

Toraks Bülteni

"HAYAT NEFESLE BAŞLAR"

"omnis finis est novum principium"

"her son yeni bir başlangıçtır"

Hukuksal Açıdan Biber Gazi

Turgut Kazan

Feyza Erkan

İyi Bir Takım Olmak

Başarı ve coşku sadece tek kişiye değil, orkestranın bütününe aittir

Ali Kocabaş

Sağlıkta Eşitsizlik

Bir toplumun sağlığının %50'si sosyal ve ekonomik çevreye bağlıdır

Salih Topçu

Akademide "5P Sendromu"

Bir uzmanlık alanında ne kadar çok "ünvanlı" olursa branş o kadar güçlüdür de





Kapak fotoğrafı

Telif Hakkı Bilgisi:

© Maksim Samasiuk - Fotolia.com

Toraks Bülteni

HAYAT NEFESLE BAŞLAR

Türk Toraks Derneği Adına Sahibi

Sedat Altın

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

İbrahim Hikmet Fırat

Editör

Metin Akgün

Editör Yardımcıları

Aslı Görek Dilektaşlı

Elif Yılmazel Uçar

Yayın Kurulu

Toraks Medya İletişim Grubu

toraks_medya@googlegroups.com



Yayıncı

İbrahim KARA

Yayın Yönetmeni

Ali ŞAHİN

Yayın Yönetmeni Yardımcıları

Gökhan ÇİMEN

Ayşegül BOYALI

Yayın Koordinatörleri

Nilüfer TÜRKİYİLMAZ

Merve AKDEMİR SAĞLIK

Leda BAŞGÜL

Aslin ANDONYAN

Satış Koordinatörü

Sinan Gökboru BUNCU

Mali ve İdari İşler

Veysel KARA

Proje Asistanı

Gizem KOZ

Esra GÖRGÜLÜ

Grafik Departmanı

Ünal ÖZER

Neslihan YAMAN

Merve KURT

İletişim

Adres: Büyükdere Cad. 105/9 34394

Mecidiyeköy, Şişli, İstanbul

Telefon: +90 212 217 17 00

Faks: +90 212 217 22 92

E-posta: info@avesyayincilik.com



4 Seçimlerimiz! Mutluluk mu, Başarı mı?

Sedat ALTIN

6 İyi Bir Takım Olmak

Feyza ERKAN

7 TTD Dış İlişkiler: 2012-2014

Fusun YILDIZ



8 Veda...

Eda USLU TUĞTEPE

9 Küresel ve Ulusal Akciğer Sağlığına En Büyük Tehdit Sağlıkta Eşitsizlik

Ali KOCABAŞ

14 Sağlığın Değişen Yüzü

Temmuz Gönc Şavran, Levent Akyıldız

19 Sağlık Politikaları Göğüs Hastalıkları Uzmanlık Alanını Nasıl Etkiledi?

Fusun FAKILI



21 Hukuksal Açıdan Biber Gazı

Turgut KAZAN

25 Bir Kongre Böyle Geçti...

İ. Kıvılcım OĞUZÜLGEN



27 Kongrenin Ardından

Bülent KARADAĞ

29 18. Yıllık Kongre Hazırlıkları

30 Yıllık Kongre Açılış Töreninde Verilen Ödüller

33 17. Yıllık Kongre Kapanış Töreninde Verilen Ödüller

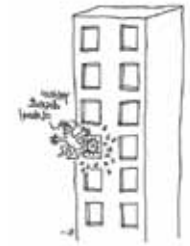


34 Teşekkür

35 Kongre ile İlgili Basında Yer Alan Haberler

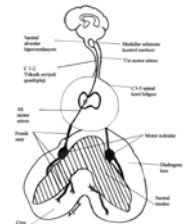
36 Yeni Dönem Çalışma Grubu Başkanları

39 Yeni Dönem Şube Yönetim Kurulları



42 Akademide "SP Sendromu"

Salih TOPÇU



44 Diyafragma PİL Uygulamaları

Aydın ŞANLI

49 Akciğer Hastalıklarında Herbal Tedaviler: Hastalardan Gelen Sorulara Akılcı Yanıt Vermek için Bilinmesi Gerekenler*

Deniz ÇALIŞKAN

Bey(efendi)nin Ölümü 53
Filiz Çağla UYANUSTA KÜÇÜK

Tüberküloz ve Damgalanma: Toplumsal Bakış 54
Onur Fevzi ERER

Tüberküloz ve Damgalanma: Hekim Bakışı 58
M. Sinan BODUR

Eylül'de ERS Kongresi Münih'te 60
Bülent KARADAĞ

Yaşanacak Bir Gün Dahi Olsa 62
Göksel ALTINIŞIK

Hayatın Sınırında Yaşam 64
Şerif KURTULUŞ

Kulakların Çınlasın 66
Belkis DILMEN UÇAROĞLU

Neşeli Tarifler 67
Neşe DURSUNOĞLU

Çay Ocağı 68
Giray İNTEPE

Göğüs Hastalıkları Alanında Yeni Bir Kitap 69

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA) Koruma, Tanı ve Tedavi Raporu (2014) 69

Dernek Faaliyetleri 71

GARD, TTD, AİD 6 Mayıs 2014 Dünya Astım Günü Etkinlikleri 73

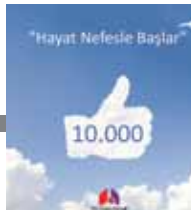
Dünya Astım Günü Basın Yansımaları 75

Basın Bildirileri 76

ATS 2014'ten Kesitler 84

Pulmoner Rehabilitasyon Programlarının Bulunduğu Merkezler 85

Son Yazı 86
'Omnis Finis Est Novum Principium'
Her Son Yeni Bir Başlangıçtır
Metin AKGÜN



4



Her insanın mutlu olmaya hakkı vardır, olmalıdır da. Başarı da, mutluluk kaynaklarından birisidir, ama her şeyi değildir.

42



En baştan söyleyeyim. Ülkemizde eğitim hastanelerinde eğitici ya da akademik titri olanlar, uzmanlık branşlarında ne kadar çok olursa branş olarak o kadar güçlüdür.

60



Münih, Bavyera eyaletinin başkenti. Almanyada yıllardır en çok yaşanmak istenen şehir seçiliyor.

86



İki yıl göz açıp kapayıncaya kadar gelip geçti. Haziran 2012'de Osman Elbek'ten devraldığım bayrağı gönül rahatlığı ile Haziran 2014'te emin ellere teslim edecek olmanın mutluluğunu yaşıyorum.



| Seçimlerimiz! Mutluluk mu, Başarı mı?

| Sedat ALTIN

Genel Başkan | sedataltin@yahoo.com

| Türk Toraks Derneğimizin bir yönetim dönemi daha bu Haziran'da tamamlanıyor ve tıpkı bayrak yarışındaki gibi 8. Genel Başkan ve ekibim olarak, daima daha yukarılara taşınacağından emin şekilde Toraks Bayrağını, yeni bir Genel Başkan ve ekibine, huzur içinde teslim edeceğiz. Bunu fırsat bilerek, Genel Kurul'da iki yıllık dönemin hesabı verileceğinden dönemimizle ilgili değil, sizlerle 'seçimlerimiz' ile ilgili söylemek istedim müsaadenizle.

Bilim felsefenin başarılarından, felsefe de bilimin başarısızlıklarından örülmüştür. Bilim, bildiklerimiz, felsefe ise bilmediklerimizdir. Aslında bilim de, felsefe de, sonuç olarak insan tarafından, yine insanın ve insanlığın mutluluğu için uğraş verir. Bizler, bilim okyanusundan bir yudum

su içerken bile, insana verilmiş büyük bir armağan olan 'aklın' uçsuz, bucaksız derinliklerinde de, bilimin felsefesini kurguluyoruz. Günümüz insanı, başarıdan başarıya koşarken belki de pek çok bedeller ödemektedir. Pek çok şeyi ötelemek, sevdiğileriyle geçirdiği zamanı azaltmak gibi.

lerimize varınca mutlu olacağımızı zanneder, hedeflerimizi tutturmak için çabalarız. Halbuki, hedefler süreklilik arz eder, zaten hedefi olmayan bir ömür kaybedilmiştir. Şunu da unutmamalıyız ki, hedeflerimiz gerçekçi ve ulaşılabilir olmalı ki, tutturamadığımızda hayal kırıklığına düşmeyelim.

"Başarının çalışmaktan önce geldiği tek yer sözlüktü"

Vidal Sassoon

Ancak, her insanın mutlu olmaya hakkı vardır, olmalıdır da. Başarı da, mutluluk kaynaklarından birisidir, ama her şeyi değildir. Hep hedef-

Mutluluk için, bence insanın iç huzuru, kendisiyle ve etrafıyla barışık olması çok önemli. İnsan, sosyal bir varlık olarak, huzuru sağlayabiliyor



ve koruyabiliyorsa, hem üretkenlikte hem de mutlulukta zirveyi yakalar. Mutluluk gelip geçici iken, huzur süreklilik arzeder, sevginin bir parçasıdır. Huzur ve mutluluğun kaynağında da, inanç gelmektedir. İnsanın bir şeye yürekten inanabilmesi, te reddütlerinin giderilmesi, şüphelerinden arındırılması gerekir. İşte bu durumda, bilimin felsefesi devreye girmektedir. Aklını iyi kullanan ve işinin felsefesini iyi kavrayan kişi, mutlu da olur, başarılı da. Çünkü, o kişi hem seviyordur, hem de seviyordur. Sevgi de, tıpkı başarı için çaba, çalışma ve emek gerektirir. 'Bu dünyada mutluluğun üç büyük esası: yapacak bir şey, sevecek bir şey ve ümit edecek bir şeydir.' der J. Addison.

İnsanların seçimleri, kendi özgüvenlerine ve beğenilerine göre şekillenir. Seçilme de, beğenilme duygusunu ön plana taşır. İnsanları motive



nin her zaman bir programı, kaybedinse bahanesi vardır. Kazanan der ki: 'Zor olabilir ama imkansız değil!', kaybedense: 'Mümkün olabilir, ama çok zor.'

"Yaşadığımız günlerin değeri neyle ölçülür?"

Michael Josephson

eden belki de en önemli araçtır beğenilmek. Kendimizin fiziksel beğenilmesinden çok, yaptıklarımızın beğenilmesi, takdir edilmesi daha çok etkilidir. İnsanlar yaptıklarını çabuk unuturlar, ancak aldıkları iltifatlar, beğeni sözcükleri ve davranışları hiç unutmazlar.

Hayatın tüm renkleri gibi, insanların da farklılıkları büyük anlam taşır. Tüm uzmanların aynı görüşte olmaları, hepsinin yanılmaları anlamına da gelebilir. 'Başarının çalışmaktan önce geldiği tek yer sözlüktü' der Vidal Sassoon. Öte yandan da, 'Hayatta başarılı olmanın sırrını, sadece başarısızlar bilir' demiş JC. Colins.

Tabii ki, seçim deyince seçimin bir kazananı bir de kaybedeni vardır. Florence Shinn der ki:

'Kazanan her zaman çözümün parçasıdır, kaybedense sorunun. Kazana-

Michael Josephson: 'Yaşadığımız günlerin değeri neyle ölçülür?

Önemli olan ne aldığınız değil, ne verdiğinizdir.

Önemli olan başarınız değil, taşıdığınız anlamdır.

Önemli olan öğrendikleriniz değil, öğrettiklerinizdir.

Önemli olan yetenekleriniz değil, karakterinizdir.

Önemli olan, ne kadar uzun süre hatırlanacağınız değil, kimler tarafından nasıl hatırlanacağınızdır.

Önemli olan koşullar değil, seçimlerinizdir,' demiştir.

Evet bir söyleşinin daha sonuna geldik. Unutmayalım, bugün hayatımızın geri kalan ilk günü. Gün uzun, hayat kısa. Sevğiden, mutlu olmaktan, başa-

rıdan yana yapalım daima seçimimizi. Çünkü bu büyük Derneğin tüm üyelerinin mutlu ve başarılı olmaya hakkı var. Çünkü, üyelerimiz Derneklerini çok seviyor. Derneğimiz de üyelerini düşünerek tüm işlevlerini yerine getiriyor. Büyük Şair Orhan Veli Kanık'tan esinlenerek ben de tıpkı 3900 üyemiz gibi bir Türk Toraks Derneği neferi olarak diyorum ki 'Beni bu güzel Dernek mutlu etti, etmeye de devam edecek.'

Kalın sağlıcakla.. Dostça kalın...



Diliyorum

Sedat ALTIN - Yedikule Göğüs Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul



İyi Bir Takım Olmak

Feyza ERKAN

1. Başkan Yardımcısı | erkanfeyza@gmail.com

İyi bir takımdan ne anlıyoruz?

Takım, belli bir amacı gerçekleştirmek için bir araya gelen insan topluluğudur. İyi bir takım ise, kendisini oluşturan bireylerin uyumlu ve verimli çalışmasıyla hem amaçlarını başarıyla gerçekleştirebilir, hem de takımdaki bireylerin bu aidiyet duygusu içinde mutluluğuna ve gelişimine hizmet eder.

İyi bir takım olmak zor mu?

Bu soruya hem 'evet' hem de 'hayır' demek mümkün. Zor, çünkü içinde yetiştiğimiz geleneksel yerleşik davranış kalıpları ve egomuz, takım kültürünün önünde büyük engel oluşturuyor. Kolay, çünkü belli bir entelektüel kapasite ve amaçlara bağlılık ile bu engel aşılabiliyor.

Ailede başlayan alışkanlıklar

Küçük bir çocukken, soru sormanız hoş karşılanıyor muydu? Sizin görüşlerinize değer veriliyor, ters bir şey söylemeniz tolere ediliyor muydu? Kendi istekleriniz kadar, başkalarının ihtiyaçlarına da saygı göstermeniz gerektiği öğretildi mi? Bu sorulara 'evet' diyebiliyorsanız çok şanslısınız demektir. Çünkü geleneksel kültürümüzde, ailede güç sahibi olan kişi (ki genellikle babadır) sözü geçer. Tüm aileyi ilgilendiren kararlar, herkesin eşit söz hakkı olduğu bir ortamda tartışılarak değil, tek kişi tarafından verilir.

İş yaşamında devam eden geleneksel kültür

Sadece 'güç sahibi' olanın 'söz sahibi' olduğu bu kültürel yapı, kendisini iş yaşamının her alanında da çok belirgin gösterir. Hastanede yönetici, üniversitede rektör, özel sektörde patron, bazı partilerde, cemaatlerde, vakıf ve derneklerde ise başkan, tek yön vericidir. Kimse, onun yanında konuşamaz, onun verdiği kararları sorgulayamaz. İnsanlar ya susarlar, ya da 'arkadan' konuşurlar.

İyi bir takımın temeli: Karşılıklı saygı ve empati

Bir takımda herkesin korkmadan, çekinmeden kendi görüşünü özgürce ifade edebilmesi şarttır. Dile getirilen her görüş, saygıyla dinlenmelidir. Olumsuz eleştiriler kişisel olarak alınmamalıdır. Ne kadar çok kişi kendi perspektifinden katkı sunarsa, gerçeğe ulaşmak 'ortak akılla' yaratıcı çözümler bulmak o kadar kolaylaşır.



Takımın sağlamlığı, disipline bağlı

Tek başına liderin değil, takımın bireylerinin, hep birlikte oluşturduğu kurallara, istisnasız herkesin, aynı derecede özen göstermesi, takım çalışmasında son derece önemlidir. Toplantı başlangıç ve bitiş saatlerine uyum, herkesin eşit süreler kullanması, eşit derecede katkı yapması, verilen görevleri zamanında, özenle yerine getirmesi başarı için şarttır.

Aidiyeti sağlayan ortak değerler

Bir takımı oluşturan bireyler, aynı değerlere sahipse, birbirlerine karşı anlayış ve takıma aidiyet duygusu geliştirmeleri daha kolay olur. Çünkü alınan tüm kararların temelinde değerler yatar. Farklı değerlere sahip bireyler arasında, çatışma ve huzursuzluk kaçınılmazdır. Bu yüzden grubun davranış normları olacak, 'temel değerlerini' netleştirmek, yaşamsal öneme sahiptir. Bu değerler sözde kalmamalı, özenle uygulanarak, o takımı diğer gruplardan ayırt eden ortak davranış kalıbı haline gelmelidir.

Takım, bir orkestraya benzetilebilir mi?

'Solo yapmak', olağanüstü yeteneğe sahip olan bir kişinin öne çıkmasıdır. Ancak, hep aynı kişinin solo yapması hem o kişi için sürdürülebilir değildir, hem de dinleyiciler açısından bıkkınlık verir. Orkestrada çalmak ise, farklı yetenekler ve müthiş bir uyum gücü gerektirir. Solo ile asla çıkaramayacağınız sesleri ve kimsenin bıkmadan dinleyeceği konserleri yaratabilirsiniz.

Burada, belli bir disiplin ve uyum içinde, zamanı gelince herkes öne çıkabilir. Tek başına ve kendi grubuyla solo da yapabilir. Ancak başarı ve coşku sadece tek kişiye değil, orkestranın bütününe aittir.

Derneğimiz de bir takımdır

Türk Toraks Derneği (TTD), Tüzüğüyle belirlenmiş amaçları çerçevesinde biraya gelmiş üyelerinin oluşturduğu, çok büyük bir takımdır. Bu büyük takım içinde ayrıca şubeler, çalışma grupları, il temsilcilikleri, komiteler gibi, daha küçük takımlar da mevcuttur. İyi bir takım olma disiplini ve kararlılığı içinde bizi birleştiren temel değerlerimiz, 'İnsana ve emeğe saygı, katılımcılık, dayanışma, saydamlık, hesap verebilirlik, etik kurallara uyum' olarak belirlenmiştir.

2012 yılından düzenlenen 'Kurumsal Gelişim Çalıştay'ında bu ilkeler teker teker ele alınarak, Derneğin içindeki tüm gruplar için eylem planları hazırlanmıştır.

Yeni çalışma döneminde de, titizlikle bağlı kalacağımız bu ilkeler, sadece bizi amaçlarımıza ulaştırmakla kalmayacak, yaşamımızın anlamı ve coşkusu da olacaktır.

Feyza ERKAN - İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD, İstanbul



TTD Dış İlişkiler: 2012-2014

Füsün YILDIZ

Dış İlişkiler Sorumlusu | fusun.yildiz@gmail.com

Türk Toraks Derneği'nin değerli üyeleri, sevgili meslektaşlarım,

Sizlerin oyları ile seçilmiş olduğum, Derneğimizin dış ilişkiler sorumluluğunu 2012-2014 yılları arasında yerine getirmeye çalıştım. Bu görevi başlarken ana hedefim esasen; Derneğimizin stratejik dış ilişkiler planına bağlı kalarak, uluslararası dernekler ve çeşitli kuruluşlarla devam etmekte olan ilişkilerimizin sürdürülüp geliştirilmesi ve bunlara ek olarak yeni bağlantılar kurarak, karşılıklı işbirlikleri sağlanmasydı. Doğal olarak ilişkilerimizin en yoğun olduğu dernekler Avrupa ve Amerikan Toraks Dernekleriydi (ERS ve ATS). Bu derneklerle işbirliği ve karşılıklı temsiliyetimizi arttırmak adına, hem kendi kongrelerimizde hem de ERS ve ATS kongrelerinde bu derneklerin yöneticileri ile çeşitli toplantılar yapıldı. Buralarda alınan çeşitli kararların uygulanmasına başlandı. Bu çerçevede, bu derneklerin başkanlarının kongrelerimize düzenli katılımları ve stand açmaları sağlanmıştır.

Başta ERS ve ATS olmak üzere, çeşitli uluslararası kongre ve toplantılarda oturum başkanı ve konuşmacı sayımızı arttırabilmek amacıyla, tüm çalışma gruplarından İngilizce konuşma yapabilecek üyelerimizin isim ve özgeçmişleri istenmiştir. Ulaşılan bu isimler ilgili dernek yönetimlerine iletilmiştir. Yine bu yıl son 17. yıllık kongremizde ERS ve ATS başkanları ile benzer nitelikte toplantılar yapılmış ve 2015 kongreleri için konu ve konuşmacı önerilerimiz tartışılmıştır. Bu konudaki uzun vadeli çözümün esasen, TTD çalışma grupları yoluyla eğitilen ve ortak araştır-

malara giren genç meslektaşlarımın, aynı zamanda ERS/ATS çalışma grupları yönetimlerinde de görev almaları olduğuna, gönülden inanıyorum. 17 Yıllık kongrede ATS ile yaptığımız toplantı sonrasında araştırma gruplarına meslektaşlarımızın katılımı ile ilgili talebimiz hızla karşılık bulmuş ATS'de yeni kurulan göğüs hastalıklarında kök hücre çalışma grubuna ülkemizden iki araştırmacının ismi istenmiş ve deneysel araştırmalar çalışma grubundan bildirilen iki isim ATS bünyesinde ilgili kişilere iletilmiştir.

ATS ile ortaklaşa yapılmakta olan MECOR etkinliği (ki bu kurs, ülkemizde alanında yapılan en yararlı kurs olma özelliğindedir), bu dönemde sorumlu arkadaşlarımız Sevgili Oya İtil ve Arzu Yorgancıoğlu'nun önderliğinde başarı ile devam etmiştir. Dileğim ileride bu kursun, dünyanın belirli bölgelerini kapsayarak, artan sayıda eğitimcilerimizle sürekli olarak ülkemizde TTD bünyesinde yapılmasıdır.

Yine devam ettirilen bu ilişkiler çerçevesinde, Hindistan Toraks Derneği Başkanı Dr. Narayan 2013 yılında yapılan 16. Yıllık kongremize davet edilmiş ve yapılan görüşmeler sonrasında özellikle karşılıklı temsiliyet, genç bilim insanları değişimi ve ortak bilimsel toplantılar yapılması konusunda görüşbirliği sağlanmıştır. Kasım 2013'te yapılan Hindistan Ulusal Toraks kongresine TTD'nin iki üyesi davet edilmiştir. Bu ilişkinin devamlılığı bu yılki ulusal kongremizde aynı derneğin yeni başkanı Dr. M. Sabir ile de sürdürülmüştür. Her iki dernek tüberküloz ve bron-

şektazi vb konuları ortak ilgi alanları olarak düşünmektedir.

Her sene olduğu gibi bu iki yıllık dönem süresince de, ERS kongrelerinde TTD standı düzenli olarak açılmaya devam etmiştir. 2012 yılında Viyana'daki ERS kongresine Viyana Başkonsolos yardımcısı Sn. S.Evcin 4 Eylül 2012 günü TTD standımızı ziyarete gelmiştir. Yine 2013 yılında Barcelona Başkonsolosumuz Sn.E.S.Yüksel 9 Eylül 2013 günü Barselona'daki ERS kongresi standımızda, kongreye katılan üyelerimiz ile buluşmuştur. Bu şekilde meslektaşlarımızın ülkemizi bu topraklarda temsil eden yöneticilerle tanışıp görüşmesi sağlanmış ve TTD'nin misyonu, vizyonu ve akciğer sağlığı yönünde ülkemiz Göğüs hastalıklarına katkısı bu yöneticilere ve basın mensuplarına anlatılmıştır.

