastalarda günde tek doz rivaroxaban, gastrointestinal kanama açısından riskli hastalarda apixaban uygun seçenek olabilir. Bunun yanında koroner arter hastalığı, miyokard enfarktüsü hikayesi olanlarda dabigatran tercih edilmeyebilir. Yemeklerle ve ilaçlarla belirgin etkileşime girmezler, rivaroxaban ile midazolam, digoksin ya da atorvastatin arasında etkileşim yoktur. Buna karşın HIV proteaz inhibitörleriyle (ritonavir gibi) eş zamanlı sistemik tedavi alanlarda rivaroxaban önerilmemektedir.

Bir Antikoagulandan Diğesine Geçiş

VKA'dan YOAK'a geçiş; INR değerinin 2.0' ın altına düşmesi beklenmeli ve ardından YOAK tedavisine geçilmelidir.

İntravenöz unfraksiyone heparin (UFH)'den YOAK'a geçiş; UFH kesildikten 2 saat sonra (Renal yetmezlik durumunda daha uzun süre) YOAK'a geçiş önerilmektedir.

Düşük Molekül Ağırlıklı Heparinden (DMAH) YOAK'a geçiş; sıradaki DMAH dozunun yerine YOAK başlanabilir.

YOAK' tan VKA'ya geçiş; INR 2-3 olana kadar YOAK ile VKA birlikte kullanılmalı, ardından YOAK kesilmelidir.

YOAK' tan parenteral antikoagulanlara geçiş; sıradaki YOAK dozu yerine parenteral antikoagulan başlanabilir.

İnme ve felç hastalarının %15'inde bulunan AF bu hastalarda mortaliteyi ve morbiditeyi %60 oranında artırmaktadır. Antikoagülasyon tedavisi bu riski üçte iki oranında azaltabilmektedir. Buna rağmen, inme riski olan AF hastalarının sadece %5'i antikoagülasyon tedavi kullanmaktadır.

Birinci basamakta oral antikoagülan kullanımı için, kılavuzlarda öncelikle inme riski olan AF hastalarının ayırt edilmesi önerilmektedir. İnme riskini tespit etme ve AF hastalarında antitrombotik tedaviye başlarken kılavuzluk etmesi için, Kanada Kardiyovasküler Derneği, Avrupa Kardiyoloji Derneği, Amerikan Göğüs Hastalıkları Uzmanları Koleji tarafından CHA2DS2-VASc skorlamasının birinci basamakta kullanılması önerilmektedir. En son kılavuzlarda ise inme riskini tespit etmede ve antikoagülasyon tedaviye başlarken modifiye CHADS2 skorlamasının kullanılabileceği belirtilmektedir.

Modifiye CHADS2 kılavuzuna göre; konjestif kalp yetmezliği 1 puan, hipertansiyon 1 puan, 75 yaş ve üzeri 2 puan, diabetes mellitus 1 puan, hastada inme veya TIA (Geçici İskemik Atak) hikayesi 2 puan olarak belirtilmiştir.

Bütün bu çalışmalar ışığında yeni oral antikoagülanları daha çok varfarin kullanamayacak veya INR dalgalanmaları olan hastalarda tercih etmeliyiz. Artmış intrakraniyal kanama riski olan hastalarda yeni oral antikoagülanlar daha güvenli gözükürken gastrointestinal kanama riski yüksek veya böbrek fonksiyon bozukluğu olan hastalarda varfarin daha ön plana çıkmaktadır.

Yeni oral antikoagülanlar; oral olmaları, hızlı etkileri, yarı ömürlerinin kısa olması, laboratuvar takip gerektirmemeleri, seyrek intrakraniyal kanama yapmaları, yiyecek ve ilaçlarla etkileşimlerinin az olması gibi avantajlara sahiptirler. Ancak bu ilaçların antidotlarının bulunmaması, kısa yarı ömürleri nedeniyle bir-iki doz atlandığında etkilerinin kaybolması, geçerliliği ispatlanmış izlem metodlarının bulunmaması; obezite, yaşlılık, renal yetersizlik, kanser gibi özel durumlarda doz ayarlaması ve yönetim algoritmalarına sahip olmaları günümüzde henüz giderilememiş dezavantajlarıdır. Geberlerde, kanser hastalarında ve masif PTE olgularında, henüz yeterli kanıt olmadığından, kullanılmaları henüz önerilmemektedir. Yeni oral antikoagülanlar, ileri yaş ve birden fazla komorbiditesi bulunan hastalarda yüksek kanama riski nedeniyle dikkatle kullanılmalıdır.

Hasta yaşı, renal fonksiyonları, hastanın vücut ağırlığı ve ek ilaç kullanımı YOAK başlanırken dikkat edilmesi gerek parametreler olarak sayılabilir. Gelecekte yapılacak olan YOAK çalışmalarının daha çok spesifik antidot araştırılması ve antikoagülan etki monitorizasyonu üzerine olması beklenmektedir.