16. ve 17.Yıllık kongrelerimizde TTD bilimsel komite başkanı Elif Dağlı'nın önderliğinde genç meslektaşlarımızın yurt dışında çalışma, bilgi ve tecrübelerini arttırmalarını sağlamak adına kongremize davet edilen yabancı konuşmacılarla buluşma ve tanışmalarını sağlayan 'fellowship' oturumları düzenlenmiştir. ERS tarafından her sene düzenli bir adet fellowship kontenjanının Türkiye'ye verilmesi konusunda olumlu adımlar atılmıştır ve 2014 ATS kongresinde benzer bir ilerleme, sonuca bağlanacaktır.

Yurtdışı ziyaretçilerimiz

Değişik zamanlarda yurt dışından Derneğimizi ziyarete gelen konuklar TTD genel merkezinde ağırlanmıştır. Bu ziyaretlerden biri de 21 Şubat 2014'de Dünya Sağlık Örgütü ve

Sağlık Bakanlığı yetkilileri tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu ziyarette, derneğimiz adına Bilimsel Komite Başkanımız Elif Dağlı, Dernek Genel Sekreterimiz Hikmet Fırat, Dış İlişkiler Sorumlusu Füsun Yıldız, Tüberküloz Çalışma grubu Başkanı Şeref Özkara ve sekreteri Süha Özkan hazır bulunmuşlardır.

GARD projesi, ülkemizde Arzu Yorgancıoğlu'nun koordinatörlüğünde başarıyla yürütülmekte ve uluslararası toplantı katılımları da devam etmektedir. FERS ile olan ilişkiler devam ettirilmiş ve gelişmeler kaydedilmiştir.

2013 yılında dış ilişkiler olarak önemli bir gelişme de, HERMES sınavına giren beş meslektaşımızın bu sınavda başarılı olarak belgelerini almalarıdır.

Üyelerimizin yurt dışı derneklere üyeliklerini kolaylaştırabilmek için, hem bundan önceki dönem hem de bu dönem de sürdürülen görüşmeler neticesinde ERS üyelik ücreti 185 eurodan 85 euroya indirilmiştir. 17. Yıllık kongrede 20 euro'luk bir ücretle ERS-TTD dual üyeliği konusu gündeme gelmiş olup, ERS'nin göndermiş olduğu kontrat hukuk danışmanımız ve MYK tarafından incelenmeye devam etmektedir. ATS 2014 kongresinde, ERS yöneticileri ile bu konuyu sonuçlandırma yönünde görüşmeler yapılacaktır.

WASOG kongresi 2014 yılında Sevgili Özlem Kumbasar'ın başkanlığında ülkemizde düzenlenecektir.

Değerli meslektaşlarım sizlere bu yazı ile geçen iki yıl ile ilgili kısa bir özet bilgilendirme yapmak istedim. Başlatılmış olan birçok girişim ve alınmış olan kararlar yönünde adımlar, mevesini gelecek yıllar içinde verecektir. Umarım görev aldığım bu dönemde bu göreve layık işler yapabilmiş ya da en azından adımlar atılmasına katkıda bulunabilmişimdir. Benden sonra bu görevi devir alacak arkadaşımıza başarılar diliyorum ve istediği zaman paylaşımı ve yardıma her zaman hazır olacağımı belirtmek istiyorum.

Hepinize verdiğiniz destek ve güven için teşekkür eder sevgi ve saygılarımı sunarım.

Füsun YILDIZ - Kocaeli Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Kocaeli

**Toraks
Bülteni**



Veda
Eda USLU TUĞTEPE

TTD Uzman Temsilcisi | www.edauslu.com

Değerli Arkadaşlar,

Bütünün her bir parçası içinde bütüne dair tüm bilgiyi taşırmış. Güzel ve verimli bir dönem geçirdik. Biraz daha kendimizi derneğimize ait hissettik, biraz daha derneğin parçası olduğumuzu fark ettik.

Bize iletilen her soruna en kısa sürede çözüm iletebilmek için çabaladık. Gelişmeler karşısında ivedi hareket ederek gereken tedbirleri aldık. Toplum sağlığı, halkın doğru bilgilendirilmesi bizim için çok önemliydi, her fırsatta bunu yerine getirdik. Üyelerimizin hakları, saygınlığı, birliği ve bütünlüğü en değer verdiğimiz konuydu. Her fırsat bul-

duğumuzda, her mecrada bu konuda sesimizi duyurduk, hakkımızı aradık. İl temsilciliği sistemini tekrar harekete geçirdik ve canlandırdık ki kişisel olarak en kıymet verdiğim faaliyetlerden biridir bu. Her zaman ulaşılabilir olduk, iyi günde kötü günde sizlere hep ulaşabildik.

İki yıl süren MYK Uzman Temsilciliği görevimin sonuna geldim. Elimden geldiğince sesimizi duyurmaya çalıştım. Benden sonra bu görevi sevgili Rabia Engin Ünver eminim daha da ileriye taşıyarak devam ettirecek. Genişletilmiş Yönetim Kurulu'nda da ben, Yücel Kırılancı, Şerif Kurtuluş, Çağla Filiz Uyanusta Küçük, Rabia Ünver ile birlikte uzman

temsilciliği görevini yerine getirmeye çalışacağız.

Her zaman söylediğim gibi; sizlerin desteği ve katkıları bizi, Türk Toraks Derneği'ni zenginleştirir ve güçlendirir. Tek başımıza yel değirmenlerine karşı duramayız belki ancak hep birlikteyken başaramayacağımız bir şey olacağımı zannetmiyorum. İnanıyorum ki katılımlarınız daha da artarak devam edecektir. Bu dernek bizim. Sahip olduğumuz birlik, karşılıklı sevgi, saygı ve hoşgörünün çoğalarak hayatımızda yer alması dileğiyle...

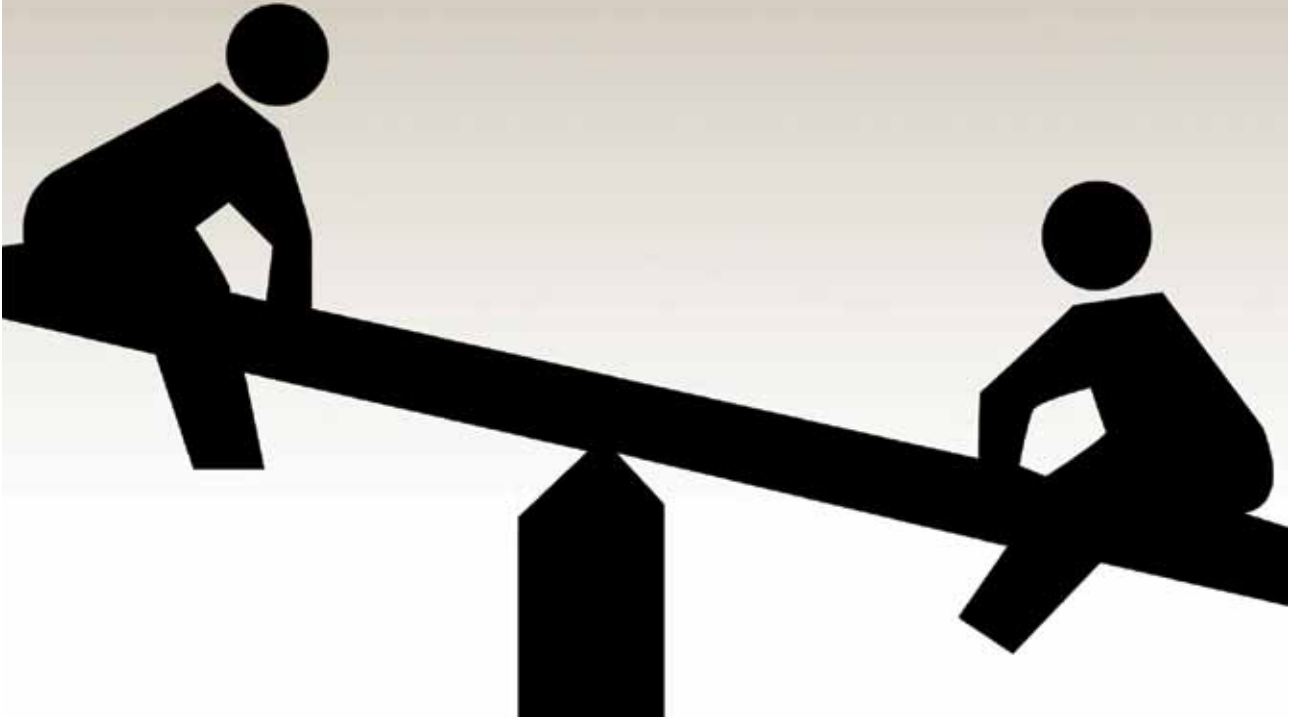
*Eda USLU TUĞTEPE -
Göğüs Hastalıkları Uzmanı, İstanbul*



Küresel ve Ulusal Akciğer Sağlığına En Büyük Tehdit Sağlıkta Eşitsizlik

Ali KOCABAŞ

kocabasa@gmail.com



*ah güzel ahmet abim benim
insan yaşadığı yere benzer
o yerin suyuna, o yerin toprağına benzer*

Edip Cansever

■ Sağlıkta eşitsizlik; bireyler ve toplumun değişik kesimleri arasında ekonomik, siyasal, sınıfsal, mesleki, dinsel, kültürel veya benzeri sosyal nedenlerle ve sağlık hizmetlerine ulaşımındaki yetersizlik nedeniyle sağlıkla ilgili önenebilir ve kabul edilemez farklılıklardır (1). Günümüzde Japonya’da veya İsveç’te doğan bir kız çocuğunun 80 yıldan fazla yaşaması beklenirken, Afrika’nın bazı ülkelerinde doğan bir kız çocuğunu ise 45 yıldan az bir yaşam süresi beklemektedir. Aynı ülke içinde yaşayan insanlar arasında da sağlıkta dramatik farklılıklar bulunmaktadır. Tüm ülkelerde tüm gelir düzeylerinde sağlık ve hastalık bir toplumsal yokluğu izler; daha düşük sosyo-ekonomik düzeyde olanlar daha kötü sağlığa sahiptirler. Nitekim, en düşük ve en yüksek sosyoekonomik gruplar arasında doğumda beklenen yaşam süresi farklılığı erkeklerde 10 yıla, kadınlarda 6 yıla ulaşabilmektedir.

Sağlıktaki bu eşitsizlikler, insanların doğduğu, büyüdüğü, yaşadığı, çalıştığı ve yaşandığı koşullar ve hastalıkla ilgili davranışları nedeniyle ortaya çıkar. İnsanların yaşadığı ve öldüğü koşullar, politik, sosyal ve ekonomik sistemler tarafından belirlenir (2). Sosyal ve ekonomik politikalar, bir çocuğun tüm potansiyeli ile büyüyüp gelişebileceği ve iyi bir hayat süreceğini mi, yoksa onun hayatının kötü mü geçeceğini belirleyen bir etkiye sahiptir. Sağlıkta eşitsizliği azaltmak/ortadan kaldırmak bir etik zorunluluktur. Çünkü insanların ölümünden büyük oranda sosyal adaletsizlik sorumludur.

Toplumlar zenginlik düzeylerine göre sıralandığında, zenginlik düzeyleri ile sağlık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki görülmezken, eşitlik düzeylerine göre sıralandıklarında, daha eşit toplumların, daha eşitsiz toplumlara göre çok daha sağlıklı oldukları gözlenmektedir (3). Ülkeler,

toplum içindeki eşitlik düzeylerine göre sıralandığında doğuştan yaşam beklentisi, bebek ölüm hızı gibi göstergeler daha eşit toplumlarda çok iyi iken, eşitsiz toplumlarda oldukça kötüdür. Bu durum bize önemli olanın gelir düzeyi değil, *gelir/zenginlik eşitsizliği* olduğunu göstermektedir. Bir toplumun eşitlik düzeyi, o toplumun en zengin yüzde 20’lik kesiminin en yoksul yüzde 20’sinden ne kadar zengin olduğu ile tanımlanmaktadır. Birleşmiş Milletler verilerine göre Kuzey ülkeleri olarak tanımlanan Finlandiya, Norveç ve İsveç gibi ülkelerde en zengin yüzde 20’lik dilimle en yoksul yüzde 20’lik dilim arasındaki zenginlik farkı 4 kattan azken, Portekiz ve ABD gibi ülkelerde bu fark 8 kattan fazladır. TÜİK verilerine göre Türkiye’deki fark da 8 kat civarındadır. Toplumun en zenginleri ile en yoksulları arasındaki farkın büyüklüğü, o toplum içindeki gelir dağılımının adaletsizliğini ve eşitsizliğin daha büyük olduğunu göstermektedir (3).

İnsanların ve toplumların sağlık durumu, büyük oranda çok çeşitli belirleyicinin karmaşık etkileşimi tarafından belirlenir. Sağlığın belirleyicileri, çok çeşitli kişisel, sosyal, ekonomik ve çevresel faktörü içerir (Tablo1) (1,2). Sağlığın bu sosyal belirleyicilerinin kombinasyonu ve karşılıklı etkileşimi sonucu, bireylerin ve toplumların sağlık durumlarında farklılıklar oluşur. Sonuçta, bireyler ve değişik toplum kesimleri arasında sağlıkta eşitsizlik ortaya çı-

Bir toplumun sağlığının %15’inin biyoloji ve genetik faktörlere, %10’unun fizik çevreye, %25’inin sağlık hizmetlerinin tedavi edici çalışmalarına, fakat %50’sinin tümüyle sosyal ve ekonomik çevreye bağlı olduğu gösterilmiştir.

kar. Sağlığın sosyal belirleyicilerinin bir toplumun sağlığına etkisi konusunda birçok çalışma bulunmaktadır (4-6). Bu çalışmalar, toplum sağlığının %15’inin biyoloji ve genetik faktörlere, %10’unun fizik çevreye, %25’inin sağlık hizmetlerinin tedavi edici çalışmalarına, fakat %50’sinin tümüyle sosyal ve ekonomik çevreye bağlı olduğunu ortaya koymaktadır. Bu durum, sağlığın, sağlık hizmetlerinden çok daha fazla ve öte bir şey olduğunu, sağlığın tüm sosyal belirleyicileri arasında sosyo-ekonomik çevrenin sağlığın en önemli belirleyicisi olduğunu göstermektedir.

Fakat, gerek kamuoyunda, gerekse sağlık görevlileri arasında, sağlığın esas olarak tıp dışı nedenlerle belirlendiği konusunda yeterli farkındalık bulunmamaktadır. Nitekim, günümüzde çoğu hekimin sahip olduğu biyo-medikal tıp anlayışı, hastalıkları bireysel yaşam faktörlerinin sonucu olarak görmekte, sağlık hizmetini hastane bakımı ve ilaç tüketimin-den ibaret olduğunu düşünmektedir

Tablo 1. Sağlığın sosyal belirleyicileri

- Erken çocukluk gelişimi
- Eğitim
- İş ve çalışma koşulları
- Gelir ve sosyal statü
- Sosyal çevre
- Fizik çevre
- Sosyal destek ağı
- Yaşam stili, kişisel sağlık pratikleri ve baş etme becerileri
- Cinsiyet, toplumsal cinsiyet
- Kültür
- Nitelikli sağlık hizmetlerine ulaşım

(Şekil 1). Oysa, toplumcu (biyo-psi-ko-sosyal) tıp anlayışı; hastalığın “bireysel” değil, “toplumsal” bir sorun olduğunu ve hastalıklarla mücadele etmek ve hastaları iyileştirmenin toplumun yükümlülüğünde olduğunu, bir bireyin hasta olmasını o bireyin “kusuru” değil, toplumun başarısızlığı olduğunu ve sağlık sorunlarının çözümün bireysel değil toplumsal olmak zorunda olduğunu kabul eder.

Son yıllarda sağlıkta eşitsizlik konusu büyük ilgi çekmektedir. Çünkü, ABD’de sağlıkta eşitsizlik ve erken ölümlerin maliyetinin 2003-2006 yılları arasında 1.24 trilyon dolar olduğu Avrupa Birliği’nde ise sağlıkta eşitsizlikle ilişkili kayıpların 1.000 milyar Euro olduğu tahmin edilmektedir (7). Son 200 yıldır serbest pazar ekonomisi ile giderek artan, fakat 1970’li yıllardan sonra neoliberal politikalar nedeniyle büyük ivme kazanan sağlıkta eşitsizlik sorunu, mevcut ekonomik ve politik sistem üzerinde büyük bir yük oluşturmakta ve sistem kendi varlığını tehdit eden bu gelişmeyi varlığını zarar vermeden aşmaya çalışmaktadır. Nitekim Dünya Sağlık Örgütü (WHO) bünyesinde 2005’de oluşturulan “Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu”, sağlıkta eşitliği teşvik için neler yapılabilir ve buna ulaşmak için küresel bir hareket nasıl hızlandırılabilir sorularına yanıt aramaktadır (2). Komisyon, Dünya Sağlık Örgütü ve tüm hükümetlere çağrıda bulunarak, sağlıkta eşitliğe ulaşmak için sağlığın sosyal belirleyicileri üzerinde küresel eylemde bulunmak konusunda kendilerinin önderlik etmelerini istemektedir. Buna ek olarak, sivil toplumun ve yerel hareketlerin bu çabaları ivmelendirmesi beklenmektedir.

Türkiye’de Sağlıkta Eşitsizlik

Bir ülkede gelir dağılımındaki eşitsizliğin bir ölçütü olan Gini katsayısı, adaletli dağılımda 0’a, adaletsizlik arttıkça da 1’e doğru yaklaşır. OECD’nin 33 üye ülkesinde Gini katsayısı ortalaması 0.31 iken, bu oran 2012 yılında Türkiye’de 0.40 düzeyindedir ve son birkaç yıldır da

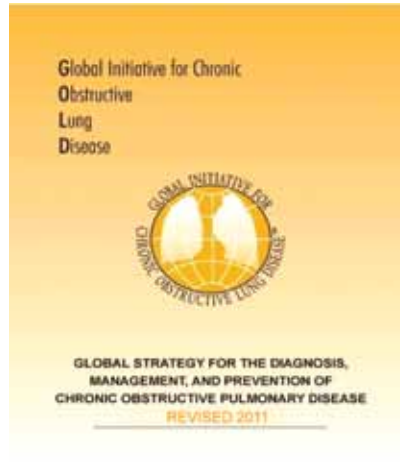
değişmemektedir. Bu oranla Türkiye, Meksika’dan sonra gelir dağılımının en kötü olduğu ülke özelliği göstermektedir. TÜİK verilerine göre Türkiye’de 2012 yılında en zengin %20’lik grupta, en yoksul %20’lik grup arasındaki gelir farkı 8 katıdır. En zengin %20’lik grubun ülke gelirinden aldığı pay %46.6 iken, en düşük gelire sahip %20’lik grubun aldığı pay ise %5.9 dur (8).

Diyarbakır il merkezinde bulunan 17 aile hekimine kayıtlı 50 yaş üzeri 12 bin bireyde kronik hastalık sıklığı ve nedenlerini araştırmak amacıyla yapılan bir çalışmada, birçok kronik hastalığın (HT, diyabet, kemik hastalıkları) kötü ekonomik duruma ve düşük eğitim düzeyine sahip olanlarda daha yaygın olduğu bildirilmiştir (9). Bunlara ek olarak, uzman he-

kimlerin bölgelere göre dağılımlarındaki farklılıklar, doğum öncesi tıbbi bakım alma, 1-2 yaş grubu çocukların aşılması yönünden kent-kır ve doğu-batı bölge farklılıklarının varlığı, Türkiye’de sağlıkta eşitsizliğin önemli boyutlarda olduğunu düşündürmektedir.

Akciğer Sağlığı ve Sağlıkta Eşitsizlik

Akciğer hastalıkları küresel morbidite ve mortalitenin ana nedenlerinden biridir. En yaygın görülen akciğer hastalıklarının (akciğer kanseri, KOAH, tüberküloz, astım ve akut solunumsal enfeksiyonlar) temel nedenleri büyük oranda dışsal/çevresel nedenlerdir (tütün, iç ve dış hava kirliliği ve mesleki maruziyetler). O nedenle, bu hastalıklar çok ciddi boyutlarda önlenabilir hastalıklardır (10).



Şekil 1. Biyo-medikal veya biyo-mekanik tıp anlayışının tipik örneği olarak tanı-tedavi rehberleri. Sağlığın sosyal belirleyicilerini, yoksulluk ve sağlıkta eşitsizliği görme-yen küresel tanı ve tedavi rehberleri ne işe yarar?

Sağlıkta eşitsizliği iyileştirmek için Dünya Sağlık Örgütü’nün önerileri şunlardır:

- İnsanların doğduğu, büyüdüğü, çalıştığı ve yaşlandığı günlük yaşam koşullarını iyileştirmek
- Gündelik yaşam koşullarının yapısal nedeni olan, gücün, paranın ve kaynakların eşitsiz dağılımını, küresel, ulusal ve yerel düzeyde durdurmak
- Sorunun boyutlarını ölçmek, değerlendirmek, konu ile ilgili bilgiyi genişletmek, sağlığın sosyal belirleyicileri konusunda eğitilmiş bir insan gücü oluşturmak ve sağlığın sosyal belirleyicileri konusunda kamuoyu farkındalığını artırmak

Sağlıkta eşitsizlik, solunum sistemi hastalıklarında, diğer sistem hastalıklarına göre daha yaygındır. Bunun da nedeni, farklı toplumsal grupların yaşadıkları çevrelerdeki farklılıklar ve çevrenin solunum üzerine etkisidir. En düşük sosyal grupların, en yüksek sosyal gruplara göre, 14 kat fazla solunum sistemi hastalığına sahip olduğu bildirilmiştir (7). Tütün dumanı, iç ve dış hava kirliliği, çevresel maruziyetler ve mesleki tehlikeler diğer organlara göre akciğerleri daha çok etkilemekte ve etnik azınlıklar ve düşük sosyoekonomik durumda bulunanlarda eşitsizliğe yol açmaktadır (Şekil 2).

kirliliğine maruziyet artışı, kötü beslenme durumu, sağlık hizmetleri ve ilaçlara yetersiz ulaşım ve tedaviye daha düşük uyum ile ilişkili olduğunu gösterilmiştir (11). Benzer şekilde, yaygın akciğer hastalıklarının tümü zengin kesimlere göre yoksul kesimlerde 10-15 kat fazla görülmektedir.