TÜRK TABİPLER BİRLİĞİ (TTB): KAMU KURUMU NİTELİĞİNDEKİ BİR MESLEK KURULUŞU



Dr. Berna Erayman

Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) Beyhekim Eğitim ve
Araştırma Hastanesi – Tıbbi Mikrobiyoloji
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi
ve Etik Anabilim Dalında Doktora

Türkiye Cumhuriyeti'nin kuruluş yıllarında en önemli gündemlerden biri ülkedeki sağlık sorunlarıydı. Halk sağlığının iyileştirilmesi politikasının bir parçası olarak, Etibba Odaları 14/4/1928 tarihli 1219 sayılı "Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun"la Ankara, İzmir, İstanbul, Konya, Adana, Sivas, Diyarbakır, Samsun ve Erzurum'da faaliyete geçmişti.

Sonraki yıllarda Etibba odalarını daha etkin hale getirmek için çalışmalar yapılarak, 23.01.1953 tarihli 6023 sayılı kanun ile etibba odası lağvedilip Türk Tabipleri Birliği kurulmuştur.

Kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları kanunla kurulup düzenlendikleri gibi, kapatılmaları ya da niteliklerinin ve teşkilat yapılarının değiştirilmesi de ancak kanuni düzenlemeler ile olabilir. Bu meslek kuruluşlarının yaptıkları hizmetler de kamu kurumlarının yaptıkları hizmetler gibi kamu hizmeti niteliğindedir. Üzerlerinde merkezi idarenin mali ve idari denetimi söz konusudur.

Türkiye Cumhuriyeti 1982 Anayasası'nın 135. maddesi: "Kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları ve üst kuruluşları; belli bir mesleğe mensup olanların müşterek ihtiyaçlarını karşılamak, meslekî faaliyetlerini kolaylaştırmak, mesleğin genel menfaatlere uygun olarak gelişmesini sağlamak, meslek mensuplarının birbirleri ile ve halk ile olan ilişkilerinde dürüstlüğü ve güveni hâkim kılmak üzere meslek disiplini ve ahlâkını korumak maksadı ile kanunla kurulan ve organları kendi üyeleri tarafından kanunda gösterilen usullere göre yargı gözetimi altında, gizli oyla seçilen kamu tüzel kişilikleridir." hükmünü içermektedir.

6023 Sayılı Kanunda 1995 yılında yapılan değişikliklerle bu kuruluşların amaçları dışında faaliyette bulunamayacağı; organlarının seçimlerinde siyasi partilerin aday gösteremeyeceği; idari ve mali denetimlerinin yasayla düzenleneceği; amaçları dışında faaliyet göstermeleri durumunda nasıl bir sürecin işletileceği ile ilgili düzenlemeler yapılmıştır. Kamu yararına muhalif bir şekilde gelişim ve faaliyet göstermesinin önüne geçebilmek için devlet, kamu kurumu niteliğindeki bu meslek kuruluşlarını kamu hukuku kurallarına tabi tutmuştur. Bu kuruluşların özerklikleri anayasal güvence altındadır.

Ancak Anayasada öngörülen milli güvenliğin ve kamu düzeninin tehlikeye gireceği sakıncalı hallerde idari makamlar ilgili meslek kuruluşunun görevine son verebilir. İlgili idari merciin verdiği bu karar belirli koşullar çerçevesinde yargıya sunulur, bunların yetersiz olması durumunda kendiliğinden iptal olur.

TTB'nin kuruluş amaçları 6023 sayılı Kanun'un 4. maddesinde beş fıkra ile ayrıntılı olarak anlatılmıştır:

- a) Halk sağlığına ve hastalara fedakârlık ve feragatle hizmeti ideal bilen meslek geleneklerini muhafaza ve geliştirmeye çalışmak,
- b) Azalarının maddi ve manevi hak ve menfaatlerini korumak ve bunları halkın ve Devletin menfaati ile en iyi bir şekilde denkleştirmeye çalışmak,
- c) Halkın sağlığını korumaya, azalarını muayyen refah seviyesine ulaştıracak gerekli iş sahaları bulmaya, İş Kanunu ile sosyal kanunların ve bunlara bağlı nizamname ve talimatname hükümlerinin tatbikatında meslek ve meslektaşların hak ve menfaatlerini korumaya ve her türlü iş tevziinin adilane bir surette düzenlenmesine çalışmak,
- d) Halk sağlığı ve tıp meslekleri ile ilgili meseleler için resmi makamlarla karşılıklı işbirliği yapmak,
- e) Halk sağlığını ve tıp mesleğini ilgilendiren işlerde resmi makamlardan yardım sağlamak.(Türk Tabipleri Birliği Kanunu, 1953).

TTB'nin başlıca çalışma alanları, TTB Organları Çalışma Yönergesinde yer almıştır. Bunlar:

- Tıp Eğitimi
- Pratisyen Hekimler
- Halk Sağlığı
- İşçi Sağlığı ve İşyeri Hekimliği
- Turizm ve Sağlık
- Spor Hekimliği
- Özel Hekimlik
- Özlük Hakları
- İnsan Hakları
- Basın-Yayın
- Dış İlişkiler
- Tıp Etiği
- Sosyal-Kültür Etkinlikler
- Hukuk
- Tıp Öğrencileri

Kamu kurumu niteliğindeki bir meslek kuruluşu olan TTB'nin resmi amacı ve kapsamı, meslektaşlarını ve tüm Türkiye Cumhuriyeti Devleti'nin vatandaşlarına yönelik sağlık sistemini kucaklamaktadır. TTB'nin faaliyetlerinin, hekimlerimizi ve hastalarımızı mağdur eden sağlık sistemi sorunlarına biran önce odaklanması en büyük temennimizdir.