Akciğer Hastalıklarına İkincil Küresel Yükü Azaltmada Yeni bir Paradigma

Son 30-40 yıl içinde bu hastalıkların hücrel, moleküler ve genetik temellerini aydınlatmak için büyük zaman, emek ve para harcanmış ve

de aynı gerçek söz konusudur. Akut solunumsal enfeksiyonlar için aşı geliştirmede daha iyi ilerleme varken antibakteriyal ve antiviral ürün gelişimi ileri derecede yavaşlamıştır. Akciğer kanseri için son zamanlarda birçok yeni kemoterapötik ilaç geliştirilmişse de, bu hastalıkta sağ kalım süresinde anlamlı bir iyileşme sağlanamamıştır. Akciğer hastalıklarında heyecan verici ve yeni, fakat pahalı bu tedavi yaklaşımlarının solunum sistemi hastalıklarına ikincil küresel yükte kısa ve orta vadede önemli bir azalma sağlaması olası görünmemektedir. O nedenle, yeni bir paradigmaya gereksinim bulunmaktadır.



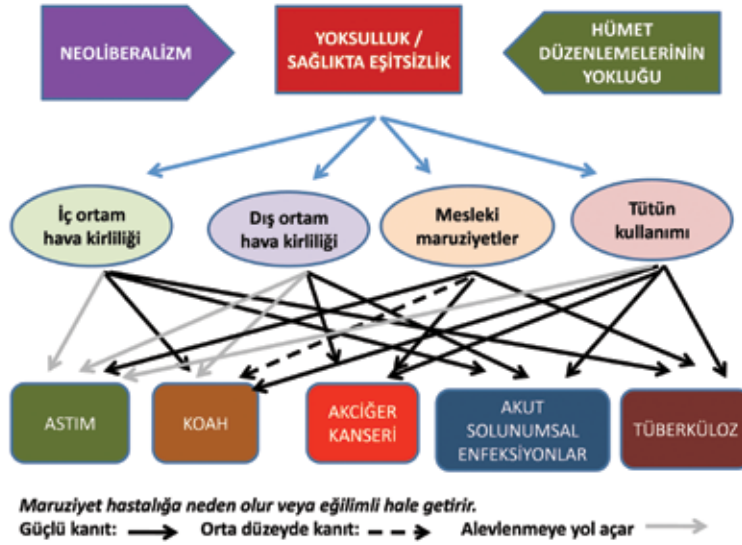
Şekil 2. Yoksulluktan kronik hastalıklara

Sağlığın sosyal, davranışsal ve çevresel belirleyicileri, sağlık hizmetlerinin niteliği ve sağlık hizmetlerine ulaşımından çok daha büyük oranda sağlık sonuçlarını etkilemektedir. Bu sosyal ve çevresel faktörler sağlıkla ilgili davranışları (örneğin tütün kullanma, tedaviye uyum ve sağlık kuruluşlarına başvuru) etkileyerek ve fizyolojik süreçlerin etkilerini değiştirerek (örneğin hava kirliliği) solunum hastalıklarının gelişiminde önemli rol oynarlar. Nitekim, yapılan çalışmalarda düşük sosyoekonomik durumun pasif sigara içimi, kötü barınma koşulları, hava

patogenezleri konusunda büyük bilgi birikimi sağlanmıştır. Bu süreçte bazı heyecan verici yeni tedavi yaklaşımları geliştirilmiş olmasına rağmen bu yaklaşımların çok pahalı olması, dünya nüfusunun büyük kısmının bu gelişmelerden yararlanmasını engellemiştir (12). Bronkodilatör ve inhale steroidlere dayalı astım ve KOAH tedavileri 30 yıldır kullanılmaktadır. Son 40 yıl içinde tüberküloz tedavisi için sadece bir yeni sınıf ilaç ABD’de kullanıma girmiştir, fakat bu ilacın (bedaquiline) kullanım endikasyonları oldukça kısıtlıdır. Son zamanlarda Avrupa’da onaylanan delamanid için

Her ne kadar akciğer hastalıkları farklı patogenezlere -kanser, inflamasyon, enfeksiyon ve immün düzenleme bozukluğu- sahip olsa da, bu hastalıkların temel nedenleri, büyük oranda insan vücudunun dışında, önlenabilir çevresel maruziyetlerdir. Bu nedenler, yaygın akciğer hastalıklarının büyük kısmından sorumludur ve bunların herhangi birinde değişiklik yapmak, tüm bu hastalıkların küresel yükünde anlamlı iyileşmeye yol açabilir. New York şehri gibi şehirlerde uygulanan yoğun tütün karşıtı önlemler, sigara içme oranında %14 azalma sağlamış ve bu durum akciğer kanseri ve KOAH’da bugün kullanılan tedavi yaklaşımlarından çok daha yüksek oranda ölümleri önleyecektir. Tütün kontrolünde kullanılan yaklaşım hava kirliliği ve mesleki maruziyetler için de kullanılabilir.

Tüm dünyada akciğer hastalıklarının temel nedenlerini azaltmak veya ortadan kaldırmak o kadar kolay değildir. Çünkü bu hastalıklar büyük oranda yoksulluktan (örneğin temiz yakıtlara ulaşamamak, pişirmede etkili hükümet politikalarının yokluğundan (sağlıkta eşitsizliği önleme, işçi güvenliği, tütün ürünlerinin satışı vb) veya bu ikisinin kombinasyonundan kaynaklanmaktadır. Ana sorun, hükümetlerin büyük şirketlerin ticari çıkarlarından mı, yoksa vatandaşlarının sağlığından mı yana tavır alacağı ile ilgilidir.



Şekil 3. Dünyada önde gelen beş akciğer hastalığı ve onların temel nedenleri

Dünyanın en büyük yedi uluslararası solunum derneğinin oluşturduğu forum olan FIRS (Forum of International Respiratory Societies) tarafından önerilen yeni paradigmanın değiştirilmiş hali Şekil 3’de gösterilmiştir (12). Fakat, gerek Dünya Bankası ve gerekse Dünya Sağlık Örgütü’nün önerilerinde de görüldüğü gibi, FIRS’ın önerisinde de tüm bu sorunun temelinde bulunan serbest pazar ekonomisine ve neoliberalizme yönelik bir ifadeye yer verilmemiş olması dikkat çekicidir.

Hekim örgütleri Ne yapmalı

Son günlerde Amerikan Toraks Derneği (ATS) ve Avrupa Solunum Derneği (ERS) sağlıkta eşitsizlik ko-

nusunda ortak politikalarını yayınlamışlar ve bu konuda örgütlerinin yapabilecekleri konusunda bir seri tartışmayı yürütmektedirler (Şekil 4) (7,13). FIRS’ın da dahil olduğu bu tartışmalar, hep sorunun temelindeki sosyo-ekonomik politikaları ihmal ederek yürütülmektedir.

Bir toplumda sağlıkta eşitsizliği gidermede bir çok yöntem önerilmiştir. Bunlar; bireysel düzeyde davranış değişikliği yaratmak (sigarayı bırakma çalışmaları), sağlık hizmeti kullanımını artırmak (İngiliz Sağlık Sistemi) ve refah sistemi yaratmak şeklinde özetlenebilir. Bunların içinde en etkin yaklaşım sonuncusudur.

Türk Toraks Derneğinin ülkemiz koşullarını ve temel doğruları dikkate alan sağlıkta eşitsizlik politikasını ve eylem planını belirlemesi ve dünyada eksik yürütülen bu tartışmaları doğru bir çizgiye getirmede müdahil olması beklenmektedir (14).

1. Hekim örgütleri, kendi içlerinde ve diğer sivil toplum örgütleri ile birlikte “Sağlıkta Eşitsizlik” komisyonları oluşturmalı ve bu konudaki politikaları ve eylem planlarını oluşturmalıdır.
2. Kamuoyu ve hekimler arasında farkındalık yaratılmalı, bu konuda donanımlı hekimler yetiştirmelidir.
3. Hükümetin sağlıkta eşitsizliği iyileştirmek konusunda bir politika geliştirmesi ve gerekli önlemler alması teşvik edilmeli, bu konuda kamuoyu baskısı oluşturulmalıdır.
4. Sağlıkta eşitsizlik konusunda mevcut durum tespiti yapılmalı, bu konuda araştırmalar planlanmalı ve sorun yakından izlenmelidir.

Kaynaklar

1. Kılıç B. Sağlıkta eşitsizlikler. In: Kocabaş A (Edit): Göğüs Hastalıklarında Son Gelişmeler. Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara 2014, sah: 569-574



Şekil 4. Sağlıkta eşitliği sağlamak amacıyla ATS tarafından önerilen yaklaşım

2. World Health Organization. Commission on Social Determinant of Health. Closing the gap in a generation. Geneva 2008
3. Akalın A. Yoksulluk değil eşitsizlik hasta ediyor. <http://satobel.blogspot.ch/2013/12/yoksulluk-degil-esitsizlik-hasta-ediyor.html>
4. McGinnis JM, Williams-Russo P, Knickman JR. The case for more active policy attention to health promotion. Health Affairs 2012;21:78-93.
5. Canadian Institute of Advanced Research, Health Canada, Population and Public Health Branch. AB/NWT 2002, quoted in Kuznetsova, D. (2012) Healthy places: Councils leading on public health. London: New Local Government Network. Available from New Local Government Network website
6. Bunker JP, Frazier HS, Mosteller F. The role of medical care in determining health: Creating an inventory of benefits. In, Society and Health ed Amick III et al. New York: Oxford University Press. 1995.pp.305-341
7. Schraufnagel DE, Slasi F, Kraft M, et al. An official American Thoracic Society and European Respiratory Society policy statement: disparities in respiratory health. Eur Respir J 2013;42:906-15.
8. TÜİK Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması 2012. TÜİK Haber Bülteni . 2013. Sayı: 13594
9. Kılınç Z, Gördük MN, Kolsuz S, Saka G. 50 yaş üzeri bireylerde kronik hastalıkların yaygınlığının değerlendirilmesi. 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı. Antalya, 2013. Sayfa: 626
10. Ferko T, Schraufnagel D. The global burden of respiratory disease. Annals ATS 2014; 11: 404-406
11. Thakur N, McGarry ME, Oh S, et al. An ATS perspective: The LUNG-CORPS' approach to reducing health disparities in respiratory diseases. Annals ATS 2014; 3 April (e-pub ahead)
12. Schluger NW, Koppaka R. Lung disease in a global context. A call for public health action. Annals ATS 2014; 11: 407-416
13. Celedon JC, Roman J, Schraufnagel D, et al. Respiratory health equity in the United States: The American Thoracic Society Perspective. Annals ATS 2014, 13 March (e-pub ahead)
14. Kocabas A, Atuş B, Çöplü L, et al. Türk Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Koruma, Tanı ve Tedavi Raporu (2014). Turkish Thoracic Journal 2014; 15: S1-S76

Ali KOCABAŞ - Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları AD, Adana



I Sağlığın Değişen Yüzü

I Temmuz GÖNÇ ŞAVRAN Levent AKYILDIZ I

tgönc@anadolu.edu.tr

leventyildiz@hotmail.com



I Günümüzde hekimlerin pek çok sorunla baş etmek zorunda kaldığını ve bir meslek grubu olarak şimdiye kadarki en zor zamanlarını geçirdiğini söylemek sanırız yanlış olmaz. Hekimlik statüsünün zayıfladığı yönündeki algılar, meslek aidiyet duygusunun zayıflaması, hekime yönelik şiddet, özlük hakları ile ilgili sorunlar, sözleşmeli çalışma koşulları, performans kriterleri gibi hekimlerin performansını ancak niceliksel açıdan ölçebilecek uygulamalar bu sorunlardan bazıları. Üstelik işgücü piyasasındaki hekim sayısı artsa da hekimlerin bu gibi sorunlarla baş etme gücü önceki dönemlere oranla azalıyor. Bu sorunların sağlığı metalaştıran, sağlık sistemini ticarileştiren sağlık politikalarının ve genel olarak ekonomi politikalarının sonucu olduğunu söylemek malumun ilanı olur. Bu sorunları, bu politika-

ları da içeren ancak bununla sınırlı kalmayan, bir meslek olarak hekimliğin ve bir toplumsal kurum olarak tıbbın gelişimini de içeren bütüncül bir bakış açısıyla görmek daha etkili olabilir. Belki de meseleyi şöyle ortaya koymalı, hekimlerin bugün pek çok sorunu var ve bu sorunları çözümünü de içerecek bir değişim istiyorlar. Peki, durum önceden nasıldı ve neden değişti? Bu yazıda meslek açısından köşe taşı niteliğindeki temel tarihsel ve toplumsal değişimlerle birlikte tıbbın siyasal iktidarla olan ilişkisinin, hastalığa ve hastaya yaklaşımının ve hekimin pozisyonunun nasıl değiştiğinin izini sürmeye çalışacağız.

Bir toplumsal kurum olarak tıbbın devletle arasındaki ilişki sıklıkla değinilen bir ilişkidir. Ancak geleneksel toplumda, yani 19. yüzyıl öncesinde

tıbbın siyasal iktidarla kurumsal bir ilişkisi henüz yoktu. Bu dönemde hekimler üretim araçlarına ve üretim sürecinin kontrolüne sahip özerk zanaatkar olarak çalışıyorlardı. Kullandıkları araç gereçler ve mekânlar kendilerine aitti, teşhis ve tedavi konusunda kendilerini herhangi bir açıdan sınırlandıran bir bürokrasiye bağlı değildiler, özerktirler. Bürokrasiye bağlı değildiler çünkü modern anlamda hastaneler henüz ortaya çıkmamış ve sosyal sigortacılık anlayışı da henüz gelişmemişti. Bu durum yoksul kitlelerin sağlık hizmetlerinden faydalanamamasına, hekimlerin de sağlık hizmetlerini ancak ücretlerini ödeyebilecek küçük ve zengin bir hasta kitlesine ulaştırmasına neden olmaktaydı. Hastalar ve hekimler genellikle aynı toplumsal sınıfların üyesiydiler ve bu durum hasta hekim-ilişkisine de yansıyor.

Hekimin değerlendirilmesinin ve ücretin ödenmesinin yalnızca hasta tarafından yapıldığı bu patronaj ilişkisi hastayı, rakip meslektaşlarını haricte tutmaya çalışan hekim karşısında güçlendiriyordu. Hekim ve hasta arasında var olan kişisel ve yakın ilişki, bu dönemin hastalık anlayışına da uygundu. Biyomedikal modelin henüz hakim paradigma olmadığı bu dönemde hastalık, bir bütün olarak insanın çevresiyle kurduğu dengenin bozulması, yani bir bütün olarak insanın başına gelen bir durum olarak algılanıyordu. Bu çerçevede hastalığı teşhis ve tedavi edecek hekimlerin kişisel deneyimlerinden kaynaklanan birikimleri, donanımları ve vasıfları ön plandaydı, yani bir hekimi diğer bir hekimle ikame etmek söz konusu değildi. Diğer bir deyişle bu dönemde hekimliğin gücünün ana zemini mesleki bilgi, deneyim ve vasıftı. Ancak bu vasıfları ve mesleki bilgiyi kazanmak, bir ön koşul olarak toplumun en üst sınıf ve statü gruplarında yer almayı gerektiriyordu. Tıp eğitimi ancak müreffeh, saygın ve beyaz ailelere mensup erkekler için söz konusuydu. Kadınların, etnik ve dinsel azınlıkların tıp eğitimi almalarının önünde uzun yıllar boyunca duran bu engeller bir yandan emek arzını, yani yetiyecek hekim sayısını ve ücretleri belirlemede bağımsızlık sağlayarak işgücü piyasasında hekimlerin elini güçlendirmiş, bir yandan da dışa kapalı bir statü grubu oluşturmalarını ve meslek örgütlerinin homojen kalmasını sağlamıştı. Ancak modern toplumun doğuşu ile birlikte bu manzara köklü bir şekilde değişecekti.

Modern toplum, bilimsel devrimler sürecinde yapılan keşiflerin endüstri devrimi sürecinde toplumsal yaşama aktarıldığı, kırsal alandan kentlere kitlesel bir göçün yaşandığı, önceden var olmayan yeni toplumsal sınıfların ortaya çıktığı, rasyonel, seküler, bürokratik bir toplumdu ve siyasal olarak ulus devlet çerçevesinde örgütleniyordu. Çalışma yaşamından aile yapısına kadar her şeyin değiştiği bu yeni toplum modeli şimdiye dek görülmemiş bir karmaşıklığa sahip-

ti. Önceden geniş coğrafi alanlarda dağınık şekilde yaşayan ve ağırlıklı olarak tarım yapan toplumların yerini endüstriyel kentlerin içinde yoğunlaşmış, çoğu fabrikalarda işçi olarak çalışanlardan oluşan bir toplum almış, önceki kadar kolay idare edilemeyen, sayılması, sınıflandırılması ve yönetilmesi gereken yeni ve büyük bir nüfus meydana gelmişti. Üstelik bu nüfus, kötü barınma ve çalışma koşulları, düşük ücretler, yetersiz beslenme, endüstrinin dayandığı kömür enerjisi nedeniyle oluşan hava ve çevre kirliliği gibi nedenlerden ötürü oldukça sağlıksızdı. Ancak bu yeni toplum modelinde devletler fabrikalarda çalışacak sağlıklı işgücüne ve savaşlarda savaşacak sağlıklı askerlerden oluşan ordulara ihtiyaç duyuyorlardı. Sağlıklı kitlelere duyulan bu ihtiyaç merkezi bir sorun haline gelince devletler gözlerini toplum sağlığına çevirdiler ve endüstriyel ve askeri alanlarda kullanmak üzere sağlıklı bir kitle yaratmaya giriştiler.

Modern toplum, temelde Aydınlanma'nın ilkeleri üzerine örgütlenmişti ve bilim de bu ilkelerin en önemlilerinden biriydi. Devlet toplumu idare etme görevinde yeni gelişen modern akademik disiplinlerden faydalandı. Kriminoloji suçluları, sosyoloji sapkınları, tıp hastaları belirleyip sınıflandırıyor, bu sınıflara girenler kurumsallaşmaya başlayan hastanelerde ve hapishanelerde normalleştirilmeye ve "topluma kazandırılmaya" çalışılıyor, normalleşemeyenler ise toplumdan uzaklaştırılıyordu. Modernitenin ideali, sağlıklı, gülbüz, verimli, çalışkan, itaatkâr insanlardan oluşan bir topluma dayanıyordu ve modern devlet bu toplumu inşa etmek için bilime güveniyordu. Bu süreçte nasıl endüstride çalışacak işçilerin piyasasının gerektirdiği vasıfların edinilmesi için eğitim aileden kopup okullara taşındıysa, hekimle hasta arasındaki ilişkinin de bağlamı değişti, özel muayeneler yerini devlet hastanelerine bıraktılar. Bu dönüşümün hekimler açısından çeşitli sonuçları oldu.

Toplum sağlığını koruyup iyileştirmek için kamu hastanelerinin kurulması, önceki dönemde hasta ile hekim arasında var olan patronaj ilişkisini yıktı ve hasta karşısında hekimini güçlendirdi. Fakir kitleler de hastanelere gitmeye başlayınca hastalar tedavi hakkı karşılığında hekimin direktiflerine uymakla yükümlü oldular. Bu açıdan hekime bağımlı hale gelen hastalar için karşılardaki hekimler hem kendilerinininkine göre üst sınıflardan gelen, hem de yaptıkları iş karşısında ücret talep etmeyen insanlardı. Bu faktörler, özellikle de hekimlerin ücretlerinin devlet tarafından ödeniyor olması hekimlerin statülerini güçlendiriyor ve hastalar karşısında otoritelerini sağlamlaştırıyordu. Bununla birlikte artık hastanelerde çalışmaya, hastane bürokrasisinin bir parçası olmaya başlayan hekimlerin önceki döneme oranla çok daha fazla sayıda hastaları ve hastalarla aralarında çok daha gayri şahsi ve zayıf bir ilişkileri vardı. Bunun nedenlerinden biri hastane yapısı ise, diğeri de sağlığın ve hastalığın biyomedikal modelinin kurduğu hâkimiyet idi. Artık hastalık bir bütün olarak insanın başına gelen bir durum olarak değil, belirli bir organın patolojisi olarak algılanıyor, hekim hastadan dar bir alanda fiziksel bilgi talep ediyor, bütün haldeki insana yönelik ilgi azalarak hastalık organik lezyonlara ve işlev bozukluklarına indirgeniyor, hatta bilimsel gelişmeler ve testler ilerledikçe hastalık bilimsel test sonuçlarına, hasta da laboratuvarında analiz edilecek maddesel bir şeye dönüşüyor, Jewson'un (1976: 238) deyişiyle "hasta adam ortadan kayboluyordu".

İlerleyen bilim ve kendi kontrolünde olan fakir bir hasta kitlesi hekimlerin elini güçlendirmişti ama devlet bürokrasisine bağlı olarak çalışmaya başlamak çalışma biçimlerini etkiliyordu. Hekimler artık teşhis ve tedavi sürecinde gözetim ve denetim altındaydılar. Ancak devletin tıbbı ve hekimlere duyduğu ihtiyaç sürdüğü için hekimler uzun zaman sadece hekimler tarafından yönetilme ayrıcalığına sahip olacaklardı. Yine

aynı nedenle fakülte kontenjanları gibi mesleki eğitim konusunda karar alma gücü hekimlerdeydi, işgücü piyasasına emek arzını kontrol altında tutabilen hekimler çalışma koşulları, ücret ve prestij açısından taleplerini elde ediyorlardı. Bu prestijin temelinde devletin tıba olan ihtiyacı varsa da, görünür kısmında en büyük avantajı hekim-hasta ilişkisinin ücretten soyutlanmış görünümüydü. 1952’de yaptığı tıp analizinde sosyolog Talcott Parsons, tıbbi kapitalist piyasa mekanizmalarını kırarak, çıkarıcılıktan uzak, özgeci ve fedakâr bir meslek olarak kurguluyordu. Parsons sağlığın toplumun en değerli kaynağı olduğunu belirtiyordu, çünkü toplum, insanların gündelik hayatta rollerini yerine getirmelerine dayanıyordu. Kötü sağlık toplum açısından olumsuz sonuçlar doğuracaktı, ama insanlar rollerini yerine getirmemek için hasta olmaya çalışabiliyorlardı. Hasta hissetmek ile hasta olmak arasında hekim duruyordu, çünkü tıp tarafından onaylanmayan bir hastalık hissi toplumsal rollerden kaçmak için yeterli kabul edilmiyordu. Tıbbın en önemli işlevi, hasta olmaya çalışan herkesi hasta kabul etmemek, böylece kötü sağlığı kabul edilebilir bir seviyede tutmaktı. Buradan da anlaşılabileceği gibi, modernite bilimsellik fikrinin coşkunu heyecanı üzerinde yükselse de, hekimlik mesleğini fazla yüceltmekle eleştirilmiş olan en iyimser sosyolojik analizde bile tıba verilen değer tıbbın bilimsellik iddialarıyla değil, tıbbın toplumsal işlevi ile ilgiliydi. Toplumun işlevsel açıdan devamlılığını sağlamak ve nüfusu devletin istekleri doğrultusunda sınıflandırıp normalleştirmek hekimlerin yüksek statüsünün altındaki zemindi.

İşlevsel nedenlerle de olsa toplum sağlığındaki iyileşme, Büyük Buhran’a neden olan sorunları çözmek için uygulamaya konan Keynesyen ekonomi politikaları ve Sosyal Refah Devleti uygulamaları ile pekişti. Ekonomisi liberal olan ülkelerde bile işçi sınıfını sosyalist bloğun etkisinden koruma refleksi, kitlelerin yaşama ve çalışma koşullarını olduğu

kadar sağlık hizmetlerine erişimlerini de iyileştirdi. Bu gelişmeler tıba hakim olan paradigmayı da etkiliyor, biyomedikal model eleştiriliyor, sağlığın ve hastalığın sosyal modeli geliyor ve insanların yaşadıkları çevrenin ekonomik, toplumsal ve siyasal özelliklerinden etkilendiği görülüyordu. Sonuç olarak modern dönemde tıba getirilebilecek çok eleştiri olsa da hastalar da hekimler de önceki döneme göre daha iyi sayılacak bir durumdaydılar. Ancak teknoloji, endüstri ve ekonomi değişiyor, dünya küreselleşmeye başlıyor, devletler yeniden şekilleniyordu ve meslek olarak hekimlerin durumu da değişmek üzereydi.

1970’lere gelindiğinde artık nitelikleri değişmiş farklı bir toplumdan bahsediliyordu. Teknolojideki yenilikler, ulaşım ve iletişim alanlarındaki ilerlemeler endüstriyel yapıyı olduğu kadar kültürü de değiştiriyordu. Devletleri Keynesyen ekonomi politikaları uygulamaya iten nedenler ortadan kalkmış, Büyük Buhran sonrasında kitlesel bir tüketici yaratmak için yükseltilen reel ücretler düşmüş, imalat endüstrisinde çalışanlar azalıp hizmet sektöründe çalışanlar artmış, ulusal ekonomileri korumak için yükseltilen gümrük duvarları ve ithalat yasakları kaldırılmış, küreselleşmenin ticari boyutu sermayenin uluslararası dolaşımını hızlandırmaya başlamıştı. Büyüyen ulus ötesi şirketler ulus devletlerden daha güçlü hale geldikçe Sosyal Refah Devleti serbest ticaretin önünde bir engel olarak görülmeye başladı. Doğu blokunun çökmesi ile birlikte ideolojik tehditler de ortadan kalkınca devletler sosyal sorumluluklarından sıyrılmaya ve ‘küçülmeye’ başladılar. Önceki dönemde devletin ihtiyaç duyduğu kitlesel işçi ve asker ihtiyacı ortadan kalkmıştı, tam istihdam bir hedef olmaktan çıkmıştı, seri üretimin gerektirdiği vasıfsız işçi kitlesine artık gereksinim duyulmuyordu ve silah endüstrisi de kitlesel asker ihtiyacını azaltmıştı. Diğer bir deyişle devletin tıba duyduğu ihtiyacın zemini çatırdıyordu ve kurumsal anlamda devlet ve tıp arasındaki ilişki çözülmeye başlıyordu.

Bu yeni toplumu yöneten Neo-liberal devlet için sağlık, erişilmesi gereken bir hedef değildi, artık hedef, sağlığı devletin mümkün olduğunca az müdahale ettiği kârlı bir piyasa olarak yeniden kurmaktı. Bu durum dünya genelinde 1980 sonrasında sağlıkla ilgili politikaların DSÖ yerine IMF ve Dünya Bankası tarafından belirlenmesinde de açıkça görülüyordu. Sağlık, talebin asla azalmayacağı, hatta riskleri vurgulayıp korku yaratan bir söylemin her alana nüfuz etmesiyle daha da artacağı bir alandı ve bu özelliği onu yeni ekonominin lokomotifine haline getiriyordu. Bu doğrultuda IMF ve Dünya Bankası, sağlık sistemi az ya da çok sosyal refah devleti ilkeleri çerçevesinde işleyen ülkeleri sağlık alanında reform yapmaya ve sağlık harcamalarını azaltmaya yönlendirmeye başladı. Bu reformları savunuların görünürdeki gerekçesi artık ölümlere salgın ve akut hastalıkların yerine tedavisi uzun ve masraflı olan kronik hastalıkların neden olması ve artan ortalama ömür nedeniyle giderek artan bir kitlenin sağlık hizmeti talep ediyor olmasıydı. Bu nedenlerle artan sağlık maliyetlerinin devletlere büyük bir ‘yük’ oluşturmaya başladığı iddia ediliyordu. Ancak görünürdeki bu nedenin ardında neo-liberal ekonomi politikaları nedeniyle istihdam kapasitesinin daralması ile enformel ve esnek istihdamın artması yatıyordu, çünkü prime dayalı sosyal güvenlik sistemlerinin işleyebilmesi için formal sektörde istihdamın belirli bir seviyenin altına inmemesi gerekiyordu. Diğer bir deyişle sağlık sistemlerini zora sokan, prim ödeyecek insanların azalmasıydı. Kaldı ki devletin hizmet sağlayıcı görevinden el çektiği sağlık reformları sonrasında devletlerin sağlık alanında yaptıkları harcamalar azalmayacak, sadece özel sektöre kanallı olacaktı. Bu ‘reform salgını’¹ dünya genelinde sağlık sistemlerini piyasa temelli sağlık sistemlerine dönüştürüyor, bu amaçla sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı birbirinden ayrılıyor, sağlık bakım hizmetleri özelleştiriliyor, kamu sağlığı altyapıları tasfiye

ediliyor ya da zayıflatılıyor, az gelişmiş ülkelerden gelişmiş ülkelere doğru sağlık profesyonellerinin hareketliliği sağlanıyor ve biyomedikal paradigma, üstelik tıbbi teknolojileri ve diğer yüksek maliyetli araçları hiç olmadığı kadar vurgulayarak, tıbaa yeniden hakim oluyordu.

Bu değişim kamu kurumlarına Yeni Kamu Yönetimi paradigması üzerinden yansıyor, hastaneler içinde halen özelleştirilmemiş olanlar, kamu kurumlarını kâr amaçlı şirketlere benzer şekilde yönetmekte kararlı olan bu paradigma içinde işleyiş değiştiriyordu. Hastanelerin özelleştirilmesi ve özel olmayanların da özel ‘miş gibi’ yönetilmeye başlanması, hekimler açısından çok boyutlu ve önemli bir gelişmeydi. İlk olarak, hekimler önceki dönemlerde bürokrasi ile sorunsuz bir ilişki içindeydiler çünkü hekimliğin mesleki amaçları devletin amaçları ile büyük ölçüde örtüşüyordu, ama özelleştirilmiş sağlık kurumlarında artık amaç sağlık değil, kâr olmuştur. Bu durumun çoklu sonuçları hekimlerin etrafını sarıyor, hekimler artık işlerini önceden belirlenmiş kalite kriterleri çerçevesinde, sigorta şirketlerinin koyduğu sınırlılıklar içinde ve meslekten olmayan profesyonel yöneticiler tarafından denetlenerek yapıyordu.

İdari yöneticilere hekimlerden daha fazla güç veren “klinik yönetim”, yani hekim olmayan profesyonel yöneticilerin hekimlerin yaptıkları işleri denetlemesi, ancak yeni yönetim tekniklerinin uygulanmasıyla mümkün olacaktı. Bu teknikler, işbölümünde ileri uzmanlaşma temelinde kuruluyordu ve verimliliğin ve denetlenebilirliğin artırılabilmesi için işin yapılabilir en küçük parçaya bölünmesini ifade ediyordu. Bu çerçevede geliştirilen uygulama tebliğleri, hekimlerin yaptıkları işlerin bütünlüğünü parçalıyor, işi standart, kapsamı daralmış ve daha az karmaşık olan teknik parçalara bölüyordu. Bunun en önemli sonucu, hekimin inisiyatif ve yorum alanının giderek daralması, yapılacak iş için daha az

deneyimin yeterli olmasıydı. Hekimin yorumunun ve inisiyatifinin önemini azaltan sadece yeni yönetim teknikleri değildi, tıpta ileri uzmanlaşma ve tıbbi teknolojilerdeki gelişmeler de bunları zedeliyordu. Geleneksel dönemdeki genel tıp bilgisine vakıf, teşhis ve tedavi sürecinin tamamına hakim olan hekimlerin yerini artık dar bir uzmanlık alanında derinlemesine bilgiye sahip olan, bu nedenle bir yandan diğer alanların uzmanlarına, bir yandan da tıbbi teknoloji ürünlerini üretip kullananlara, yani başka mesleklerle (ve endüstriye) bağımlı olan hekimler ahyordu. Üstelik yeni teknolojiler konusunda karar verme yetkisi hekimlerden çok piyasa dinamiklerine uymayı hedefleyen yöneticilerin elindeydi ve kararlar mesleki gereklilikler doğrultusunda değil, kârlılık doğrultusunda alınıyordu. Kârlılık peşindeki yönetimler bir araç olarak “Toplam Kalite Yönetimi”ni kullanıyor, hastanelerde balık kılçığı diyagramları çiziliyor, 5n+k analizleri yapılıyor, çeşitli istatistiksel süreç kontrolü teknikleriyle maliyeti yüksek ama getirisiz az olan işlemler bertaraf edilmeye çalışılıyordu.

Toplam Kalite Yönetimi temel olarak ‘iç ve dış müşteriler’ kavramlarıyla üretilen ürünü satın alacak olanlar gibi üretenleri de birbirlerinin müşterileri olarak kurgulayan ve farklı tekniklerle maliyetleri düşürüp kârlılığı artırmanın yollarını arayan bir yönetim anlayışıydı. Temelde istatistiksel süreç kontrolüne dayanan ve sorunların nedenlerini ortaya çıkarmada başarılı olan bu tekniklerle sözelimi hastane enfeksiyonlarının azaltılması gibi olumlu sonuçlar alınıyordu. Ancak bu teknikler temelde kârlılığı artırmayı hedefleyen bir anlayışla uygulandığı için asıl hedef hastanelerde işlem sürelerinin, hastaların bekleme ve kalış sürelerinin, taburcu prosedürlerinin kısaltılması, işgücü maliyetlerinin azaltılması ve gelirlerin artırılmasıydı. Toplam Kalite Yönetimi bu konuda da başarılı oldu, ama artık “müşteri” olarak görülen hastaların bekleme sürelerinin azalması ve işletme-has-

tanelerin daha fazla müşteri-hastaya hizmet vermesi, hekimler açısından iş yoğunluğunun artması ve hasta başına ayrılan sürenin azalması anlamına geliyordu. Aynı işin hep daha kısa sürede yapılmasını hedefleyen bu sistem, W.F.Taylor’un yarattığı, kronometre ile işçilerin yaptığı işin süresini ölçüp kıyaslayan ve herkesin kendi işini, işi en kısa sürede yapan işçiyle aynı şekilde yapmasını sağlayarak zaman açısından ‘verimlilik’ sağlayan Taylorist yöntemin bir yansımasıydı. Ama bu yöntem temel olarak seri üretim yapılan fabrikalardaki kitlesel vasıfsız işçileri yönetmek için tasarlanmıştı. Hekimler işçileri yönetmek için tasarlanmış bir sistemle yönetilebilir miydi?

Genel tıp bilgisi zayıflamış ve bilgisi derin de olsa uzmanlık alanıyla sınırlanmış olan hekimlerin kendilerini diğer hekimlerden ayırdedecek deneyim ve yorum gücünün önemi azaldıkça ve hekimlik mesleğinin içeriği giderek yönetilebilir, izlenebilir, değerlendirilebilir kıldıkça hekimler giderek birbirine daha benzer işler yapan, ikame edilebilir işçilere dönüşüyordu. İşin bütünlüğünün bozulması şu anlama geliyordu, artık hasta bir hekimin hastası değildi, farklı uzmanlık alanlarındaki çok sayıdaki hekimin hastasıydı, hekimler bir şey söylemeden önce tıbbi teknoloji ürünlerinin sonuçlarını bekliyorlardı ve hastayla ilgili yapabilecekleri de sigortanın neyi ödediğine, hastanın ne istediğine, diğer uzmanların görüşlerine, tıbbi cihazları üreten ve kullananlara, uygulama tebliğlerine, performans kriterlerine ve hastane yönetiminin politikalarına bağlıydı. Bu tablo hekimlerin klinik içinde mesleki özerkliklerini yitirmelerini yansıtıyordu. Ancak hekimler özerkliklerini ve güçlerini sadece klinikte değil, işgücü piyasasında ve akademik alanda da yitiriyorlardı.

İşgücü piyasasında hekimlerin elini zayıflatan faktörlerden biri, yukarıda değinilen ikame edilebilirlik/değiştirilebilirlik meselesiydi. Bu duruma yol açan nedenlere karşı

mesleki olarak karşı çıkılabildi, ama uzmanlığın giderek daha önemli kabul edilmesi, hekimlerin uzmanlık kimliklerinin hekimlik kimliklerinin önüne geçmesine neden oluyor, bu da ulusal düzeyde hekim örgütlerinin zayıflamasına ve uzmanlığa dayalı çok sayıdaki meslek örgütünün güçlenmesine neden oluyordu. Uzmanlık örgütleri, ikame edilemeyecek derecede ileri uzmanlaşmış olan hekimlerin toplumsal ve ekonomik konumlarını korumakta ve yükseltmekte başarılıydılar, ancak bu durum genel pratisyenlerin konumlarını zayıflatıyor ve hekimler arasındaki dayanışmayı zedeledi. Ulusal meslek örgütlerinin gücü dışarıdan sağlığı kârlı bir özel sektöre dönüştürmeyi hedefleyen neo-liberal devlet tarafından, içeriden de hekimler arası dayanışmayı zedeleyen uzmanlık-pratisyenlik ayrımı tarafından zayıflatılıyordu. Meslek örgütlerinin gücü azaldıkça genel olarak çalışma koşulları kötüleşmekle kalmıyor, Tıp Fakülteleri kontenjanları artıyor, artan emek arzının sonucunda Türkiye örneğinde 1990'ların ortalarında ilk defa hekim işsizliğinden söz edilmeye başlanıyor ve 2000'lerde 'yabancı hekimler' de işgücü piyasasına girmeye başlıyordu.

Tıbbın sadece devletle ilişkisi değil, toplumla da ilişkisi bozulmaya başlamıştı. Hastaların müşteriler haline gelmesinin hastalar açısından olumlu sonuçlarından biri, ancak 'müşteri' olanların, yani ürün veya hizmet satın alacak olanların sesini duyan neo-liberal anlayışın hasta hakları birimlerini ve şikâyet haklarını kurması oldu. Her ne kadar şimdiye dek hasta olarak şikâyet hakkı bulamamış kitlelerin müşteri olarak şikâyet etme hakkına kavuşması hastalar açısından son derece olumlu ve önemli bir gelişme ise de, klinik yönetim sürecinde hekimlerden daha fazla güce sahip olan işletme yöneticileri hasta memnuniyetini hekimler üzerinde denetim kurmanın bir aracı olarak kullanmaya başladılar. Hem hasta memnuniyetinin bu çarpık

kullanımı, hem de malpractice yasası sonrasında hekimlerin zorunlu olarak mesleki sigorta yaptırmaya yönlendirmeleri, hekimlerle hastalar arasındaki ilişkiyi zedeledi. Performansa dayalı ücretlendirme nedeniyle hastalar hekimlerin kendileri üzerinde tıbbi açıdan gereksiz işlemler yapacağı endişesini taşımaya başladılar ve hekimlere duydukları güven azaldı. Güvenin azalması sağlık 'piyasası' açısından çok da kötü değildi çünkü artık bir hekime güvenmeyen hastalar, bir nevi sağlık alışverişine çıkıyor ve birkaç hekime daha başvurarak daha fazla sağlık hizmeti 'satın alıyordu'. Bunun yanında hastaların hekimlere duyduğu güvenin azalması hastaları sıklıkla hikmeti kendinden menkul internet sitelerinin yarattığı bilgi kirliliği içinde kısmi ve doğruluğu şüpheli bilgiler edinmeye itiyordu. Hekimler de hastalara karşı bir yandan hekime yönelik şiddetten, bir yandan da hasta şikâyetlerinin iyi yönetilmemesinden ve kendilerine karşı kullanılmamasından kaynaklanan giderek artan bir şüphe ve mesafe ile yaklaşıyorlardı. Ama elbette Yirminci Yüzyılın sonlarına doğru toplumun tıba yönelik şüphesinin artması sadece tıbbın ticarileşmesinden kaynaklanmıyordu, bu aynı zamanda modern bilime yönelik eleştirilerin ve yükselen postmodernizmin de yankısıydı. Bu yankı, elli yıl önce 'kocakarı ilacı' olan bazı malzeme, araç ve yöntemlerin istikrarlı bir şekilde artan kullanımında kendini gösteriyor, ama ticarileşme konusunda başarılı olan kurumsal tıp bu 'piyasaya' da giriyordu. Tıp fakültelerinde açılan doğu tıbbi ve tamamlayıcı tıp bölümlerinin açılması ve kitle iletişim araçlarında hekimlerin bu geleneksel yol ve yöntemleri savunmaları ile birlikte 'alternatif tıp' 'tamamlayıcı tıp'a evrilerek kocakarı ilaçlarının modern tıpla barışmasını sağlıyordu.

Velhasıl son manzarada hekimler sürekli olarak daha kısa sürede daha fazla işi, üstelik sıkı sıkıya denetlene-

rek yapmak zorunda kalan, özerkliği zayıflamış, işletme çıkarı uğruna çalışan, maruz kaldıkları şiddetin bile özel hastanelerin yönetim kaygıları nedeniyle kayda geçmediği, içindeki küçük elitler dışında genelinin kendi durumundan muhtarip olduğu bir meslek grubu gibi görünüyor. Peki, meslek örgütleri üzerinden değil de sendikalar üzerinden örgütlenselerdi, sağlık işgücünün çoğul yapısının desteğini alsalardı daha güçlü olurlarmıydı? Bu süreçte emek ucuzlarken, hastanelerden önce diğer kurumlar özelleştirilirken, neo-liberal politikalar toplumun diğer kesimlerini vururken onların yanında olsalardı bugün toplum desteğini daha çok hissederler miydi? Eğer hekimlerin konumu tıbbın devletle kurduğu ilişki çerçevesinde belirleniyorsa, hastanede hasta muayene eden doktorlar değilse de laboratuvarlarda, biyokimyasal silahlar gibi devletlerin yeni ilgi alanları üzerinde çalışan hekimlerin statüsü giderek daha fazla mı yükselecek? Tıbbi teknolojilerin yükselttiği maliyetleri düşürmek için hekim emeği daha ne kadar ucuzlatılabilir? Peki hekimlerin içinde kendi çalışma ve yaşam koşullarını ilaç endüstrisi ve akademik kapitalizm ile ilişki kurarak iyileştirmeye çalışanlar başlarını, herkesin boğulayazdığı bu suyun üzerinde daha ne kadar tutabilirler? Kredi kartı ödemesi sonrasında bir tıklama ile semptomların belirtilip hekim ile "online" görüşme yapılan yeni muayeneler, yani e-tıp, tıbbın geleceği mi? Bu yeni gelecek içinde eski ve yeni hekimlerin, yerli ve yabancı hekimlerin, uzman ve pratisyen hekimlerin yeri ne olacak? Bunlar da, bu dönüşümün doğurduğu ve konuşulmayı bekleyen diğer sorular...

Temmuz GÖNÇ ŞAVRAN - Anadolu Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi, Sosyoloji Bölümü, Eskişehir

Levent AKYILDIZ - Özel Mardinpark Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Bölümü, Mardin



İ Sağlık Politikaları Göğüs Hastalıkları Uzmanlık Alanını Nasıl Etkiledi?

İ Fusun FAKILI

fusunfakili@yahoo.com

İ Sağlık Bakanlığı tarafından 2003 yılında uygulamaya başlanan “Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)” çerçevesinde 2004 yılında “Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi (PDEÖS)” yürürlüğe konulmuştur.

Medyada “tam gün yasası” olarak sık sık gündeme geldiği için hatırlatmak isterim ki Türk Toraks Derneği üyelerinin %95’i tam gün çalışmaktadır.

2003 yılında Sağlık Bakanlığı programın amacını “Sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasının temin edilmesi” şeklinde açıklamıştı. 12.05.2006 tarihli bakanlık yönetmeliğinde ise; bireysel ve kurumsal performansın artırılması ile hasta ve çalışan memnuniyeti ibareleri öne çıkarılmıştı. Bu iki değişiklik ile birlikte kurumlar ve hekimler arası haksız bir rekabet ile birlikte iş barışının bozulmasına ve pek çok aksaklığa yol açmıştır.

Performansa dayalı ek ödemenin, hekimin kazancının büyük çoğunluğunu oluşturması, performans puanlarını olması gerekenden daha önemli hale getirmiştir. Girişimsel işlem listesindeki performans puanlarının doğru, adil olmaması ile performans ölçümü için sadece nicelik/volum/sayı üzerinden değerlendirme yapılması, etik ve bilimsel kılavuzlara uygun çalışan hekimleri dolaylı olarak mağdur etmiştir.

Sağlık Bakanlığı Performans ve Kalite Daire Başkanlığı verilerine göre;

Yıllara göre dağıtılan ek ödeme miktarları artarken göğüs hastalıkları

branşının ek ödeme sıralamasındaki yerinin yıllar içerisinde gerilediği görülmüştür.

Bilimsel olarak nasıl olduğumuza gelince; alanımızda 2010 yılında 2005’e göre bildiri sayısı değişmezken yayın sayısı %25 azalma göstermiştir. Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatında hizmet veren göğüs hastalıkları uzmanlarının %96,5’i kongre ve eğitimlere katılımda hastane idaresi ile sorun yaşamadığı ancak sadece %28,2’i kongre ve diğer eğitim faaliyetlerine düzenli olarak iştirak ettiği ve %58,8’i kendini meslekte bilgi ve donanım yönünden gerilemiş hissettiği bilimsel çalışmada gösterildi.

Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrasında Sağlık Bakanlığı istatistiklerine baktığımızda göğüs hastalıkları poliklinik ve yatan hasta oranlarının arttığı görülebiliriz. Bu artışın bir kısmını hastaların hekime ulaşmasındaki kolaylık, işleyen bir sevk zincirinin olmaması ve daha önceki yıllarda Dünya Sağlık Örgütü’nün GARD’a (Kronik Hava Yolu Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı) göre açıkladığı ülkemizde beklenen hasta artışı şeklinde sıralayabiliriz. Ancak unutmamak gerekir ki genç nüfusumuz olmasına rağmen OECD ülkelerinden daha fazla doktora gidiyoruz. Artan hastalara rağmen A grubu olarak sınıflandırılan göğüs cerrahisi operasyon sayısının değişken olduğu ve artışın olmadığı görüyoruz.