NAZAL POLİPOZİS



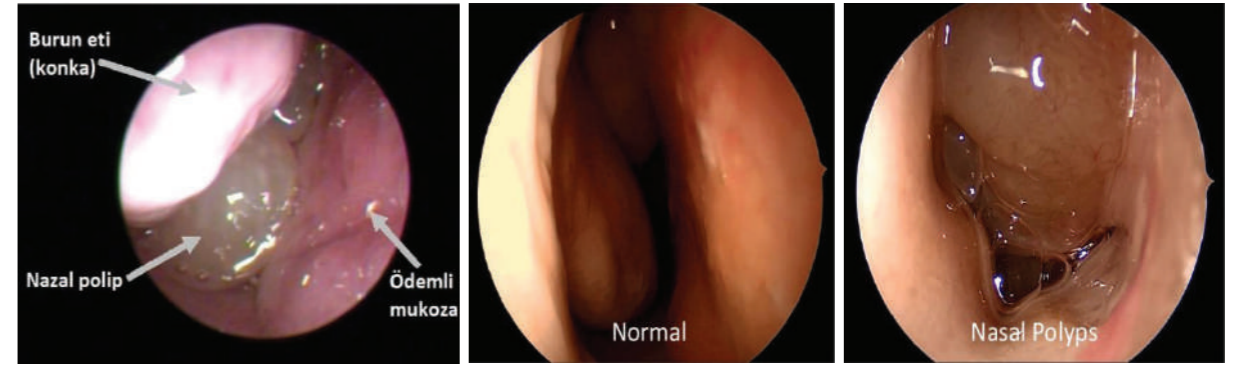
Opr. Dr. Dođukan DEMİR

Kulak Burun Boğaz Uzmanı
Vakıfkebir devlet hastanesi Trabzon

Polip kelimesi eski Yunanca'dan köken alan bir kelime olup çok ayaklı anlamına gelmektedir. Düzgün yüzeyli ve jelatinöz bir yapıya sahip polipler kronik mukozal inflamasyon ile karakterize, multifaktöriyel, neoplastik olmayan, ağrısız mukozal protrüzyonlardır. Sino-nazal mukozanın herhangi bir bölgesinden köken alıp lümeneye doğru büyüme eğilimi gösterirler ve burunda en sık rastlanan kitlelerdir.

Toplumda görülme sıklığı yaklaşık %2,7 olup erkeklerde kadınlara göre yaklaşık 2 kat daha sık görülmektedir. Yaşla sıklığı artmakta olup genç yaşlarda görülmesi durumunda eşlik eden patolojiler akla gelmelidir. Sıklıkla eşlik eden hastalıklar astım, kistik fibrozis, churgg-strauss sendromu, alerjik fungal sinüzit, aspirin intoleransı şeklindedir. Literatürde değişen oranlar olmakla birlikte alerjik fungal sinüzitte % 80-85, aspirin intoleransı olan hastalarda %36-96, churgg-strauss sendromu olan hastalarda yaklaşık %50 oranında nazal polip saptanmaktadır. Nazal polipli hastalarda ise ilk gelişen hastalık tablosu astım olup (%69) normal bireylerde %6 oranında saptanırken nazal polipli hastalarda aynı oran %26'ya çıkmaktadır.

Etiyolojisinde kronik mukoza ödemi temel neden olup yapılan histolojik incelemelerde hâkim olan eozinofil yoğunluğu uzun zaman boyunca alerjinin suçlanmasına neden olmuştur. Fakat yapılan çalışmalarda alerjik bireylerde normal bireylere oranla daha fazla nazal polip görülmemesi ve nazal polipli hastalarda artan total ve spesifik İgE düzeylerinin cilt prick testlerine yansımaması nedeniyle bu konu hala tartışmalıdır. Sonuçta değişik nedenlerle oluşan mukozal inflamasyon epitel örtünün zedelenmesine ve inflamasyonun uzaması ise submukozal ödem ile nazal poliplerin oluşmasına neden olmaktadır. Çalışmalar kısıtlı olmakla birlikte ikiz çalışmalarında nazal polip oluşması için çevresel faktörlerin gerekli olduğu gösterilmiştir. Bununla birlikte çevresel faktörlerin nazal polipozis oluşumundaki etki mekanizması da hala tartışmalıdır.