2003 yılından sonra Türkiye’de sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı 2012 yılı itibari ile %75’e kadar yükseldiği görülmüştür (TÜİK anketi 2012)

Peki ya bizler?

Çalıştığınız hastane ya da kuruma ne kadar mutlu gidiyoruz?

Hastalarımızla eğitimini aldığımız şekilde mi ilgileniyoruz?

Hastanıza ayıracağınız birkaç dakika içerisinde doğru tanıyı ve tedaviyi belirlemeniz gerekiyor. Göğüs hastalıkları gibi anamnezin önemli ve tanı koydurucu olduğu bir branş için ne yazık.

Doktorların ve diğer sağlık çalışanlarının mutsuz olduğu sağlık sisteminde hastaların anketlerde memnun olduğu görülüyor; neden acaba?

Yıllarca araştırılan ve uygulanan bilimsel tedavilerin önemi televizyondaki medyatik figürün bitkisel tarifinin önüne geçmemesi ne acı... Tüm ilaçlarını kesip acile gelen hastamıza bakarken düşünmeden edemiyor insan...

Ankara Tabip Odasının 2012 yılında yaptırdığı anket sonuçlarında;

Doktorların %83’ünün “nitelikli sağlık hizmeti veremiyoruz” dediği, halkın %65’inin güven duymadığı sağlık sisteminden Sağlık Bakanı’nın memnun olması, hekimler arasında da şaşırtıcı olduğu kadar üzüntü verici bir durum olarak yorumlanıyor.

Sağlıkta şiddet oranlarının artması ile ölüm ya da ciddi yaralanma olmayan sağlık çalışanı olayları haber niteliğini çoktan yitirdi, kanıksandı, sıradan yerel haberlere dönüşmeye başladı. Ülkemizde artan şiddet olaylarından bütün kesimler gibi sağlık çalışanları da olumsuz etkilen-

mehtedir. Beyaz kod ve diğerk şiddet önleyici önlemlerin henüz etkinliğı gösterilemedi. Halen Türkiye’de 284 hastanenin %79’unda şiddet olayları görüldüğü sağık bakanlığının resmi 2012 verilerinde görülebilir.

Hastanelerde Kalite Yönetmeliğı uygulanmaya başlamasıyla sevindirici bir şekilde hastane yönetim ve uygulamalarında bir standart geleceğı öngörölmüştü. Japonya’nın sanayide oldukça başarılı uyguladığı kalite standartları sağıkta hasta (müşteri) memnuniyeti çerçevesinde birleşti. Kalitede hedef daha az hata, daha çok çalışma ve artan performans olmaya başladı. Medyada 7/24 çalışan kamu ve özel hastane haberlerini görürüz.

Hastalar daha mutlu olmalı daha fazla...

Çok çalışan ancak mutsuz olan sağık çalışanları için sağık problemleri de kaçınılmazdır.

Aşırı çalışmadan dolayı ölüm “Karoshi” 1970’li yılların sonunda literatüre girmiştir. Karoshi, 4 hafta ya da daha uzun sürede, haftada ortalama 65 saat ve üzeri ya da 8 hafta ve daha uzun sürede, haftada 60 saat veya üzeri çalışma sonucu, aşırı iş yükü ile beraber, hipertansiyon, aterosklerozis gibi sağık sorunlarının bir araya gelmesiyle oluşkan miyokard enfarktüsü gibi akut kalp yetmezliğı ve serebrovasküler hastalıkları sonucu ölüm ya da kalıcı çalışmama/kalıcı sakatlık durumu olarak tanımlanmaktadır. Karoshi bizlere çok yakın görünüyor.

Mesleğimizle ilgili bir diğerk psikiyatrik durum ise “Tükenmişlik Sendromu” dur. Tükenme kavramı ilk olarak Freudenberg tarafından ortaya atılmış ve daha sonra Maslach ve Jackson tarafından geliştirilmiştir. Uzun dönemli iş stresinin tükenmişliğe yol açtığını söyleyen Maslach, tükenmişliğı profesyonel bir kişinin mesleğinin özgün anlamı ve amacından kopması, hizmet verdiği insanlar ile artık ger-

çekten ilgilenmiyor olması biçiminde tanımlamıştır. Tükenmişliğin ana belirtilerini enerji kaybı, motivasyon eksikliğı, diğerklerine karşı negatif tutum ve aktif olarak diğerklerinden geri çekilme oluşturmaktadır.

Ne dersiniz siz ya da çevrenizde kaç hekim bu şekilde hissediyor?

Maalesef doktorların çoğı mutsuz, tükenmiş ve gelecekte umutsuz görünüyor. Sağık bakanlığının “doktor memnuniyet istatistiğı” olmadığı için rakam veremiyorum (TÜİK 2012, Sağık Bakanlığı 2012 istatistik verileri).

Tüm bu eleştirilerden sonra Sağık Bakanlığı’nın hekimler, meslek örgütleri ve diğerk sivil toplum örgütleri ile birlikte sağıkta dönüşümü tekrar gözden geçirmesi ve toplum sağığını geliştirecek, gelecekteki tıbbı yön verecek bir çizgiye ulaşılmasını uzlaşi ile varacağını umut ediyorum.

Fusun EAKILI - Gaziantep Şehitkamil Devlet Hastanesi

Kongre’den Bir Enstantane



Kongrede eğlendiğimiz anlardan biri. Resimde soldan sağa sırayla Kongre Sekreteri Begüm Ergen, Kongre Başkanı Kıvılcım Oğuzölgen, Dernek Başkanı Sedat Altın, Cemal Cingi ve Gelecek Başkan Arzu Yorgancıoğlu yer alıyor. Cemal Cingi zaten renkli kişiliğı ile kongremize önemli bir renk kattı. Arzu Yorgancıoğlu kıyafetiyle, muhteşem kahkahasıyla yine ön plandaydı. Resimde göze çarpan ayrıntılar: Herkes sağ eliyle puanını kaldırırken, Sedat Altın sol elini kullanıyor ve güçsüz bir kaldırış sergiliyor; diğerkleri karşıya bakarken Cemal Cingi farklı bir yöne bakıyor; Kıvılcım Oğuzölgen ve Begüm Ergen’in puan verirken kendilerinden emin halleri gözden kaçmıyor; ama yine de diğerk jüri üyelerinin 8 puan verdiği performansa Begüm Ergen’in neden 5 puan verdiğini anlamak güç...



Hukuksal Açıdan Biber Gazi

Avukat - Turgut KAZAN

kazan@turgutkazan.av.tr



1. KISA BİR GİRİŞ

Başlıktan anlaşılacağı gibi, biber gazını sağlık açısından değerlendirmek, benim görev alanıma girmez. Ama, Türkiye'deki kullanımın polis şiddeti olup olmadığını belirlemek için, doğan sonuçlara göz atmak gerekir. Bir kere, başta Türk Toraks Derneği olmak üzere, Türk Tabipler Birliği, Tabip Odaları ve Dr. E. Murat TUZCU gibi bilim insanları bu gazın çok tehlikeli olduğunu hep anlattılar, anlatıyorlar. Astım ataklarını tetikleyerek ve kalp/solunum/sinir sistemini etkileyerek ölümlere yol açtığı vurgulandı, vurgulanıyor. *Ve Prof. Dr. TUZCU "1980'lerden bu yana, ABD'de binden çok kişinin biber gazı nedeniyle öldüğünü" belirtiyor.* Nitekim, Hopa'da Metin LOKUMCU, Yalova'da Çayan BİRBEN, Kadıköy'de Serdar KADAKAL, Ankara/Kızılay'da İrfan TUNA, Tunceli'de polis memuru Ahmet KÜÇÜKDAĞ'ın bu etki veya tetikleme sonucu yaşamlarını yitirdiği söyleniyor. Ayrıca, gazın çok olumsuz başka etkileri var. Belki, binlerce insan bu etkilere maruz kaldı. Onlarda nasıl ve hangi zararlara yol açtığı (henüz) bilinmiyor.

Ama asıl önemlisi, gaz kapsüllerinin tüfekte atış biçimi, Abdullah CÖMERT, Berkin ELVAN örneklerinde olduğu gibi, ölümcül sonuçlar yarattı, yaratıyor. Ve Lobna Al LAMİ, Dilan ALP, Meral DÖNMEZ, Mustafa Ali TOMBUL, Berkin'in cenazesi kaldırılırken İsa KARAMAN ve en son SİLVA'n'da 10 yaşındaki Mehmet EZER gibi çok sayıda insan, başından veya gözünden vurularak yaralandı. Volkan KESANBİLİCİ, Erdal SARIKAYA, Uğur YILDIRIM, Çağdaş KÜÇÜKBATTAL, Hülya ASLAN, Sarp VAHABİ gözünü kaybetti, çok sayıda insan sakat kaldı. Bütün bu

örnekler, ülkemizdeki gaz kullanımında, kesinlikle ve sürekli olarak şiddet eşiğinin aşıldığını gösteriyor. Dolayısıyla, bizim de olayı "işkence ve kötü muamele yasağı" kapsamında değerlendirmemiz gerekiyor.

2. BARIŞÇI GÖSTERİLER YASAKLANAMAZ VE KEŞİNLİKLE BİBER GAZI KULLANILAMAZ

Gösterilerde biber gazı kullanımını tartışırken, önce kökleşmiş bir yanlış düzeltmek istiyoruz. Bir kere, toplantı ve gösteri için izin koşulu yoktur. Salt bildirimde bulunmuş olmak yeterlidir. (Balçık ve diğerleri/TÜRKİYE kararı) Eğer, ansızın gündeme girmiş bir sorunu, örneğin polis şiddetiyle gerçekleşmiş bir ölümü protesto için gösteri yapıyorsa, bildirim koşulu aranmaz. Bildirim yapılmamıştır gerekçesiyle, gösteri yasaklanmaz, yasaklanamaz. Ve bu hak idarenin belirlediği alanlarla sınırlı tutulamaz. Kamuya açık her alanı kullanmak mümkündür. (Galstyon/ERMENİSTAN ve Kesk-Disk/TÜRKİYE kararları)

Ayrıca, bazı göstericilerin şiddet kullanması, topyekun yasaklama nedeni olmayacağı gibi, marjinal denilen grupların da gösteri yapma hakkı vardır. (Ezelin/FRANSA kararı) İşte, toplantı ve gösteri hakkı konusunda, AIHM kararlarıyla yerleşmiş olan Avrupa Birliği Müktesebatı budur. Gösteri hakkı, ifade özgürlüğünü topluca kullanabilme biçimidir. Yani, demokrasinin bel kemiğidir. Asla idarenin takdirine bırakılamaz. Olur olmaz nedenlerle kısıtlanamaz, yasaklanamaz. Dolayısıyla, bildirimli/bildirimsiz barışçı hiçbir toplantı ve gösteriye karşı biber gazı kullanılamaz. Böyle bir durumda, gaz kullanımını ihlal sayılır. Ölçülülük/orantılılık tartışması yapılmaz. Öncelikle bu gerçeğin bilinmesi gerekir.

3. TÜRKİYE'DEKİ BİBER GAZI KULLANIMI ULUSLAR ARASI STANDARTLARA AYKIRIDIR

Biliyorsunuz, Başbakan ERDOĞAN Türkiye'deki gaz kullanımının Avrupa Birliği müktesebatına uygun olduğunu sıkça tekrarladı. Ve yaşadığımız acıları yaratan polisin destan yazdığını vurgulayarak, yetkilerini daha da arttıracaklarını belirtti, kendilerine teşekkür etti. Dolayısıyla, Avrupa Birliği müktesebatına ve Birleşmiş Milletler kurallarına atfı yaparak, Türkiye'deki gaz kullanımını tartışılıp aydınlatılmalıdır. Evet, Polis Vazife ve Salahyetleri yasasına göre (md.16) polis zor kullanma yetkisine sahiptir. Biber gazı da, bu zor kullanma araçlarından biridir. Ve Birleşmiş Milletler üyesi ülkelerle, Avrupa Birliği ülkelerinde de, biber gazı kullanıldığı doğrudur. Ama, bizdeki kullanımının uluslararası standartlara aykırı olduğu açıktır. Nitekim, Avrupa Konseyi Genel Sekreteri Thorbjorn Jagland, Birleşik Milletler İnsan Hakları Yüksek Komiseri Navi Pillay ve Birleşik Milletler Genel Sekreteri Banki Moon'un açıklamaları bu iddiayı çürütmüştür.

Öncelikle, uluslararası alanda iki Birleşmiş Milletler belgesi var. Biri, BM Genel Kurulunun 1979'da kabul ettiği "Kolluk Görevlilerinin Davranışlarına İlişkin Kurallar"dır. Diğeri de, 1990'da kabul edilen "Kolluk Görevlileri Tarafından Kuvvet ve Ateşli Silah Kullanılması Hakkındaki Temel İlkeler"dır. (Bu iki belge için bakınız, M. Semih GEMALMAZ, Uluslararası İnsan Hakları Hukuku Belgeleri, 2. Cilt, sh. 969/992, İstanbul, Legal, 2010)

Söz konusu belgelerde, ancak başka çare kalmamışsa güç kullanılacağı ve kesinlikle ölçülü/orantılı olunacağı vurgulanıyor. Ayrıca, olaylarla ilgili

bulunmayanların zarar görme risklerini en aza indirecek dikkatin gösterilmesi ve etkilenen kişilere en erken yardım/destek verecek tıbbi müdahale imkanının temini isteniyor.

Yine uluslar arası standarda baktığımız zaman, Birleşmiş Milletler “İşkenceye ve Diğer Zalimane, İnsanlık dışı veya Aşağılayıcı Muamele veya Cezaya Karşı Sözleşmesi”nin denetim organı olan İşkenceye Karşı Komite’nin, Kanada’daki biber gazı kullanımını uygunsuz ve kaygı verici bulduğunu görüyoruz. Ve kolluğun güç kullanımına ilişkin olarak, Birleşmiş Milletler İşkence Özel Raportörü’nün raporunda da, “polis güçlerinin orantısız kullanılması zalimane, insanlık dışı veya aşağılayıcı muamele veya ceza kavramı içinde yer alır” deniyor. (Bakınız, Araştırmacı Görevli Dr. İzzet Mert ERTAN, MHB, 32. Yıl, Sayı 1, 2012, sy 51/69)

4. AİHS’NİN 3. MADDESİNE GÖRE DURUM

Hemen belirtelim ki, biber gazı kullanımıyla ilgili AİHM içtihadı, (gazeteci dostumuz Sedat ERGİN’in deyiimiyle) ülkemizdeki ihlallere göre şekillendi, şekilleniyor. (Bakınız, Hürriyet Gazetesi, 07.02.2014, 13.03.2014) Bu konudaki ilk karar 05.12.2006 günlü Oya ATAMAN/TÜRKİYE kararıdır. Orada, maruz kalınan gazın yarattığı zarar sağlık raporuna bağlanmadığı için, kötü muameleyle dair ihlal iddiasının kabul edilmediği açıklanırken, zarara yol açacak gaz kullanımının 3. Madde kapsamında değerlendirileceği apaçık anlaşılmıştır.

Sonra, AİHM 10.04.2012 günlü Ali GÜNEŞ/TÜRKİYE kararında, Avrupa İşkenceyi ve İnsanlık Dışı veya Onur Kırıcı Ceza ve Muamelelerinin Önlenmesi Komitesi (AİÖK/CPT) tavsiye kararına atf

yaparak ihlal kararı verdi. Gerçekten, AİÖK’nin tavsiye kararına göre, “*biber gazı potansiyel olarak tehlikeli bir maddedir ve kapalı alanlarda kullanılmaması gerekir.*”Ve “*istisnai olarak açık alanlarda kullanma ihtiyacı doğduğunda, koruyucu önlemler alınması, maruz kalan kişilere derhal tıp doktoruna erişim ve rahatlatıcı imkan sağlanması, uyarı yapılması ve üçüncü kişilerin zarar görmemesi için önlem alınması*” gerekir.

Evet, Ali GÜNEŞ kararında, bu tavsiyeler ışığında ve olaydaki gaz kullanımı nedeniyle, AİHS’nin 3. maddesinin ihlal edildiği sonucuna varılmıştır. Demek oluyor ki, kullanıma başlayabilmek için, mutlaka bir zorunluluk bulunacak. Yani, şiddet veya şiddet tehlikesini önleyebilmenin başka yolu kalmayacak. Ve asla sınır aşılmayacak. Dolayısıyla, yasadışı da olsa, barışçı bir gösteriye karşı, asla biber gazı kullanılmayacak, kullanılamayacak. İşte, bu tavsiyelere uyulmadığı vurgulanarak, (Ali GÜNEŞ kararında) gaz kullanımı kötü muamele sayılıp 3. Maddenin ihlal edildiğine karar verilmiştir.

AİHM üçüncü olarak (27.11.2012 günlü Disk-Kesk/TÜRKİYE kararında, “gaz kullanımının çok ciddi sağlık sorunlarına yol açabileceği kaygısını hatırlatarak” ve Ali GÜNEŞ/TÜRKİYE kararına atf yaparak, “hastane içine gaz kullanmanın gerekli veya orantısız kabul edilemeyeceğini” belirtmiştir.

AİHM’nin gaz kullanımı ve TÜRKİYE hakkındaki son kararı, 16.07.2013 günlü Abdullah YAŞA/TÜRKİYE kararıdır. Burada direkt ve gergin atış değerlendirmesi yapılırken, aynen şöyle denildiğini görüyoruz:

“.....her ne kadar video kayıtlarından göz yaşartıcı bombanın nasıl atıldığına açık olarak görölme

olanağı bulunmasa da, etkisi ve sebebiyet verdiği yaralanmalar dikkate alındığında, Mahkeme, başvuranın iddia ettiği gibi atışın direkt ve gergin bir atış olduğunu çan şeklinde yapılan bir atış olmadığını gözlemlemektedir..... Hükümet tarafından başvuranın iddiasını çürütmeye olanak sağlayabilecek her hangi bir bilgi sunulmadığı için, Mahkeme, yapılan atışın doğrudan ve gergin bir atış olduğunu kabul etmektedir. Mahkemeye göre, göz yaşartıcı bombanın bir araç vasıtasıyla doğrudan ve gergin olarak atılması, bu şekilde bir atışın ciddi ve hatta ölümcül yaralanmalara sebebiyet verebileceği gerçeği karşısında, uygun bir kolluk eylemi olarak kabul edilemeyecektir.....”

“.....Üstelik mahkeme,göz yaşartıcı bomba kullanımını düzenleyen spesifik hükümler bulunmadığı gibi kullanım şekline ilişkin her hangi bir talimatın da yer almadığını gözlemlemektedir. 28 ve 31 Mart 2006 tarihlerinde Diyarbakır’da meydana gelen olaylar esnasında iki kişinin göz yaşartıcı bomba atılması sonucu ölümü ve başvuranın da bu nedenle yaralanması olguları dikkate alındığında, polis memurlarının büyük bir özgürlükle hareket ettikleri ve düşüncesizce inisiyatif aldıkları sonucunun çıkarılabileceği düşünülmektedir.....Mahkemeye göre, bu durum Avrupa’daki çağdaş demokratik toplumlarda bulunması gerekli bulunan kişilerin fiziksel bütünlüklerini koruma düzeyinde teminat sunmaya olanak sağlamamaktadır.....”

“.....Yukarıda belirtilenler dikkate alındığında, sözleşmenin 3. maddesinin gereklilikleri bağlamında yukarıda tasvir edilen koşullarda başvuranın mağduru olduğu kuvvet kullanımının duruma uygun bir karşılık (hareket tarzı) olduğunun kanıtlanamadığı ve istenilen amaçla, yani barışçıl olmayan bir gösteriyi dağıtma amacıyla, orantılı olmadığı tespit edilmektedir.....”

“.....Dolayısıyla, sözleşmenin 3. maddesi ihlal edilmiştir.....”

5. ÇIKARILAN GENELGE HİÇ UYGULANMIYOR DİREKT ve YAKIN ATIŞ AYKEN DEVAM EDİYOR

Bu AİHM kararı üzerine, Emniyet Genel Müdürlüğü 26.06.2013 ve 22.07.2013 günlü iki genelge düzenlemiş. Genelgeler Avrupa Konseyi İnsan Hakları Komiserliği'ne gönderilerek, “biber gazı tüfeklerinin göstericilere doğrultularak ateşlenmemesi” ve “göstericilere ancak 40 metre uzaktan ateşlenebilmesi” kurallarının getirildiği duyurulmuş. Ancak, o günden bu güne, BERKİN'in cenaze töreni dahil, İstiklal Caddesi'nde, Kadıköy'de ve bütün

Türkiye'de gaz tüfekleri 3/5 metreden (amirlerin gözüne sık/gözüne sık talimatıyla)göstericilere doğrultularak ateşleniyor. Gerçek budur. Ve Türkiye'deki biber gazı kullanımı, kesinlikle Avrupa Birliği Müktesebatına aykırıdır.

Özetleyecek olursak, Gezi Parkı'nda uyuyanların üzerine, kaçanların üzerine, duranların üzerine, karnaval havasında çocuklarıyla gülüp eğlenilenlerin, türkü söyleyenlerin/dinleyenlerin, konser verenlerle/izleyenlerin üzerine, evlerin, otellerin, hastanelerin içine insafsızca gaz kullanıldı, kullanılıyor. Böyle bir uygulamayı yapanlar/yaptıranlar TCY'nın kasten yaralama (md. 86), işkence (md. 94), eziyet (md. 96), düşünce ve kanaat özgürlüğünü engelleme (md. 115), genel güvenliği tehlikeye düşürme (md. 170), zor

kullanma yetkisini aşma (md. 256), görevi kötüye kullanma (md. 257) suçlarını işlerler, işlemişlerdir. Belki, bugün hesap sorulmuyor olabilir. Ama, böyle bir gaz kullanımının, AİHM kararlarına göre, (AİÖK'nin tavsiyesi doğrultusunda) işkence ve aşağılayıcı muamele sayıldığı unutulmamalıdır. Bizim TCY'nın 94. maddesi de, AİHS'nin 3. maddesiyle aynıdır. İŞKENCE başlığını taşıyan bu madde “Bir kişiye karşı insan onuruyla bağdaşmayan ve bedensel veya ruhsal yönden acı çekmesine, algılama veya irade yeteneğinin etkilenmesine, aşağılanmasına yol açacak davranışları gerçekleştiren kamu görevlisi (nin)” 12 yıla kadar hapis cezasına çarptırılmasını öngörüyor. Ve “bu suçtan dolayı zamanaşımı (nın) işleme (yeceği)” belirtiliyor. Hatırlatmayı görev sayıyorum.