Şekil 1 Endoskopik nazal poliplerin görüntüsü

Yakınmalar burun tıkanıklığı (en sık), burun akıntısı, baş ve yüz ağrısı, koku bozukluğu, boğaz ağrısı, disfoni ve öksürüktür. Halsizlik ve ateş gibi yakınmalarda bunlara eşlik edebilmektedir. Hastalığın tanısı endoskopik yöntemlerin gelişmesi ile daha kolay hale gelmiş olmasına rağmen anterior rinoskopi ile saptanması zordur. Yapılan anterior rinoskopi ve endoskopik bakıyla nazal poliplerin görülmesiyle tanı konulurken radyolojik görüntüleme yöntemleri de tanıya katkı sağlamaktadır. Direkt görüntüleme yöntemlerinin tanıda yeri olmayıp sıklıkla paranazal sinüs bilgisayarlı tomografisi (PNSBT) hem kemik yapıları hem de hava ve yumuşak dokuları tanımlayabileceğinden dolayı istenmesi gereken ilk tetkik olmalıdır. Manyetik rezonans görüntüleme ise daha çok neoplastik bir süreç düşünülen hastalarda tamamlayıcı bir grafi olarak istenmektedir.



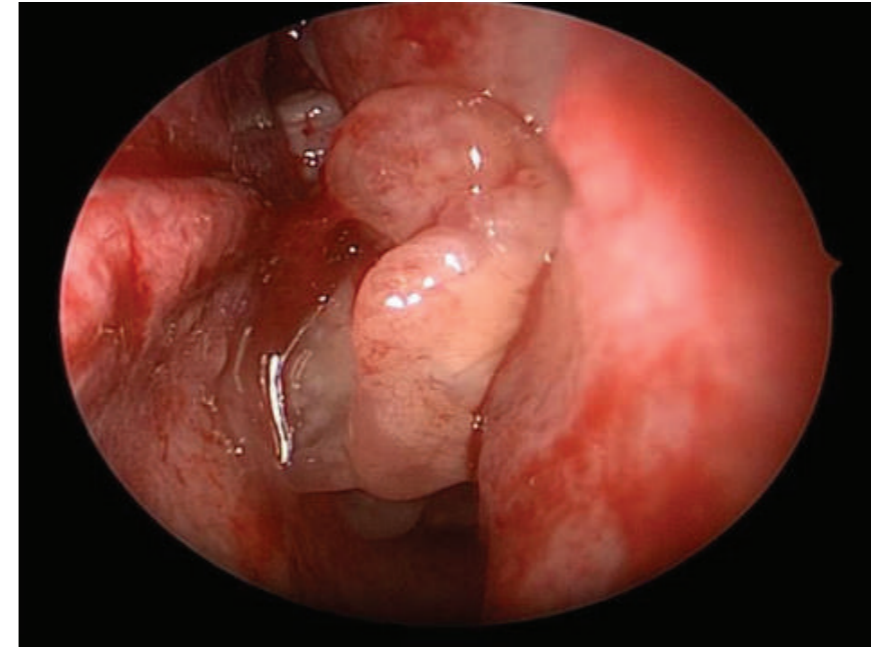
Şekil 2 Tüm sinüsleri dolduran nazal polipozis

Nazal polipozis tedavisinde amaç poliplerin sayısını ve büyüklüğünü azaltarak hastanın bozulmuş yaşam kalitesini düzeltmektir. Eşlik eden astım gibi hastalıklar hastalığın seyrini ağırlaştırmakta olup ek hastalıkların varlığında tedavi planı farklı yaklaşımlar gerektirebilmektedir. Medikal tedavide sistemik steroidler, antibiyotikler, intranazal steroidler ilk aşamada kullanılabilir. Tüm hastalarda akıntıyı azaltmak ve hava yoluna katkı sağlamak açısından nazal serum fizyolojik irrigasyonu önerilebilir. Sistemik steroidler etkinliği kanıtlanmış bir tedavi yöntemi olup, süresi ve kullanım şekli değişmekle birlikte 4-15 gün arasında ve maksimum 60mg prednizolon (veya eşdeğeri) dozunda başlanabilir. Medikal polipektomi olarak adlandırılan sistemik steroid tedavisi poliplerin sayısını ve büyüklüğünü küçülterek hastalıkta belirgin iyileşme gösterse de uzun süreli kullanılamaması nedeniyle hastalık bulgularının tekrar ortaya çıkmasını engelleyememektedir. Makrolid grubu antibiyotiklerin anti-inflamatuar etkileri nedeniyle; doksisiklinin ise akıntıyı azaltması nedeniyle etkili olduğunu gösteren az sayıda çalışma mevcuttur.

Intranazal kortikosteroidler ise yan etkilerinin azlığı ve uzun zaman kullanılabilmesi nedeniyle sıklıkla tercih edilmektedir. Omalizumab (Anti-IgE) ise özellikle astımın eşlik ettiği nazal polip olgularında etkili olduğu bilinen diğer bir tedavi seçeneğidir. Standart tedavi yöntemleriyle semptomlarda belirgin düzelme olmayan hastalarda cerrahi endikasyonu vardır.

Cerrahi tedavi maksimum medikal tedaviye rağmen düzelme olmayan hastalarda uygulanmalıdır. Cerrahinin kapsamı değişmekle birlikte hastalığın mukozal bir hastalık olduğu ve tekrar etme ihtimalinin çok yüksek olması nedeniyle sinonazal mukozanın mümkün olduğunca korunduğu cerrahi yöntemler tercih edilmektedir. Cerrahi tedavi sonrasında da polip gelişimini beklemekten hastalara intranazal kortikosteroid reçete edilmesi ve nazal serum fizyolojik irrigasyonuna devam edilmesi önerilmektedir.