Bir kongre böyle geçti...

İ.Kıvılcım OĞUZÜLGEN

17. Yıllık Kongre Başkanı | ikoguzulgen@gmail.com

İ Türk Toraks Derneği'nin diğer bir yıllık kongresini daha geride bırakmış bulunuyoruz. Dolu dolu geçen bu kongre ile ilgili yaşananları sizlerle paylaşmak isterim.

Bir yıllık bir çalışmanın ürünü olan kongrenin teması "sağlıklı bir nefes için" doğayı korumaktı. Katılımcılara dağıtılan doğal bez çantalar içinde geri dönüşümlü kağıttan imal edilen not defterleri ve doğa dost bambu kalemler ile tema desteklendi. Kongre merkezinin pek çok yerinde geri dönüşüm kutuları kondu (Fotoğraf 1).



Fotoğraf 1: Bambu kalemler

Rakamlara bakacak olursak kongrede 1490 katılımcı vardı. Hekimlerin kongreye katılımlarıyla ilgili pek çok olumsuzluğun yaşandığı şu günlerde katılımcı sayısının önceki yıllara göre artmış olması sevindiriciydi. Toplam 168 oturum gerçekleştirildi. 3 günde 785 bildiri sunuldu. Artan bildiri sayıları da her şeye rağmen meslektaşlarımızın araştırmaları yaptıklarının, ilginç olgularını tartışmak istediklerinin en güzel kanıtıydı (Fotoğraf 2). Bildirileri ile katılan 150 üyemize derneğimiz tarafından tam, 36 üyemize kısmi burs verildi (Fotoğraf 3). 20 tanesi açılıшта, 8 tanesi kapanışta olmak üzere 10 farklı kategoride toplam 28 ödül sahiplerini buldu (Fotoğraf 4). Bu yıl ilk

defa verilen Prof. Dr. İzzettin Barış Hizmet ödülünü, Prof. Dr. Mustafa Artvinli ve Prof. Dr. Mustafa Özemi hocalarımız aldılar.

Üç günde 3 ana oturum gerçekleştirdik: **Sağlık ve hukuk açısından göz yaşartıcı gazların kullanımı, Küresel iklim değişikliğinin sağlık etkilerini önleyebilir miyiz** ve



Fotoğraf 2: Poster salonu

Güncel sağlık politikalarının neden olduğu sorunlar ve hekimlik üzerine etkileri. Bu sene bir yenilik olan paraleli olmayan ana oturumlar herkesi şaşırtacak derecede doluydu.

Ülkemizin geçirdiği gergin seçim sürecinin ardından gerçekleşen kongre, hepimize sadece bilimsel değil sosyal anlamda da iyi geldi. Sıcak ve



Fotoğraf 3: Burs rozeti



Fotoğraf 4: Ümit vaad eden bildiriler panosu



Fotoğraf 5: Karaoke yarışması

samimi paylaşımlara hasret kalmışız meğer. Meslektaşlarımızla özlem giderdik, bol bol sohbet ettik, akşamları eğlendik. Şubeler arası Karaoke yarışması kongre sosyal programına damgasını vuran öğelerden biri oldu (Fotoğraf 5). Kongre öncesi yarışma için katılımcı bulmak kolay olmadı, ancak yarışma öyle sıcak bir havada geçti ki, o anda grup kuranlar, daha önce katılmak istemeyip te katılanlar ile birlik ve beraberliğin özlediğimiz resmini görme şansımız oldu. Asistanından uzmanına, kıdemli hocasına kadar sahneyi dolduran ve en yüksek puanı alan İzmir Şubesi birinci oldu. Ancak yarışma öyle ciddiye alındı ki, ertesi günlerde “seneye biz iddialıyız” diyenler, “bize haksızlık yapıldı” diyenler, ertesi gün tekrarını talep edenler oldu. Tüm bunlar ortak paylaşımların hala ne kadar değerli olduğunun bir kanıtıydı.

Kongre TV bu yıl kongrenin renklerinden biriydi (Fotoğraf 6). Pa-



Fotoğraf 6: Kongre TV

ralet oturumda dinleyemediğimiz meslektaşlarımızı, derneğimiz ile ilgili bilgileri, kongre merkezinden görüntüleri, katılımcıların yorumlarını, stand alanlarını odalarımıza kadar getirdi. İlk defa bir kongremizde bu kadar çok sosyal paylaşım da yapıldı. Facebook, twitter ve instagramda #toraks2014 ile yapılan paylaşımlarla kongreye katılamayan meslektaşlarımız, adeta kongreyi evlerinden takip ettiler. Akciğer temalı cam füzyon sergisi ise kongrenin diğer bir rengiydi (Fotoğraf 7).

Kongrenin 3. günü yapılan basın toplantısına ilgi büyüktü. Nitekim kongre ile ilgili haberler, özellikle ana oturumlar basında büyük yer buldu (Fotoğraf 8). Hedef akciğer sağlığını tehdit eden konularda farkındalığın artırılmasıydı, hedefe ulaşıldı...

Kongrenin amacımız sağlıklı bir nefes için gücümüzü birleştirmekti. Bizler kongre komitesinin üyeleri olarak bunun için çalışmıştık (Fotoğraf 9). 363 yerli, 16 yabancı konuşmacı ve oturum başkanının bilimsel katkıları, endüstrinin desteği, organizasyon firmamız olan Sere nas'ın emekleri ile, dışardaki Akdeniz güneşinden aldıkları enerjilerini oturumlara yoğun ilgi göstererek



Fotoğraf 9: Organizasyon komitesi



Fotoğraf 8: Basın toplantısı



Fotoğraf 7: Cam füzyon sergisi

aktaran katılımcılarla her anlamda amacına ulaşan bu kongre için emeği geçen herkese teşekkür etmek istiyorum. Bir yıl sonra yeni bir kongrede, yeni hatıralar oluşturmak için buluşmak dileğiyle (Fotoğraf 10)...

*İ.Kıvılcım OĞUZÜLGEN -
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Göğüs Hastalıkları AD Ankara*



Fotoğraf 10: Kongre hatırası



Kongrenin Ardından Bülent KARADAĞ

bkaradag@hotmail.com

Oldukça yoğun ve başarılı bir kongre geçirdik. Günboyu süren bu yoğunlukta biraz nefes alabilmeniz için sizlere değişik bir sosyal program hazırlamaya çalıştık. Ana felsefemiz “hem eğlenelim, hem öğrenelim” oldu.

Gelin hızlıca bir bakalım neler yaşadık birlikte!

Açılış törenleri kongrelerin zarfı gibidir. Kongreye başlarken herkesin heyecanını daha yoğun görebilmek mümkün olur bu törenlerde. Bu nedenle hızlı bir girişle açılış töreninden sonra Tuncay Kayış ve Golden Trombone Orkestrası bizimle oldu. Cumhurbaşkanlığı Senfoni Orkestrası Trombon Şefliği sonrası Golden Trombone Grubunu kuran Kayış uluslararası platformda beğeni toplayan bir sanatçı. Klasik, jazz, blues, rock, pop, Anadolu ezgilerini kendi üslubu ile birleştiren grupla kongremize keyifli bir giriş yaptık.

Biz doktorlar iş yoğunluğundan hobilerimize zaman ayıramadığımızdan şikayet eder dururuz. Aslında istenirse çok şeyler yapılabileceğine iyi bir örnek olarak immünoloji alanında ülkemizde önde gelen isimlerden biri olan Prof. Dr. Olcay Yeğin'i davet ettik kongremize. Kendisi bir hobi olarak başlayan ama şu anda Türkiye'nin öncüleri arasında oldu-

ğu kelebek gözlemciliğini çok güzel görüntüler eşliğinde paylaştı. Yurtdışından gelen konuşmacılardan da katılımın olduğu diyalöşlede ülkemizin zenginliklerine bir kez daha hayran kaldık. Olcay Hoca'nın da dağ tepe demeden Hakkari'den Artvin'e içindeki coşkunun sesini takip edişinin öyküsünü izlemek anılarımızda unutulmaz bir yer bıraktı.

Türk Mutfağı ile hep övünürüz ama bir türlü dünyaya kendimizi tanıtmayız. Bu konuda çalışmayı misyon edinmiş Mutfak Dostları Derneği'nden Osman Serim, bize UNESCO tarafından somut olmayan kültür hazinesi olarak tanınan Türk Kahvesini bilmediğimiz yönleriyle anlattı. Aynı zamanda 2008'de kurulan Türk Kahvesi Kültürü ve Araştırmaları Derneği Yönetim Kurulu üyesi olan Serim'in renkli sunumuna katılanlar bir yandan kahvelerini yudumlarken bir yandan da kahvenin insanlık tarihindeki önemli öyküsünü dinlediler.

Sağlık politikalarının günlük yaşamımızı ne kadar etkilediği malumunuz. Bu konuda hepimizin tanıdığı iki değerli hocamız, Osman Elbek ve Zeki Kılıçaslan geçtiğimiz yıl içinde iki değerli yayına imza attılar: Kapitalizm Sağlığa Zararlıdır ve Aşırı Teşhis (Sağlık adına hasta etmek). Günümüzde doktor-hasta ilişkisinde sağlığın ticari bir sektör haline dönüştürülmesinden kaynaklanan sorunları tartışmak için uygun bir platform oldu. Katılımcılar bu tarzdaki toplantıların her yıl tekrarlanmasını beklediklerini ifade ettiler.

İlk günün son etkinliği de Karaoke Yarışması idi. İlk kez düzenlenen Şubeler arası Karaoke Yarışmasına

umduğumuzdan çok büyük bir ilgi oldu. Jüri üyelerinin renkli yorumları, katılımcıların coşku dolu performansları izleyenlere keyifli zaman geçirtti. Çekişmeli geçen yarışma sonrasında İzmir Şubesi muhteşem performansı ile birinci olurken, Çocuk Göğüs Hastalıkları grubu ikincilikle yetindi. Tahmin edileceği üzere bazı şubelerden sonuçlara itiraz olması gelecek sene de çekişmenin devam edeceğinin işaretlerini verdi.

Gala yemeğinde istedik ki, herkes eğlensin. Geniş yelpazede bir müzik repertuarı olan Emir Yeşil ve Dolapdere Project aklımıza gelen ilk isimlerden biriydi. Daha ilk parçadan itibaren katılımcıların pisti işgali gecenin sonuna kadar devam etti. Program bittiğinde herkes bir sonraki parçayı bekliyordu.

Kongrenin son gecesi genellikle biraz hüznüldür. Normal hayata dönmekten yumuşak bir geçiş amacıyla düzenledik son geceyi. Sosyal medya ve tıp deyince ülkemizin önde gelen ismi genç meslektaşımız Sertaç Doğanay, “Türkler şifayı nerede arıyorlar” başlıklı konuşmasında hastalar ve doktorlar açısından internetin sağladığı imkanlar açısından işimize çok yarayacağını düşündüğümüz güncel bilgiler edindiğimiz toplantı interaktif olarak bilgimizi zenginleştirdi.





Sinema tutkunları yeni nesilden umut vaadeden yönetmen Pelin Esmer'in 2012 yılında Altın Koza Film Festivali'nde en iyi yönetmen ödülünü aldığı Gözetleme Kulesi filmini çok beğendiler. Filmin sonunda salondan gözyaşları içinde ayrılırken

bir yandan da filmin final seçenekleri konusunda sohbetler devam ediyordu.

Bu kongrede sabah erken kalkanları da düşündük. Sabahları Dr. Eda Tuğtepe ile Yoga etkinliği de ilk kez

yapıldı ve güne zinde başlamak isteyenler için iyi bir fırsat oldu. Ayrıca Prof. Dr. Cemal Cingi'nin eşsiz cam eserleri sergisi de kongre katılımcılarının beğenisini kazandı. Hem çok iyi bir akademisyen, hem de değerli bir sanatçı olan hocamız katılımıyla kongreye renk kattı.

Kongreler Düzenleme Komitesi'nde görev alanlar için stresli geçern anlardır. Son ana kadar bir aksilik olmasın diye diken üstünde olursunuz ve ne yazık ki kongreden zevk alamazsınız. Ancak bu kongrede biz bile Kongre Düzenleme Komitesi olarak çok eğlendik. Ekip olma ruhunu yaşattığı için başta Kongre Başkanımız Kıvılcım Oğuzülgen olmak üzere tüm arkadaşlarıma teşekkür ederim. Umarım sizlerde de "Bir hoş sada" bırakabilmişizdir.

Bülent KARADAĞ - Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Hastalıkları AD, Çocuk Göğüs Hastalıkları BD, İstanbul

Türk Toraks Derneği'nin Facebook üzerinden düzenlediği fotoğraf yarışmasında dereceye girip kongre bursu kazanan asistanlarımız ve derece alan fotoğrafları

Nilüfer Aylin Acet



Rahime Özgür Işığibol



Serkan Uysal



I Kongre Komitesi olarak ilk kez 17. kongre sırasında, Arzu Yorgancıoğlu başkanlığında toplandık, ekip olarak tanışma imkanımız oldu. Bu toplantıda; 07 Mayıs 2014'de bazı kararlar almak ve fikir alışverişinde bulunmak üzere tüm ekip olarak tekrar toplanıp kongre hazırlıklarına fiilen başlamaya, hayalimizdeki kongreyi ortaya çıkartabilmek için beyin fırtınası yapmaya karar verdik.

07 Mayıs 2014 toplantımızda, oturma şablonunu ve genel oturma sayılarını, çalışma gruplarına verilecek oturma sayılarını belirlemek için kullanacağımız kriterleri belirledik ve bir ön çalışma yaptık. Cemal Cingi'nin hazırlamış olduğu poster taslaklarını gözden geçirdik, kongre organizasyon firması belirlendikten sonra onların tasarımlarını da görmeye ve grafiker arkadaşlarımızdan da yardım aldıktan sonra tekrar görüşmeye karar verdik.

Bu arada 09 Mayıs 2014'de MYK toplantısında 18. Kongre organizasyon firması olarak Serenas firması, kongre oteli olarak Titanic Otel,

kongre tarihi olarak da 01-05 Nisan 2015 belirlendi.

Mayıs ayı içinde, şubelerden, uzman temsilcimiz Eda Uslu'dan ve asistan temsilcimiz Barış Çil'den konre konuları olarak önerileri istendi. Bunlardan bazıları bize ulaştı. Mayıs ayının son günlerinde kongre sırasında GYK'dan ve kongre katılımcılarından anketler aracılığı ile aldığımız konu önerilerini, şubelerden, uzmanlarımızdan ve asistanlarımızdan aldığımız konu önerilerini çalışma gruplarına yollayarak onların da yorum ve önerilerini isteyeceğiz.

Bu yıl kongremizde ilk kez video olgu sunumları, ayrıca yeni formatta yuvarlak masa toplantıları ve yine paralelsiz ana oturumlar hazırlıyoruz.

Hep birlikte 1-5 Nisan 2015 tarihinde Titanic Otel'de düzenlenecek olan 18. Yıllık Kongremizde buluşmayı bekliyoruz.

Bir sonraki bültende görüşmek üzere. Hoşçakalın

*18.Kongre ekibi adına
Dr. Füsun TOPÇU*

18. Kongre Ekibi:

Bilimsel Komite Başkanı

Dr. Sibel Atış Naci
(Mersin Ü. Tıp. Fak., Mersin)

Kongre Sekreteri

Dr. Göksel Kıtır
(Pamukkale Ü. Tıp.Fak, Denizli)

Bilimsel Program Sorumlusu

Dr.Canan Demir
(Atatürk GHGC EAH, Ankara)

Bildiri Sorumlusu

Dr.Yavuz Havlucu
(Celal Bayar Ü.Tıp Fak., Manisa)

Basın İlişkileri Sorumlusu

Dr.Tunçalp Demir
(İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fak, İstanbul)

Mali Sekreter

Dr. Mehmet Ali Habeşoğlu
(Başkent Ü. Tıp Fak, Adana)

Uzman Temsilcimiz

Eda Uslu
(İstanbul)



Yıllık Kongre Açılış Töreninde Verilen Ödüller

PROF. DR. İZZETTİN BARIŞ HİZMET ÖDÜLÜ

Mustafa Artvinli, Mustafa Özesmi



GENÇ ARAŞTIRICI TEŞVİK ÖDÜLÜ

Erkan Çakır



YILIN ÇALIŞMA GRUBU ÖDÜLÜ:

Klinik Sorunlar Çalışma Grubu



YILIN ŞUBESİ ÖDÜLÜ

Batı Karadeniz



YAYINLANMIŞ KONGRE BİLDİRİSİ ÖDÜLÜ

1. High Risk of Malignant Mesothelioma and Pleural Plaques in Subjects Born Close to Ophiolites. Chest. 2013; 143(1):164-171.

Mehmet Bayram, İsa Döngel, Nur Dilek Bakan, Hüseyin Yalçın.



2. Effects of Nutritional Supplementation Combined with Conventional Pulmonary Rehabilitation in Muscle-Wasted Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Prospective, Randomized and Controlled Study. *Respirology*. 2013 Apr;18(3):495-500. doi: 10.1111/resp.12019

Alev Gürgün, Hale Karapolat, Sami Deniz, Mehmet Argın,



3. The Validation of the Turkish Version of Asthma Control Test Quality of Life Research 2013; 22: 1773-79

Mehmet Atilla Uysal, Dilşad Mungan, Arzu Yorgancıoğlu, Füsün Yıldız, Metin Akgün, Bilun Gemicioğlu, Haluk Türktaş



ÜMİT VADEDEDEN BAŞARILI ÇALIŞMA ÖDÜLLERİ PULMONER REHABİLİTASYON VE KRONİK BAKIM ÇĞ

"Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Komorbidite ve Fonksiyonel Kapasitenin Kinezyofobi ile İlişkisi"

Naciye Vardar Yağlı, Ebru Çalık Kütükçü, Melda Sağlam, Deniz İnal İnce, Hülya Arıkan, Lütfü Çöplü

AKCİĞER VE PLEVRA MALİGNİTELERİ ÇĞ

"Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Lokal-İleri Evre Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri Üzerine Prognostik Etkisi"

Fatma Yıldırım, Murat Türk, Ahmet Selim Yurdakul, Can Öztürk



SOLUNUM YETMEZLİĞİ VE YOĞUN BAKIM ÇĞ

"Türkiye'de Akut Solunum Yetmezliğinde Noninvazif Mekanik Ventilasyon Kullanımına Göğüs Hastalıkları Doktorlarının Yaklaşımı"

Aylin Özşancak Uğurlu, Begüm Ergan, Huriye Berk Takır, Erdal İn, Özlem Ertan Edipoğlu, Ezgi Özyılmaz, Eylem Tunçay, Ege Güleç Balbay, Aslı Görek Dilektaşlı, Pervin Korkmaz Ekren, Sevinç Sarınc Ulaşlı, Mustafa Ilgaz Doğrul, Tülay Kıvanç, Elif Yılmazel Uçar, Şehnaz Olgun, Özkan Devran, Recai Ergün, Zuhul Karakurt



SOLUNUM SİSTEMİ ENFEKSİYONLARI ÇĞ

"Türk Toraks Derneği Pnömoni Veri Tabanındaki Sağlık Bakımı İlişkili ve Toplumda Gelişen Pnömoni Olgularının Karşılaştırılması"

Canan Gündüz, Sezai Taşbakan, Abdullah Sayiner, Ayşın Şakar Coşkun, Feride Durmaz, Aykut Çilli, Burcu Çelenk, Oğuz Kılınç, Seda Salman, Armağan Hazar, Fatma Tokgöz, Nurdan Köktürk, Dr. Sakine Nazik, Ayten Filiz

KLİNİK SORUNLAR ÇĞ

"Akut Masif Pulmoner Tromboemboli Tedavisinde Unfraksiyone Heparine karşı Düşük Molekül Ağırlıklı Heparin Kullanımının Hemoraji ve Hastane Mortalitesi Açısından Karşılaştırılması"

Elif Yılmazel Uçar, Metin Akgün, Ömer Araz, Hakan Taş, Buğra Kergat, Mehmet Meral, Hasan Kaynar, Leyla Sağlam



ÇOCUK GÖĞÜS HASTALIKLARI ÇG

“Çocuklarda Non Spesifik İzole Kronik Öksürük”

Özlem Yılmaz, Arzu Bakırtaş, Hacer İlbelge Ertoyl Karagöl, Erdem Topal, İpek Türktaş



DENEYSEL ARAŞTIRMALAR ÇG

“Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri Hücrelerinde Yeni bir TDP2 İnhibitörü ve Etoposid ile Sinerjisi”

Yasemin Saygıdeğer Kont, Sanjay Adikhari, Christina Kraus, Tsion Minas, Neşe Atabey, Jeffrey Toretsky, Aykut Üren



TANI YÖNTEMLERİ ÇG

“Multimedya Bilgilendirmenin Bronkoskopi İşlemi Üzerine Etkisi”

Ersin Günay, Sevinç Sarınc Ulaşlı, Serdar Kokulu, Gürhan Öz, Olcay Akar, Erman Bağcıoğlu, Elif Doğan Baki, Mehmet Ünlü

ASTIM- ALLERJİ ÇG

“Obezite-Astım Fenotipi: Erişkinlerde Obezitenin Astım Seyrine Etkisi”

Zeynep Çelebi Sözen, Ömür Aydın, Dilşad Mungan, Zeynep Mısırlıgil



ÇEVRESEL VE MESLEKİ AKCİĞER HASTALIKLARI ÇG

“Taksim Bölgesi Halkının Göz Yaşartıcı Gazlar Karşısında Solunumsal Bulguları (105 Olgu Deneyimi)”

Eda Uslu, Gülcihan Özkan, Fatih Torlak, Peri Arbak, Elif Dağlı



KOAH ÇG

“Türkiye’de Göğüs Hastalıkları Pratiğinde Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığına Yönelik Tedavi Yaklaşımları: Çok Merkezli Gerçek Yaşam Çalışması”

Elif Şen, Salih Zeki Güçlü, Işıl Kibar, Ülkü Bolol, Hikmet Tereci, Veysel Yılmaz, Onur Çelik, Filiz Çimen, Füsün Topçu, Meltem Orhun, Aylin Konya, İdilhan Ar, Dr. Sevgi Saryal



ACTELİON PULMONER VASKÜLER SİSTEM ARAŞTIRMA ÖDÜLÜ

İsimler: Ersin Günay, Sevinc Sarınc Ulaşlı, Emre Kaçar, Bilal Halıcı, Ebru Ünlü, Kamil Tünay, Gülay Özkececi, Tülay Koöken, Mehmet Ünlü.