Ayırıcı tanıda özellikle tek taraflı polipoid kitlesi olan hastalar ve düzensiz görünümlü kitleler neoplastik bir patoloji açısından değerlendirilmeli, ileri incelemeler ve biyopsi sonucuyla neoplastik bir süreç olmadığı ispatlanana kadar rutin tedavi yöntemleriyle takip edilmemelidirler.



Şekil 3 inverted papillom ve SCC

Sonuç olarak nazal polipozis patogenezi tam olarak aydınlatılmamış ve kalıcı bir tedavisi mümkün olmayan bir hastalıktır. Cerrahi tedavi hiçbir zaman ilk seçenek değildir. Bu nedenle eşlik eden hastalıklara, hastalığın yaygınlığına, semptomların şiddetine ve tedaviye yanıtına göre değişik tedaviler planlanabilmektedir.

İRRİTABL BARS AK SENDROMU (IBS)



Dr. Oğuzhan ERGİCAN

Adanahed Yönetim Kurulu Üyesi

İrritabl Barsak Sendromu (IBS), gastrointestinal sistemin yaygın ve kronik bir bozukluğu olup, abdominal ağrı, rahatsızlık ve bağırsak alışkanlıklarında değişikliklerle karakterize bir hastalıktır. IBS, dünya genelinde yetişkin nüfusun %10-15'ini etkiler ve kadınlarda erkeklere oranla iki kat daha yaygındır. Hastalığın etiyolojisi tam olarak anlaşılamamış olup, genetik, çevresel ve psikososyal faktörlerin etkileşimi ile ortaya çıktığı düşünülmektedir.

IBS'nin patofizyolojisi karmaşıktır ve bağırsak motilitesi bozuklukları, bağırsak-beyin aksı disfonksiyonu, bağırsak mikrobiyotası, enflamasyon, immün aktivasyon ve genetik faktörler gibi mekanizmaların rol oynadığı düşünülmektedir. IBS hastalarında, bağırsak kaslarının anormal kasılması sonucu, ya hızlanmış (IBS-D) ya da yavaşlamış (IBS-C) bağırsak geçişi görülür.

Bağırsak-beyin aksı disfonksiyonu bulunan kişilerde, merkezi sinir sistemi ile gastrointestinal sistem arasındaki iletişimin bozulması, IBS semptomlarının ortaya çıkmasında önemli bir rol oynar. Bu aksın disfonksiyonu, artmış bağırsak hassasiyeti ve motilite bozukluklarına yol açabilir. Bağırsak mikrobiyotasındaki dengesizliklerin, özellikle belirli bakteriyel türlerin artışı veya azalması, IBS semptomlarına katkıda bulunduğu düşünülmektedir. Farklı IBS alt tiplerinde farklı mikrobiyal profiller gözlenmiştir.

Bazı IBS hastalarında düşük dereceli enflamasyon ve mukozal immün aktivasyon belirtileri saptanmıştır. Bu durum, bağırsak epitelinin geçirgenliğinde artışa ve nöroinflamasyona yol açabilir. IBS'nin genetik yakınlıkla ilişkili olduğu ve aile öyküsü bulunan bireylerde daha sık görüldüğü bilinmektedir. Ancak, IBS'ye özgü genetik belirteçler henüz tam olarak tanımlanamamıştır.

IBS' nin klinik semptomları heterojendir ve hastadan hastaya büyük farklılıklar gösterir. Abdominal ağrı ve rahatsızlık genellikle kramp tarzındadır, bağırsak hareketleriyle rahatlama gösterir. Hastalar sık sık karında şişkinlik ve gaz şikayetinde bulunurlar. Dışkılama sıklığında artış veya azalma ya da her ikisinin birlikte görülmesi (karışık tip) yaygındır. Bazı hastalar dışkıda mukus varlığından şikayet ederler.