Can platelet indices predict obstruction level of pulmonary vascular bed in patients with acute pulmonary embolism? Clin Respir J 2014; 8: 33–40. doi: 10.1111/crj.12031

17. Yıllık Kongre

Kapanış Töreninde Verilen Ödüller

SÖZLÜ SUNUM BİRİNCİLİK ÖDÜLÜ

"Kızartma Yağına Maruziyetin Pulmoner Etkilerinin Araştırılması: Deneysel Çalışma"

Arif Hikmet Çımrın, Aylin Özgen Alpaydın, Seda Özbal, Melis Toprak, Osman Yılmaz, Funda Uluorman, Bekir Uğur Ergör, Sait Cemil Sofuoğlu

SÖZLÜ SUNUM İKİNCİLİK ÖDÜLÜ

"Pulmoner Arterial Hipertansiyonlu Hastalarda Egzersiz Kapasitesinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi"

Bahri Akdeniz, Serap Acar, Sema Savcı, Ebru Özpelit, Didem Karadibak, Buse Özcan, Can Sevinç

SÖZLÜ SUNUM ÜÇÜNCÜLÜK ÖDÜLÜ

"Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanserinde Mir221 Ve Mir222'nin Biyobelirteç Olarak Değeri"

Yasemin Müşteri Oltulu, Ender Coşkunpınar, Engin Aynacı, Pınar Yıldız, İlhan Yaylım

LOKMAN HEKİM SAĞLIK VAKFI SARIAY İKİNCİLİK ÖDÜLÜ

"İstanbul İkrâm İşletmelerinde Sigara Yasağına Uyumun Değerlendirilmesi"

Pınar Ay, Efza Evrengil, Murat Güner, Elif Dağlı

DR. ELGİZ PEKDEMİR ÜMRANIYE VEREM SAVAŞI DERNEĞİ ÖDÜLÜ

"ÇİD-TB Harici İlaç Dirençlerinde Tedavi Sonuçlarının Değerlendirilmesi"

Hamza Ogun, İpek Özmen, Elif Yıldırım, Tülay Törün, Aslıhan Ak, Haluk Celalettin Çalışır

POSTER SONUMU BİRİNCİLİK ÖDÜLÜ

"Başkent Ankara'da Göz Yaşartan Gazlarla Karşılaşan Bireylerin Solunum Sağlığı (86 Olgunun Analizi)"

Çağla Filiz Uyanusta Küçük, Aslıhan Ilgaz, Hikmet Fırat, Tansu Ulukavak Çiftçi, Serdar Akpınar, Bülent Çiftçi, Selma Fırat Güven, Selen Bilekli, Arif Müezzinoğlu, Eda Uslu, Peri Arbak, Elif Dağlı

POSTER SUNUMU İKİNCİLİK ÖDÜLÜ

"Yenidoğan Dönemindeki Solunum Sorunlarında Bronkoskopinin Önemi"

Tuba Koçkar, Sedat Öktem

POSTER SUNUMU ÜÇÜNCÜLÜK ÖDÜLÜ

"Akut solunum yetmezliği ile yoğun bakıma yatan hastalarda yoğun bakım ve 12 aylık mortalite: Komorbiditelerin rolü nedir?"

Huriye Berk Takır, Zuhale Karakurt, Cüneyt Saltürk, Feyza Kargın, Melih Balcı, Bünyamin Burunsuzoğlu, Esra Akkütük, Özlem Moçin, Nalan Adıgüzel, Gökay Güngör

17. Kongremiz gerek üyelerimizden, gerekse diğer paydaşlarımız ve yabancı konuklardan aldığımız geri bildirimlere göre çok büyük bir başarıya ulaşmıştır. Tüm olumsuz çalışma koşullarına ve engellere rağmen katılımcı sayısı yine 1500 kişiyi geçmiştir.

Kongre’de hem akademik çalışma, hem de klinik pratiğe yönelik en son bilgiler paylaşılmış, gündemimizi ilgilendiren üç ana tema üzerine toplantılar yapılmış, sosyal program üyelerimizce büyük beğeni toplamıştır.

Bu başarılı Kongreyi hazırlayan ve aşağıda isimleri belirtilen TTD 17. Yıllık Kongre Komitesi’ne tüm üyelerimiz adına en içten şükran ve minnetlerimizi sunmak istiyoruz.

- Çalışkanlığı, titizliği ve nezaketi ile yetkin bir liderlik sergileyen Kongre Başkanı **Kıvılcım Oğuzülgen**’e,
- Büyük bir özveri ile tüm Çalışma Grupları, Şubeler ve MYK ile Komite’nin sinerjik koordinasyonunu sağlayan Kongre Sekreteri **Begüm Ergan**’a
- Hem akademisyenleri hem de klinisyenleri geliştiren konuları Çalışma Gruplarıyla birlikte seçerek en yeni bilgileri en etkin şekilde veren üstün nitelikte bir program ortaya koyan Bilimsel Program Sorumluları: **Ferda Öner Erkeköl** ve **Zeynep Pınar Önen**’e,
- Eğlence öğelerini mükemmel bir şekilde harmanlayarak tüm katılımcıları mutlu eden bir program hazırlayan Sosyal Komite Başkanı **Bülent Karadağ**’a,
- Gelen bildirilerin objektif bir şekilde değerlendirilmesini sağlayarak sözlü bildirileri ve posterleri en iyi şekilde organize eden Bildiriler Sorumlusu **Ezgi Özyılmaz**’a,
- Yabancı konukların Kongremize bilimsel katkı sağlamaları, derneğimiz

ile ATS-ERS ve Hindistan toraks derneğinin ortak işlere imza atmalarını sağlayan, konuklara ülkemizi en iyi şekilde tanıtan Dış İlişkiler Sorumlusu **Özen Kaçmaz Başoğlu**’na,

- Kongremizde paylaşılan önemli bilgilerin halkımıza ve yetkililere ulaşması için gerek Kongre öncesi gerekse Kongre sonrasında etkin basın faaliyetleri yürüten, ekibiyle her gün Kongre Gazetesini hem katılımcılara hem de elektronik ortamda diğer üyelere ulaştıran Basın Sorumlusu **Ayşın Şakar Coşkun**’a,



- Tüm harcama ve gelir kalemlerini tek tek ve ayrıntılarıyla inceleyerek, bundan sonraki tüm bilimsel faaliyetlerimize finans kaynağı sağlanması için yoğun emek sarf eden Mali Sekreter **Oğuz Uzun**’a,
- Kongre Programında alanda çalışan uzmanlarımızın eğitim ihtiyaçlarının yer almasını sağlayarak üst düzeyde memnuniyeti gerçekleştiren değerli uzman temsilcimiz **Rabia Engin Ünver**’e,
- Kongreye katılım ve bilimsel katkı sağlayan **tüm meslektaşlarımıza**,

- Kongremizin gerçekleşmesinde maddi desteği hiçbir zaman eksik olmayan **ilaç ve tıbbi endüstri firmalarına**,

TTD Okul Komitesi, Kongre öncesinde düzenlenen 13 kursu çok büyük bir başarı ile organize etmiştir. Üyelerimizin güncel eğitim ihtiyaçlarını karşılayan kurs içeriklerinin belirlenmesinden, kurs alt yapısının ve lojistik sorunların çözümüne kadar geçen emek yoğun bir süreçte büyük bir özveri ile çalışan Okul Başkanımız **Oya İtil**, Okul Sekreteri **Yavuz Havlucu** ve **Okul Komitesi’nin diğer üyelerine**,

Tüm bilimsel çalışmaları titizlikle inceleyerek, “Ümit vaat eden çalışmalar”, “Yayınlanmış bildiriler” ve diğer tüm ödüllere layık görülen çalışmaları seçen, gençlerimizin yabancı bilim insanlarıyla tanışarak yurtdışı çalışmalara adım atmasını sağlayan “Fellowship” oturumunu organize eden Bilimsel Komite Başkanımız **Elif Dağlı**, Dış İlişkiler Sorumlumuz **Fusun Yıldız**, Komite Üyeleri **Dilşad Mungan**, **Bilun Gemicioğlu**, **Zuhal Karakurt** ve **Öner Dikensoy**’a,

Çok başarılı Bilimsel Program içeriğini Kongre Komitesiyle birlikte uyum içinde hazırlayan **Çalışma Gruplarımızı**,

Üyelerimizin beklentilerini ileten, burslu asistanları seçen ve Kongre’nin tanıtımını yapan **Şubelerimize**,

Cam işlemeciliği ve renkli karakteriyle kongremize imzasını atan sevgili **Cemal Cingi**’ye,

Kongre’de emeği geçen ve burada adını sayamadığımız **tüm meslektaşlarımıza**, en içten teşekkürlerimizi sunarız.

- Kongrenin hatasız geçmesini sağlayarak her aşamada profesyonelliklerini ortaya koyup, katılımcıların olumlu geri bildirimlerini sağlayan Serenas firmasına en içten teşekkürlerimizi sunarız.

I Kongre ile ilgili Basında Yer Alan Haberler



Yeni Dönem Çalışma Grupları

AKCİĞER NAKLİ

Dr. Adalet Demir



Başkan

Dr. Nur Dilek Bakan

Sekreter

Dr. Gül Dabak

Üye

Dr. Bedrettin Yıldızeli

Üye

Dr. Merih Balcı

Üye

Dr. İbrahim Onur Alıcı

Üye

Dr. Erdal Yekeler

Üye

ASTIM VE ALERJİ

Dr. Gül Karakaya



Başkan

Dr. Ferda Öner Erkeköl

Sekreter

Dr. Kıvılcım Oğuzölgen

Üye

Dr. Rana Işık

Üye

Dr. Ömür Aydın

Üye

Dr. Gülden Paşaoğlu

Üye

Dr. Dane Ediger

Üye

AKCİĞER PATOLOJİSİ

Dr. Kemal Bakır



Başkan

Dr. Gülay Özbilim

Sekreter

Dr. Hakan Çernik

Üye

Dr. Derya Gümürdülü

Üye

Dr. İrem Hicran Özbudak

Üye

Dr. Nalan Akyürek

Üye

Dr. Ali Veral

Üye

ÇOCUK GÖĞÜS HASTALIKLARI

Dr. Fazilet Karakoç



Başkan

Dr. Zeynep Seda Uyan

Sekreter

Dr. Demet Can

Üye

Dr. Ayşen Bingöl

Üye

Dr. Erkan Çakır

Üye

Dr. Güzin Cinel

Üye

Dr. Refika Ersu

Üye

AKCİĞER VE PLEVRA MALİGNİTELERİ

Dr. Ahmet Selim
Yurdakul



Başkan

Dr. Ahmet Bircan

Sekreter

Dr. Meftun Ünsal

Üye

Dr. Pınar Yıldız

Üye

Dr. Nazan Şen

Üye

Dr. Dilek Ernam

Üye

Dr. Kutsal Turhan

Üye

ÇEVRESEL VE MESLEKİ AKCİĞER HASTALIKLARI

Dr. Peri Arbak



Başkan

Dr. İpek Özmen

Sekreter

Dr. Fatma Evyapan

Üye

Dr. Hilal Altınöz

Üye

Dr. Metin Akgün

Üye

Dr. Emel Kurt

Üye

Dr. İnsu Yılmaz

Üye

DENEYSEL ARAŞTIRMALAR

Dr. Figen Deveci



Başkan

Dr. Özge Yılmaz

Sekreter

Dr. Öner Dikensoy

Üye

Dr. Ali Naycı

Üye

Dr. Nesrin Sarıman

Üye

Dr. Canan Demir

Üye

Dr. Ayşe Bilge Öztürk

Üye

KOAH

Dr. Nurdan Köktürk



Başkan

Dr. Alev Gürgün

Sekreter

Dr. Ali Kocabaş

Üye

Dr. Sibel Atış Naycı

Üye

Dr. Elif Şen

Üye

Dr. Mehmet Polatlı

Üye

Dr. Fatma Çiftci

Üye

GÖĞÜS CERRAHİSİ

Dr. Selim Şakir
Erkmen Gülhan



Başkan

Dr. Tamer Altınok

Sekreter

Dr. Volkan Baysungur

Üye

Dr. Muhammed Reha Çelik

Üye

Dr. Özgür Samancılar

Üye

Dr. Ali Cevat Kutluk

Üye

Dr. Uğur Temel

Uzman
Temsilcisi

PULMONER REHABİLİTASYON VE KRONİK BAKIM

Dr. Pınar Ergün



Başkan

Dr. Tuğba Göktalay

Sekreter

Dr. Elif Özarı Yıldırım

Üye

Dr. Lutfiye Kılıç

Üye

Dr. Sema Savcı

Üye

Dr. Deniz İnal İnce

Üye

Dr. Öznur Yıldız

Üye

KLİNİK SORUNLAR

Dr. Gülfer Okumuş



Başkan

Dr. Zeynep Pınar Önen

Sekreter

Dr. Göksel Altınışik

Üye

Dr. Oğuz Uzun

Üye

Dr. Nesrin Moğulkoç

Üye

Dr. Savaş Özsu

Üye

Dr. Benan Müsellim

Üye

SAĞLIK POLİTİKALARI

Dr. Levent Akyıldız



Başkan

Dr. Canan Demir

Sekreter

Dr. Şerif Kurtuluş

Üye

Dr. Rabia Engin Ünver

Üye

Dr. Nilüfer Kongar

Üye

Dr. Eda Uslu Tuğtepe

Üye

Dr. Yücel Kırancı

Üye

Dr. Şule Akçay

Üye

Dr. Haluk Celalettin Çalışır

Üye

SOLUNUM SİSTEMİ İNFEKSİYONLARI

Dr. Ayşin Şakar
Coşkun



Başkan

Dr. Ayşe Yılmaz

Sekreter

Dr. Abdullah Sayiner

Üye

Dr. Aykut Çilli

Üye

Dr. Cenk Babayiğit

Üye

Dr. Füsün Öner Eyüboğlu

Üye

Dr. Hüsnü Pullukçu

Üye

TÜBERKÜLOZ

Dr. Tülin Sevim



Başkan

Dr. Aylin Babalık

Sekreter

Dr. Filiz Duyar Ağca

Üye

Dr. Onur Fevzi Eren

Üye

Dr. Suha Özkan

Üye

Dr. Şeref Özkara

Üye

Dr. Şakir Hakan Aksu

Üye

SOLUNUM YETMEZLİĞİ VE YOĞUN BAKIM

Dr. Begüm Ergan



Başkan

Dr. Emin Akkoyunlu

Sekreter

Dr. Gökay Güngör

Üye

Dr. Öner Balbay

Üye

Dr. Ezgi Özyılmaz

Üye

Dr. Aydın Çiledağ

Üye

Dr. Zuhale Karakurt

Üye

Dr. Turgay Çelikel

Onursal
Başkan

TÜTÜN KONTROLÜ

Dr. Cengiz Özge



Başkan

Dr. Çağla Uyanusta Küçük

Sekreter

Dr. Oğuz Kılınç

Üye

Dr. Ali Nihat Annakkaya

Üye

Dr. Banu Salepçi

Üye

Dr. Gülin Erkmen

Üye

Dr. Osman Elbek

Üye

TANI YÖNTEMLERİ

Dr. Metin Özkan



Başkan

Dr. Gamze Kırkıl

Sekreter

Dr. Elif Yelda Niksarlıoğlu

Üye

Dr. Gaye Ulubay

Üye

Dr. Asli Görek Dilektaşlı

Üye

Dr. Sevinç Sarıncı Ulaşlı

Üye

Dr. Ömer Özbudak

Üye

UYKU BOZUKLUKLARI

Dr. Hikmet Fırat



Başkan

Dr. Özen Kaçmaz Başoğlu

Sekreter

Dr. Selma Fırat Güven

Üye

Dr. Mehmet Ali Habeşoğlu

Üye

Dr. Önder Öztürk

Üye

Dr. Sebahat Genç

Üye

Dr. Bülent Çiftçi

Üye

Yeni Dönem Şube Yönetim Kurulları

AKDENİZ

Dr. Önder Öztürk		Başkan
Dr. Şule Kaya		Sekreter
Dr. İrem Hicran Özbudak		Mali Sekreter
Dr. Münire Çakır		Üye
Dr. Necati Koç		Üye

ANKARA

Dr. Uğur Gönüllü		Başkan
Dr. Elif Küpeli		Sekreter
Dr. Haluk Türктаş		Üye
Dr. Selma Fırat Güven		Üye
Dr. Dicle Kaymaz		Üye
Dr. Ebru D. Çelebioğlu		Üye
Dr. Serap Duru		Üye

BATI ANADOLU

Dr. Hüseyin Yıldırım		Başkan
Dr. Hülya Yolaçan		Sekreter
Dr. Fatih Demircan		Mali Sekreter
Dr. Fazilet Yalçın		Üye
Dr. Ahmet Akın		Üye

BATI KARADENİZ

Dr. Tacettin Örnek		Başkan
Dr. Fatma Erboy		Sekreter
Dr. Murat Altuntaş		Mali Sekreter
Dr. Hakan Tanrıverdi		Üye
Dr. Leyla Yılmaz Aydın		Üye
Dr. Ali Kılıçgün		Üye
Dr. Fırat Uygur		Üye

ÇUKUROVA

Dr. Sebahat Genç		Başkan
Dr. Eylem Sercan Özgür		Sekreter
Dr. Pelin Duru Çetinkaya		Mali Sekreter
Dr. Mehmet Ali Habeşoğlu		Üye
Dr. Gülsüm Tezçağırır		Üye
Dr. Özlem Berktaş		Üye
Dr. Sedat Kuleci		Üye

DOĞU ANADOLU

Dr. Bünyamin
Sertoğullarından



Başkan

Dr. Selami Ekin

Sekreter

Dr. Ahmet Arsoy

Mali Sekreter

Dr. Fuat Sayır

Üye

Dr. Hülya Günbatar

Üye

İSTANBUL

Dr. Hatice Türker



Başkan

Dr. Gülcihan Özkan

Sekreter

Dr. Ersan Atahan

Sayman

Dr. Nalan Adıgüzel

Bülten Sorumlusu

Dr. Ela Erdem Eralp

Üye

Dr. Gülhan Ayhan

Üye

Dr. Tülin Çağatay

Üye

DOĞU KARADENİZ

Dr. A. Berna Dursun



Başkan

Dr. Yıldırım Bekar

Sekreter

Dr. Ünal Şahin

Mali Sekreter

Dr. Mustafa Çetinkaya

Üye

Dr. Fatma Sungur Toksoy

Üye

İZMİR

Dr. Can Sevinç



Başkan

Dr. Aylin Özgen Alpadyın

Genel Sekreter

Dr. Özlem Ediboğlu

Mali Sekreter

Dr. Feza Bacakoğlu

Üye

Dr. Aysın Şakar Coşkun

Üye

Dr. M. Sezai Taşbakan

Üye

Dr. Şeyda Örs Kaya

Üye

GÜNEYDOĞU ANADOLU

Dr. Güngör Ateş



Başkan

Dr. A. Füsun Topçu

Sekreter

Dr. Özgür Atlı

Mali Sekreter

Dr. Refik Ünlü

Üye

Dr. Hilal Ermiş

Üye

Dr. Recep Işık

Üye

Dr. Erdal İn

Üye

İÇ ANADOLU

Dr. Tahir Taha Bekçi		Başkan
Dr. Hıdır Esme		Sekreter
Dr. Mehmet Yavşan		Mali Sekreter
Dr. Kemal Ödev		Üye
Dr. Tamer Altınok		Üye
Dr. Mustafa Çalık		Üye
Dr. Celalettin Korkmaz		Üye

MARMARA

Dr. Ercüment Ege		Başkan
Dr. Ezgi Demirdöğen Çetinoğlu		Sekreter
Dr. Aslı Görek Dilektaşlı		Mali Sekreter
Dr. Ahmet Ursavaş		Üye
Dr. Funda Coşkun		Üye
Dr. Dane Ediger		Üye
Dr. Yakup Canitez		Üye

ORTA KARADENİZ

Dr. Oğuz Uzun		Başkan
Dr. Aygül Güzel		Sekreter
Dr. Özgür İnce		Mali Sekreter
Dr. Hakan Polat		Üye
Dr. Tibel Tuna		Üye

KUZEYDOĞU ANADOLU

Dr. Elif Yılmazel Uçar		Başkan
Dr. Buğra Kerget		Sekreter
Dr. Ömer Araz		Mali Sekreter
Dr. Esra Ekbiç Kadioğlu		Üye
Dr. Yener Aydın		Üye

ORTA ANADOLU

Dr. Mustafa Demirel		Başkan
Dr. Ömer Önal		2. Başkan
Dr. Şakir Hakan Aksu		Sekreter
Dr. Şevket Murat Apaydın		Mali Sekreter
Dr. Levent Avşaroğulları		Üye
Dr. Azize Üzel		Üye
Dr. Serdar Berk		Üye



I Akademide “5P Sendromu”

I Salih TOPÇU

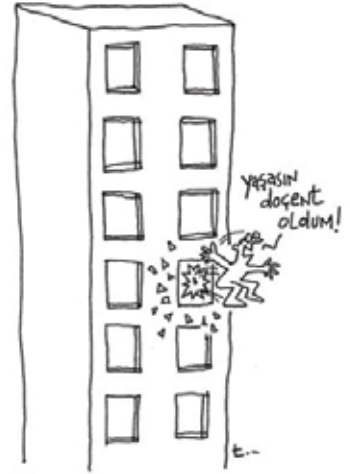
I Karikatürler: Prof. Dr. Tayfun Akgül -İTÜ

drsaliht@yahoo.com

I Son aylarda Sağlık Bilimleri alanında, bilimsel başarı gösterip Doçent olan ve akademik başarı gösterip Profesörlüğe atanan arkadaşlarımızı kutlarım. Bu başarı, yılların emeği ve birikimi nedeniyle onların hakkı. Söylemek bana düşer mi bilmem, her biri Anabilim Dallarının övüncü...

Bu yazımın “hak edenler” veya “hak edeceklerle” ilgisi yok. Akademik yaşamda gözlediğim bir gelişim (ya da dönüşümü) paylaşmak istiyorum. Aslında benzer şeyler diğer alanlar için de söylenebilir. Bu yazıda akademik alana yüzeysel bir bakış yer alıyor. Ben bu dönüşümü “**5P sendromu**” olarak isimlendirdim.

En baştan söyleyeyim. Ülkemizde eğitim hastanelerinde eğitici ya da akademik titri olanlar, uzmanlık branşlarında ne kadar çok olursa branş olarak o kadar güçlüdür. En azından branşım olan Göğüs Cerrahisi için böyle düşünüyorum. Biline...



1.P: Palmiye

Göğüs Cerrahisi gibi pek çok branş eskiden **Palmiye** ağacı gibiydi. Üstte bir kaç duayenden oluşan bir dalı vardı. Aşağıdaki gövde budanmış dallardan oluşuyordu. Kök ise hiç hesaba katılmazdı. Kimler budanmadı ki? Şöyle bir etrafınıza bakın. Orta kıdemdeki hemen hemen tüm profesörler. Büyük çoğunluğu TUS ile ihtisasa başlamış. “Duayenler” ise aileden gelme, asistokrattı. O tepedeki dallar süreç içerisinde görev ve misyonlarını tamamladı. Her biri aklımızda duayen olarak kaldı.