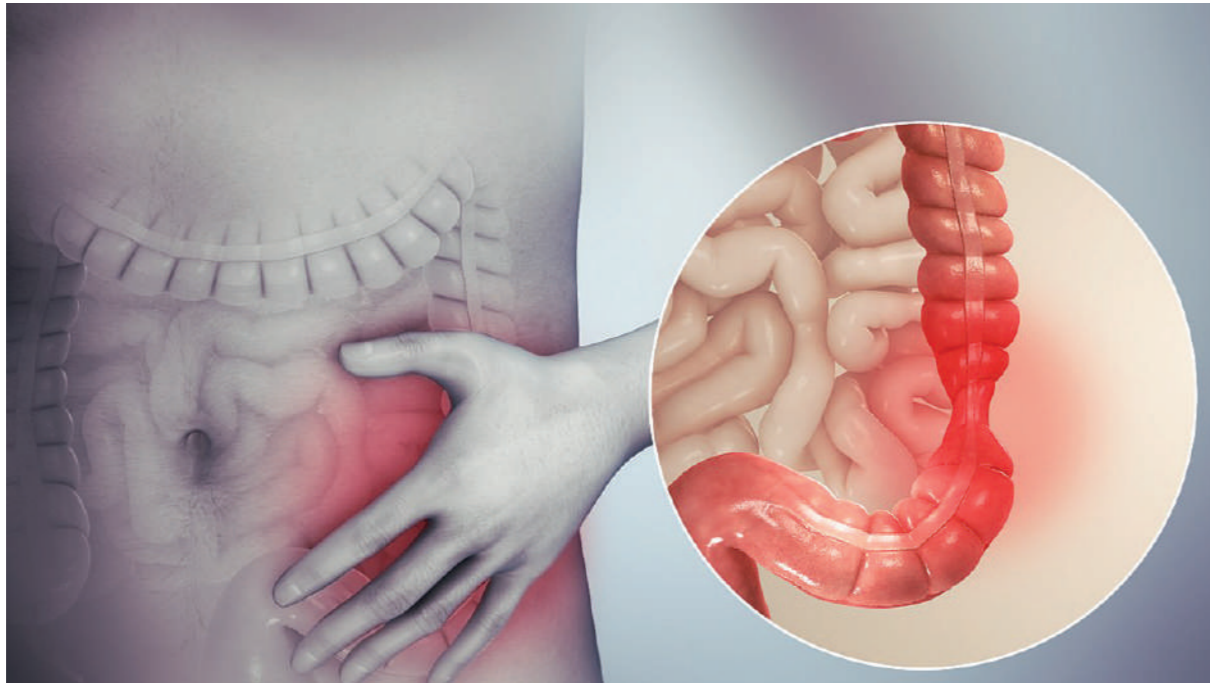
Tanı:

IBS tanısı, genellikle klinik semptomlara dayalı olarak konur ve diğer organik hastalıkları dışlamak için yapılan testlerle desteklenir. Roma IV kriterleri, IBS tanısında yaygın olarak kullanılır. Bu kriterlere göre, en az 6 ay önce başlamış ve son üç ay içinde haftada en az bir gün boyunca tekrarlayan karın ağrısı ile birlikte aşağıdaki üç kriterden en az ikisinin bulunması IBS tanı kriteri olarak kabul edilir:

- 1.Dışkılama ile ilişkili olması
- 2.Dışkılama sıklığında değişiklik olması
- 3.Dışkı şeklinde değişiklik olması

Tedavi Yaklaşımları:

IBS tedavisinde hedef, semptomları yönetmek ve hastaların yaşam kalitesini artırmaktır. Tedavi yaklaşımları, semptomların şiddeti ve hastanın bireysel ihtiyaçlarına göre şekillenir.



Düşük FODMAP Diyeti (Fermente olabilen oligosakkaritler, disakkaritler, monosakkaritler ve polioller açısından düşük bir diyet), IBS semptomlarının azalmasına yardımcı olabilmektedir. Kabızlık ağırlıklı IBS' de lif takviyeleri (özellikle suda çözünen lifler) yararlı olabilmektedir. Fiziksel aktivitenin artırılması ve düzenli egzersiz, bağırsak motilitesini düzenleyerek ve stresin azaltılmasına katkı sağlar.

Farmakolojik Tedavi:

Antispazmodikler, bağırsak kas spazmlarını azaltarak ağrıyı hafifletir. Laksatifler ve antidiyareikler, bağırsak hareketlerini düzenleyerek konstipasyon veya diyareyi kontrol altına alır. Probiyotikler bağırsak mikrobiyotasını dengelemeye yardımcı olur. Düşük doz trisiklik antidepresanlar ve selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI'lar), ağrı ve bağırsak hareketlerini düzenlemeye yardımcı olur.

Hipnoterapi ve Bilişsel Davranışçı Terapi (CBT), hastaların stresle başa çıkma becerilerini geliştirmelerine ve semptom yönetimine yardımcı olabilir.

Sonuç:

İrritabl Barsak Sendromu, hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen ve kronik bir seyir izleyen bir gastrointestinal bozukluktur. IBS'nin yönetiminde, semptomları hafifletmeye ve hastaların yaşam kalitesini artırmaya yönelik multidisipliner yaklaşımlar önemlidir.

BASIN ÖZGÜRLÜĞÜNE KAVUŞACAK MI?



Seher Karakuş

AHEF Basın Danışmanı

Türk basınının 24 Temmuz Gazeteciler ve Basın Bayramı kutlu olsun! Olsun ama bunu 24 Temmuz için de 10 Ocak Çalışan Gazeteciler Günü için de söylerken bir yanımız eksik söylüyoruz sanki... Eski dönemlerdeki basına ve gazetecilik mesleğine özlem duyarak, o günleri anarak... Teknolojiden ve bugün sahip olunan onca kolaylıktan yoksun ama çok daha sorgulayıcı, çok daha ifade özgürlüğünün olduğu, siyasi ve politik anlamda çok daha eleştirel yazıların kaleme alınabildiği dönemlerdi o günler.

24 Temmuz'a dönecek olursak, 1908 yılının 24 Temmuz'unda basından sansür kaldırılmıştı. Artık gazeteler sansürsüz ve özgür yayınlanabilecekti. O yıllar için özgür bir basının önemi ne büyüktü kim bilir. Toplumun tek bilgi kaynağı gazeteler için sansürsüz yayın yapabilmekte büyük bir özgürlüktü kuşkusuz. Basın, günümüzde de demokrasinin vazgeçilmezi olsa da o dönemlerdeki özgürlüğe ve yorum serbestliğine sahip mi bunu sorgulamalıyız.

Öte yandan Türkiye'de gazeteci olmak hem büyük fırsatlar hem de ciddi zorluklar barındıran bir meslek. Ülkenin zengin tarihi, kültürel çeşitliliği ve dinamik siyasi yapısı gazetecilere geniş bir haber yelpazesi sunuyor. Toplumun bilgilendirme, olayları analiz etme ve kamuoyunun doğru bilgiye ulaşmasını sağlama sorumluluğunu üstlenen gazeteciler için Türkiye'de gazeteci olmak, sürekli öğrenme ve kendini geliştirme gerektiren, heyecan verici bir meslek. Ancak Türkiye'de gazetecilik yapmak, belirli zorluklarla karşı karşıya gelmeyi de gerektiriyor.

Basın özgürlüğü ve ifade özgürlüğü konularında yaşanan sıkıntılar, gazetecilerin görevlerini yerine getirirken karşılaştıkları en büyük engeller. Özellikle siyasi baskılar, sansür ve oto-sansür uygulamaları, gazetecilerin bağımsız ve tarafsız habercilik yapma yetilerini kısıtlayabiliyor. Bu durum, hem gazetecilerin işlerini yapma biçimlerini etkiliyor hem de halkın doğru bilgiye ulaşma hakkını zedeliyor. Öte yandan dijital yayınlardaki artışla geleneksel basının dönüşümüne uğraması da gazetecilere yeni dinamikler kazandırmaya devam ediyor. Eskinin yazılı ve görsel basınının yerini dijital ve sosyal medyaya bırakmasıyla geleneksel medya yok olmaya yüz tutmuş durumda. Bu da her bir gazeteciyi aynı zamanda içerik üreticisi olma yolunda geliştirip, dönüştürüyor. Özellikle son dönemde ifade özgürlüğü olmaması nedeniyle yıllarca yazılarını kaleme aldığı veya yayın yaptığı mecralardan ayrılarak sosyal medyada kendi özgün yayınlarını sürdüren gazetecilere, televizyon habercilerine sıkça rastlıyoruz olmamız da bunun önemli göstergesi.



Baskı maliyetlerinin artması, görsel ve işitsel basında çalışanların maaş ve sigorta yükünün sürekli artması da Türk basınını zor şartlara sürükleyen etkenler arasında bulunuyor. Eskinin etik ve önemli değerler barındıran basını bugün çok daha farklı yollarla ayakta kalma mücadelesi verirken az sayıdaki birkaç yayın da özgür ifade ve muhalif görüşle mevcudiyetini sürdürebilmek için savaşıyor.

Tüm bu etkenlere rağmen, Türkiye'de birçok gazeteci, mesleklerine olan bağlılıkları ve toplum hizmetine olan inançları sayesinde zorlukların üstesinden gelmeye çalışıyor. Az önce de değindiğimiz gibi alternatif medya kanallarının ve dijital platformların yükselişi, gazetecilere yeni fırsatlar sunuyor. Sosyal medya ve bağımsız haber siteleri, geleneksel medyanın sınırlamalarını aşarak, daha geniş bir kitleye ulaşma ve sansürden kaçınma imkânı sağlıyor. Bu dinamik ortam, gazetecilerin hem yaratıcı hem de dirençli olmasını gerektirirken, aynı zamanda Türk basınının geleceği için umut verici bir tablo çizmeye devam ediyor.

Teknolojinin, dijitalleşmenin ve sosyal medyanın bu derecede geliştiği ve yaygınlaştığı bir çağda eskiye özlem duysak da o günlere dönüş zor görünüyor. Ancak tarafsız ve özgür bir ifade ile gazetecilik yapmak isteyenler de bu sayede geniş kitlelere ulaşmış oluyor. Dolayısıyla basın bir yandan sansüre uğrayıp, özgürlüğünü yitirmiş gibi görünürken bir yandan da sosyal medya ve dijitalleşme ile sınırları daha geniş bir özgürlüğe kavuşuyor. Gelecek dönemde bu ilginç çelişkinin basını nereye yönlendireceğini hep birlikte göreceğiz.

Dileğimiz vatan ve toplum sevgisi ile daima doğruları söyleyen gazetecilerimizin bu mücadelelerinden vazgeçmemeleri ve gelecek nesillere örnek olmaya devam etmeleridir. Bu vesileyle ve umut dolu dileklerle basınımızın, toplum yararına çalışan tüm kıymetli gazetecilerimizin 24 Temmuz Gazeteciler ve Basın Bayramını kutluyoruz.



AHŞAP ÜZERİNE



Dr. Melda Karatepe

Denizli Aile Hekimleri Derneği

Yoğun bir Cuma günü, her zaman-ki gibi olması gerekenin fazlasıyla üzerindeki sayıda hastalarına bakarak günü yorgun bir şekilde tamamlamıştım. Kızımı dershaneden almak üzere aracımı park ettiğim yerde tanıştım ben ahşaplarımla...

Yaklaşık 10 yıl önceydi. Oldum olası, ev dekorasyonunu çok severim. Üretkenlik ise o zamana kadar hobi olarak geliştiremediğim, ancak gıpta ettiğim bir özelliğidir. O gün mağazada, ev içi kullanabileceğim, hayatımı kolaylaştıracağını düşündüğüm çok fazla dekoratif ürün olduğunu gördüm. Orada hem müşteriyle ilgilenen hem de bu işi tekniğiyle bilen bir hanımefendi ile tanıştım.

Yaptığı çalışmalarını sergiliyor ve aynı zamanda büyük bir çalışma masasında öğrenmek isteyenlere eğitim veriyordu. Bir şeyi öğrenmek istediğim zaman çocukça bir heves beliriyor bende ve aceleci ruhumla birleşince olaylar hızlanıveriyordu. Orada çok beğendiğim ürünleri alan hanımefendiler, Kabataslak ahşap boyamaya nasıl başlayacağımı ilk olarak ne tür malzemeler temin etmem gerektiğini öğrendim. Boyamak istediğim birkaç kutuyu, ruhumun ilacı olan o renk renk boyaları, fırçaları ve dekupaj kağıtlarını temin ettim. Sonraki günlerde bir süre beraber ahşap boyayarak, boyama teknikleri konusunda bilgi edindim.

Çalıştığımız atölyede boyanmış ve ham çeşit çeşit kutular, şemsiyelikler, anahtarlıklar, kuş evleri vs. vardı. Önce ham ahşap malzemeyi zımparalayarak başlıyorduk. Astar boya atıyor, iki kat boya ile boyayı netleştiriyor, objeyi yüzeyi düzgün olması için boyayı tekrar zımparalıyorduk. Sonra da istediğimiz gibi süslüyorduk. Eğer el becerimize güveniyorsak resimler çiziyor ve ya hazır dekupaj kağıtları ve peçeteleri kullanıyorduk. Hayal gücümüzü kullanarak özgürce bir şey üretmekten inanılmaz keyif alıyorduk.

Bazı zamanlar internetten ahşap boyama videoları izleyerek yeni teknikler de öğrendim. Bunlar için farklı malzemeler de vardı. Eskitme ve budak görünümü vermek için yağlı boyalar, doku tarakları, yine desen yapmak için stencil şablonlar temin ettim. Hepsini denemek istiyordum ve zamanla da denedim. Ahşap boyarken ve bunların dekorasyonuyla uğraşırken dış dünyadan o kadar kopuyordum ki çalışma masamdan kalktığımda zamanın su gibi geçtiğini hiç fark etmemiş oluyordum. Ev ahalisinin benim hevesimi daha da artıran takdirleriyle bu ahşap boyama işleri yegane hobim haline geldi. Hafta sonlarını ipe çekiyordum.

Bulduğum her fırsatta evime uygun gördüğüm ahşapları alıp o an içinden ne geliyorsa ve o an bana hangi renk iyi gelecekse onunla çalışıyor, bu arada eve bulunduğu atıl olan bazı ahşap mobilyaları da boyadım ve desen yaptım. Evimin bu renkli ahşaplarla ambi-



Önce kendime takı kutuları yaptım. Sonra çay kutuları, ekmeklik, anahtarlık ve şemsiyelikle devam ettim. Hem eğleniyor hem üretiyordum. Ürettiklerim çok beğenilince arkadaşlarıma hediye etmeye başladım. Bu kısmı ayrı bir keyif verdi bana.

Sevdiklerime el emeğimle, kendimden de bir şeyler katarak ve şahsa özel hediyeler tasarlamaya başladım. Boyadığım kutuların üzerine hazır dekupaj kağıdı yerine aile fotoğrafı ya da kişinin portre resmini düzenledim. Fanatik takım tutan arkadaşlarıma taraftar kutuları dizayn ettim. Üretirken keyif aldığım kutuların sahiplerinde yarattığı şaşkınlıkla karışık sevinç beni daha da mutlu etti.

Tüm bunların yanında ise gittiğim zaman zihnen ve ruhsal olarak burada geçirdiğim vaktin beni çok rahatlatıldığını hissettim. O günden bu güne ben bu ahşap işinden vazgeçmedim. Ara ara çalışma odamdaki ahşap boyama masam kurulur, ahşaplar ve boyalar alınır ve keyifle hediyeler üretilir. Bulduğum şehirdeki hiçbir hobi mağazasının içini gezmeden önünden geçmem. Bu şekilde birçok yeni hobi alanıyla tanışma fırsatım oluyor. Son zamanlarda gözde alanım polyester boyama. İlk denemelerim beğeni toplasa da kurs araştırmalarım devam ediyor. Sırada ise kağıt rölyef var. Biz hekimler gerçekten hem fiziksel hem ruhsal yıpratıcı bir alanda çalışıyoruz ve bu tarz bizi beynimizdeki meşguliyetten tamamen çıkaracak, hayal dünyamıza götürecektir hobilere ihtiyacımız var. Güzel uğraşlarla hoş zamanlarda buluşmak üzere, sevgi ile kalın.