2.P: Piramit

Palmiye dönemi on yıl öncesine dek sürdü. Misyonunu tamamlayan hocalarımız çekilince budanan dallar yeni sürgünler olarak çıktı. Göğüs Cerrahisi Camiası da Palmiye ağacından **Piramite** dönüştü. Herkese bir umut, heyecan ve şevk geldi.

3.P: Plato

Son on yılda ise Sağlık Bilimlerinde Piramitten **Plato’ya** dönüşmeye başladık.

- Sağlık Bakanlığı bu dönüşümü yönergeleri ile hızlandırdı. Şeflik sisteminden “eğitici” kadrolarına geçildi. Piramidin simgesi şeflik sistemi yıkıldı. İdari ve eğitim sorumlusu kavramı ile (eski sistemde belki de şefin altında çalışacak liyakatte olanlar için) siyasi yakınlık temel alınarak atamalar yapıldı (!).
- YÖK her ile fakülte açtı. Her fakültede branş anabilim dalımız kuruldu. Böylece öğretim üyesi sayımız (sayı !) yetkinleşti. Eğitim verebilmek için anabilim dalı kadroları artırıldı.



- Siyasi yönetimin kadrolaşma çabası nedeniyle “kökleşmiş”, kurumsallaşmış fakültelerde bile yeni kadrolar “ihlâs edilerek” sayısal artımlar yapıldı.
- Ülkedeki siyasi çalkantılar, kurumların alt üst oluşu ile değişik ortam ve fırsatlar yaratıldı. Bu durum alışılmış dışı titr almalrı getirdi.



4P: Pancarlaşma

Günümüzde Plato evresi de bitmek üzere. Bundan sonra **Pancarlaşma** evresi başladı. Pancarlaşma yani Piramidin tersine dönmesi.

Toprağın altında iken (baskı, ceza ve susturulmanın yoğun olduğu dönemde) bu yapı dayanak bulur, desteklenir ve beslenir. Toprağın üstüne çıkarıldığında (ülke gerçeklerle yüz yüze geldiğinde) dik durması beklenemez.

Bu yapının örneklerini eskiden ya da günümüzde, kayırmacılığın en yoğun olduğu bazı kurumlarımızda-sporadik de olsa- görmek olası. Üst akademik titre sahip onlarca kişiden oluşan “hantallaşmış” anabilim dallarını mutlaka biliyorsunuzdur.

Pancar gibi devrilme önce, öz saygının yitimi, değersiz hissetme duygusu yaratmakta. Sonra, sorumsuzluk, verimsizlik ve yozlaşmayı getirmekte. Bulunduğunuz ortamı koklayın. Değersizleşmenin, yozlaşmanın ve çürümüşlüğün kokularını alırsınız.



5.P: Perişanlık

Ülkenin siyasi iklimi, mesleki ve akademik ortamda çalışma ve başarma duygusunu çürütücü olunca son aşamaya gelinmektedir. Buna da **Perişanlık** evresi denebilir. Mesleki tatminimiz, çalışma hevesimiz kalmamakta, üstelik ürettiğimiz değerlere de saygı duyulmamakta. Bırakalım 500-600 kişilik amfilerde hakkıyla yetişemeyen doktor sayısını, insanlar elini sallasa akademik titri olan bir doktora degecek, yakında...

İçimden gelmediğinden mi yoksa çaresizlik pompalamaktan korktuğumdan mı bilmem; altıncı “P”yi yok sayıyorum. Pişmanlık...

Osmanlının son zamanlarında, İstanbulluların neredeyse yarısı “Paşa” idi. Paşa paşa Osmanlının yıkımını ve işgali seyrettiler. Çünkü onlar nasılsa unvanı kapmışlardı. Köşkte oturuyorlardı. Sırça köşkleri başlarına yıkılana kadar aymazlıklarını sürdürdüler. Neyse ki köşkte oturmayan ve ülkelerinin sorunlarını dert edinen paşalar da vardı. Dönemin bir paşası olan Mustafa Kemal’in, o koşullar için “*Milletin bağımsızlığını yine milletin azim ve karar kurtaracaktır.*” dediği gibi, bizim de bu perişanlığa düşmemizi bizden başkası önleyemeyecektir.

Saygılarımla...





Diyafragma Pil Uygulamaları

Aydın ŞANLI

aydin.sanli@deu.edu.tr

Giriş:

Solunum sisteminin en önemli dinamik organı olan diyafragmanın değişik nedenlerle işlevsiz kalması sonucu oluşan kronik solunum yetmezliği [KSY] ve buna bağlı ventilatöre bağımlılık; hastayı, hekimleri ve hasta yakınlarını ilgilendiren ciddi bir klinik durumdur. Yaklaşık 70 yıldır bilim insanları bu konu ile ilgilenmişler ve elektriksel uyarı ile sinir stimülasyonu üzerine çalışmışlardır. Özellikle 1960'lı yıllardan sonra gelişen biyomedikal mühendislik bilimi sayesinde oldukça faydalı cihazlar geliştirilmiştir [1].

Tarihçe:

1940'lı yıllarda Sarnoff ilk kez polio sekelli hastalarda kaslara elektrik vermek suretiyle çalışmalar yapmıştır. 1960'lı yıllarda ise frenik sinir stimülasyonu [FSS] araştırmaları başlamış ve radyofrekans [RF] sistemlerinin uyarı iletiminde kullanılması ile 1988 yılında Glenn tarafından RF-FSS kombinasyonlu cihazlar geliştirilmiştir. 1990'lı yıllarda gözlenen bazı çekinceler ve amyotrofik lateral skleroz [ALS] hastalığında mevcut FSS sistemlerinin yetersiz kalması sonucu direkt olarak diyafragmanın uyarıldığı ve frenik siniri kullanmayan sistemler geliştirilmeye başlanmış ve Onders ve arkadaşlarınca 2000 yılında diyafragma pil stimülasyon sistemi [DPSS] kullanılmaya başlanmıştır [2].

Solunum Anatomisi, Fizyopatolojisi ve Diyafragma:

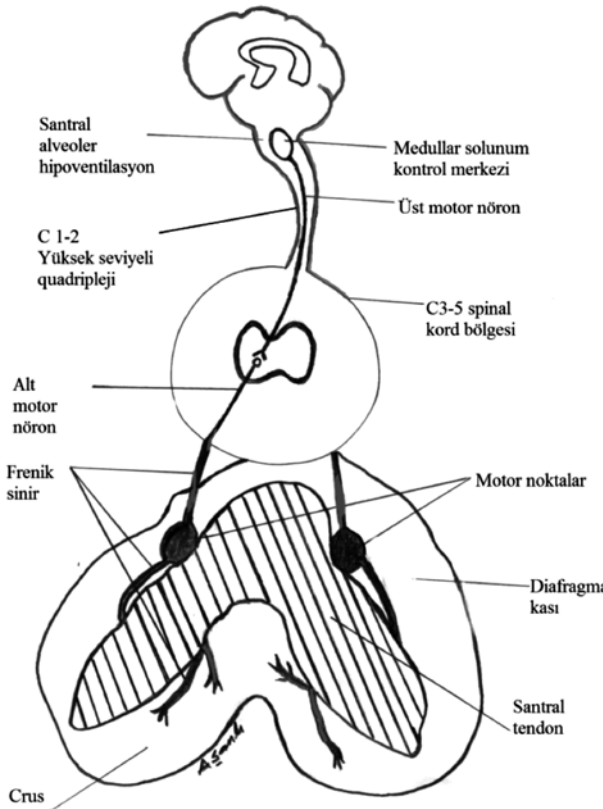
Solunum kaslarının innervasyonu ve kordinasyonu; beyindeki solunum merkezinden üst motor nöronlar yolu ile servikal ve torasik spinal kordlara, oradan da alt motor nöron olan frenik sinirle diyafragma ve yardımcı solunum kaslarına sinir iletimi sayesinde olur. Diyafragma tek başına vital kapasitenin %65'inden sorumludur ve C 3-4-5 den innerve edilir. Yardımcı solunum kasları ise skalen kaslar C 3-8, pectoralis major ise C 5-T 1 den innerve edilir. Diyafragmada iki tür kas lifi vardır. Tip I kas lifleri düşük frekansta güçlü kasılan kas lifleridir ve sağlıklı diya-

ragmada bulunurlar. Tip II kas lifleri ise yüksek frekansta, zayıf kasılan liflerdir, ALS hastalarında ve uzun süre mekanik ventilasyonda [MV] kalan hastalarda bulunur. Yapılan hayvan deneylerinde uzun süre MV desteğinin diyafragma kas liflerinde atrofi oluşturduğu, oksidatif stress biyo belirteçlerini ve proteolytic aktiviteyi artırdığı bulunmuştur [4].

Kullanılan Sistemler Avantaj-Dezavantajlar:

Pil uyarı sistemlerinde başlıca iki tür uygulama vardır. Bunlardan ilk kullanılmaya başlanan frenik sinirin servikal veya torakal yolla erişilerek direkt uyarılması, daha sonra geliştirilen sistem ise, laparoskopik yolla diyafragma muskuler yapısının; "motor mapping" denilen yöntemle, uygun bölgelerinin belirlenmesiyle uyarılmasıdır [3].

FSS sistemlerde subkutanöz RF alıcılar kullanılarak perkutan herhangi bir ekipman olmadan uyarı gerçekleştirilebilmektedir. Bu sistemin önemli bir avantajıdır. DPSS sisteminde ise perkutan 5 adet elektrot vardır. Bunun yanında frenik sinirin intakt olması zorunluluğu, frenik sinirin diseksiyonu veya elektrotların yerleştirilmesi sırasında sinir hasarı oluşma riski, sinirin iskemik nekrozu ve enfeksiyona yatkınlığın daha fazla olması gibi nedenler de dezavantajlarıdır. FSS frenik siniri direkt uyararak tüm diyafragmayı, yani tip I ve II liflerin tamamının kasıl-



maya zorlar, bu olay kasılma kuvvetinin homojenitesini bozar ve bu da bir dezavantajdır. Motor mapping denen yöntemle santral tendon bölgesinde çoklu denemelerle en aktif olan bölgelerin ve dolayısı ile ağırlıklı tip I liflerin olduğu alanların bulunarak elektrotların yerleştirilmesi ise homojen ve daha etkili bir kasılma sağlaması açısından DPSS uygulamasının avantajıdır. Ayrıca hem alt hem üst motor nöronu tutan ALS hastalarında alt motor nöron olan frenik sinirin uyarılması etkili olmayacaktır. DPSS uygulaması frenik siniri bypass'layarak direkt diafragmayı uyarmaktadır. Bu nedenlerle DPSS daha ön plana çıkmış ve ALS hastalarında FDA onayı alan tek uygulama olmuştur. Fakat perkütan çıkan elektrotlar ve organ yaralanma riski ise DPSS sisteminin dezavantajıdır [1-4].

Atrotech [Finlandiya, FDA+], Medimplant [Avusturya, FDA-], Avery [USA, FDA+] RF- FSS kullanan sistemlerdir. DPSS kullanan sistemi ise sadece NeuRx [USA, FDA+] sistemidir. Avery FSS sisteminde; pulse oksimetre ve CO2 monitorizasyonu ve telefonla elektronik ve nörofizyolojik değerlendirme ve uygulama imkânı vardır. Bu cihaza önemli bir katkı sağlamaktadır. Ayrıca ülkemizde Yeditepe Üniversitesi'nde nörolog Prof. Dr. Metin Tulgar tarafından geliştirilmekte olan bir sistem de mevcuttur.

Endikasyonlar

Diyafragma yetmezliğinin en önemli sebepleri; santral alveoler hipoventilasyon [SAH], spinal kord hasarları [SCI], ALS (alt ve üst motor nöron hastalıkları) ve frenik sinir yaralanmalarıdır. Böyle bir durumda pozitif basınçlı ventilatöre bağımlılık, FSS veya DPSS ile solunum işlevi yerine getirilerek yaşam sağlanabilmektedir.

ALS

Amyotrofik lateral skleroz (ALS) hastalığında solunum yetmezliği, temel olarak solunum kaslarının zayıflığı ile ilişkilidir. Özellikle ins-

piratuar kas zayıflığı, ALS'de solunum yetmezliği ve solunumsal semptomların primer sebebi olarak tanımlanmaktadır [1]. 2-6/100.000 de bir görülür, %10 hastalık genetik nedenlidir, bunda yarısı ailevi geçişlidir. Ülkemizde kesin veri olmamakla birlikte 6000-8000 hasta bulunmaktadır. Eski yıllarda hastaların %90'ı tanı konulduktan 2-4 yıl sonra hastalar kaybedilirken, günümüzde bu süre 5-7 yıla uzamıştır.

- ALS'de solunumsal semptomlar hastalığın ilerleyen döneminde iskelet ve bulbar kas tutulumu gerçekleştiğinde ortaya çıkmaktadır. Ancak bazı ALS hastalarında frenik motor nöron tutulumu nedeniyle hastalığın başlangıç döneminde bile solunum yetmezliği görülebilmektedir. Solunum yetmezliği, ALS hastalığında hastalığın progresyonunu etkileyen en önemli mortalite ve morbidite faktörüdür [2].
- Solunum kaslarının etkilenmesiyle öksürme fonksiyonunu etkin gerçekleştiremeyen hastalarda toplum kökenli pnömoniler, aspirasyon pnömonileri ve hastaların kısa bir süre içinde mekanik ventilatöre (MV) bağlanmaları nedeniyle özellikle alt lob lokalizasyonlu ventilatör ile ilişkili pnömoniler sık görülmektedir. Solunum yetmezliğine eşlik eden bu tablolar, ALS hastalarının uzun süre hastaneye hatta yoğun bakım ünitesine (YBÜ) yatışlarına, zaten azalmış olan fonksiyonel düzeylerinin sekonder etkenler nedeniyle daha fazla bozulmasına, diğer taraftan sağlık harcamalarının artmasına neden olmaktadır [3]. Yaşam süresinin önemli bir göstergesi olan solunum kas zayıflığı ve progressif kötüleşmesi bu hastalarda solunum yetmezliğine yol açmakta ve hastaların yaşam kalitesini büyük ölçüde azaltmaktadır [4].

ALS hastalarında FSS sisteminin yetersiz kalmasının sebebi ise ALS nin

hem üst hem de alt motor nöronları tutuyor olmasıdır.

Spinal Kord Hasarı

Ülkemizde başlıca trafik kazaları ve silahlı yaralanmalar nedeniyle spinal kord yaralanması (SKY) sık karşılaşılan bir durumdur. C4 ve üstü seviyesi, solunumsal fonksiyonların maksimum etkilenmesi nedeniyle hastaların yaşam süresi oldukça düşüktür. Solunum yetmezliği ve komplikasyonlar nedeniyle bu hastalar tamamen trakeostomi ile mekanik ventilatör (MV) desteği alarak yaşamak zorundadırlar. MV desteğinin, SKY'lı hastalarda en sık ölüm nedeni olan MV ile ilişkili pnömonilere, atelektazilere, barotravmaya, diyafragma ve trakeal yaralanmalara, enfeksiyonlar gibi potansiyel komplikasyonlara ve bunlarla ilgili olarak hastaların hastaneye yatış sıklığına ve yüksek sağlık maliyetine neden olduğu tespit edilmiştir [1].

C3 SCI de frenik sinire ait çok sayıda lif hasar görür, hasta kendi etkili nefes alamaz, bu durumda FSS veya DPSS uygulaması kaçınılmazdır. C4-5 SCI durumunda ise frenik sinire ait az sayıda lifler hasar göreceği için kendi nefes alabilir ama solunum yetmezliği oluşabilir. Bu durumda çok detaylı bir şekilde araştırılarak pil kararı verilmelidir.

SCI, SAH, ALS başlıca endikasyonlar olup, uyku apne sendromunda ve kardiyak cerrahi sonrası frenik sinir yaralanmalarında da uygulanabilir.

Santral Alveoler Hipoventilasyon

SAH göğüs duvarı deformitesi, nöromusküler hastalık veya akciğer patolojisi olmaksızın gelişen, hipoksemi ve hiperkapni tablosu ile seyreden, hiperkapniye karşı gerekli santral solunum yanıtının bozulduğu klinik bir antitedir. Bu tablo primer olabilir, santral sinir sistemi'ni etkileyen bir hastalığa bağlı olarak da karşımıza çıkabilir ya da idiyopatik oluşabilir (1). Bu tablo primer olarak beyin sapı ve pons lezyonların-

da görülebileceği gibi; uzun süreli aminofilin, doksapram, medroksiprogesteron, almitrin, yüksek doz oksijen, asetozolamid kullanımına bağlı gelişebilir [1, 3].

Apnenin yol açtığı santral solunum yetmeliğinde tedavinin amacı etyolojiyi ortadan kaldırmak ve bozulmuş solunum fonksiyonlarının normale döndürmektir. Bu nedenle, tedavi öncelikle etkene yönelik olmalıdır. Eğer neden santral apne ise alveoler ventilasyon artırılmaya çalışılmalı, bunun için hasta ventilatöre bağlanmalıdır.

DPSS kullanımı sonrası elde edilen dramatik klinik düzelme oldukça etkileyicidir. Bu hastalarda postoperatif ilk günden itibaren MV'den ayrılmanın gerçekleşmesi tamamen MV "e bağımlı bir hastanın kısa bir eğitim sonrası evde rahatlıkla bakılabilen bir hastaya dönüşebildiğini göstermesi açısından oldukça umut vaat edicidir.

Zamanlama:

SCI durumunda 12-18 saat sonra diyafragma atrofisi oluşmaya başlamaktadır. Bu nedenle uygun olan en kısa zamanda pil takılmalıdır [3, 4]. Herhangi bir nedenle solunumun tetiklenmemesi durumunda bu olaya neden olabilecek etiyolojiler araştırılmalıdır. Tüm tetiklere rağmen neden bulunamaz ise olgu SAH kabul edilmeli ve pil uygulaması hemen yapılmalıdır.

ALS olgularında ise zamanlama konusunda tartışmalar mevcuttur.

- ALS sonucu solunum problemi olan,
- Ventilatöre bağlı olmayan ya da ventilatöre yeni bağlanmış olan,
- Ventilatöre bağlı olup, ara ara spontan solunum alarak soluyabilen,
- Ameliyat işlemini kaldırabilecek durumda olan,
- Diyafragması ameliyat anında uyarıma tepki veren hastalara uygulanır.

Diafragmanın kasılabilme yeteneği ise USG, floroskopi ve frenik sinir EMG si ile test edilebilir [5, 6].

Hipoventilasyon durumu ise;

- FVC 50% altında
- MIP 60 cm H₂O altında
- PCO₂ 45 mm Hg üzerinde
- SaO₂ 5 dakikalık uykuda %88 altında olan hastalara önerilmektedir [5].

Operasyon:

Tüm operasyonlar laparoskopik cerrahi yolu ile uygulanmaktadır. Operasyon öncesi kas gevşetici ajan kullanmadan İV propofol veya pentotal ile standart endotrakeal entübasyon uygulanır. Anestezi idamesi %1-3 sevoflurane ve sürekli infüzyon şeklinde remifentanil hidroklorür ile sağlanır ve insizyon öncesi tüm hastalara antibiotik uygulanır.

Supin pozisyonda göbek üstü laparoskopik kesi ile batına girilerek tüm batin yapışıklıklar ve varsa perkütan endoskopik gastrotomi [PEG] lokalizasyonu açısından gözlenir. Daha sonra yanlara yerleştirilen trokarlar yardımı ile ligamentum falciparum kesilerek diafragmalar serbestlenir. Diyafragmanın elektriksel uyarılara yanıt veren motor nokta bölgeleri tespit edilerek işaretlenir [Motor Haritalama]. Epigastriuma yerleştirilen trokar yoluyla her iki diafragmaya ikiye adet elektrot implante edilir. Implante edilen elektrotlar cilt altı tüneli ile sağ hipokondriumdan çıkarılır. Bir elektrot ise batin yüzeyinden geçirilerek anot hattı oluşturulur. Beş adet elektrot bir soket yardımı ile sisteme konnekte edilir. Anestezi altındaki apne yapılarak DPSS ile tidal volüm kazancı ölçülerek sistem test edilir. Postoperatif analjezi amacıyla morfin kullanılmaktadır.

PEG'e bağlı yapışıklıklar nedeniyle laparotomiye geçiş, batin içi organ perforasyonları, kapnotoraks [batin havasının diyafragma yolu ile göğüs

boşluğuna geçmesi] ameliyat esnasında gözlenen başlıca komplikasyonlardır.

Diyafragma Pil Uygulamasının Faydaları:

- Etkili solunum işlemi sağlar.
- koku alma duyusunu, konuşma fonksiyonunu geliştirir
- Trakeostomi ve suni solunum cihazına bağlanma zamanını geciktirir.
- Uyku kalitesini artırır, uyku verimliliği artar, uyanma indeksi azalır, uykudan sonra uyanma süresi kısalır, uykusuzluk azalır ve REM uykusu esnasındaki apne ve hipopnelerin azaldığı görülmüştür
- Makinaya bağlı olunan durumlarda; makinaya olan ihtiyacı azaltır veya makineden ayrılmasını sağlayabilir.
- Diğer ameliyatlarda [apandisit, kolesistit, travma vb.] uygulanabilmesini kolaylaştırır.
- Alt lop atelektazilerine sekonder pnömoniler ve buna bağlı tedavi ve yoğun bakım masraflarının azalmasını sağlar [5, 6].
- MV bağlantısı ve hareket korkusu nedeniyle düşünülmemesine rağmen taburculuk döneminde tekerlekli sandalyeye uyumunun sağlanması, hastanın kolaylıkla transferini sağlamak, moralinin artması ve sosyal fonksiyonunu geliştirmesi açısından önemli olacaktır.

DPSS uygulaması ile CPAP-BPAP kullanımından daha çok faydalanılmıştır.

Bunun nedeni DPSS'in farklı şekilde çalışmasıdır. DPSS sistemi diyafragma kaslarının yorulmaya karşı direncini koruyarak diyafragma kondisyonunu sağlarken, non invaziv ventilasyon yardımcı solunum kaslarının dinlenmesine yardımcı olmaktadır. Ayrıca DPSS cihazı hiçbir

şekilde cep telefonlarından ve MR çekilmesinden etkilenmemektedir [5, 6].

Sistemde Tartışılacak Noktalar:

- Kronik solunum yetmezliği kriterlerinin seçiminde ve diafragmanın fonksiyonel kapasitesini ölçmede kanıtın olmayışı,
- Alt lopların mobilizasyonunun artımı ile sekresyon ve aspirasyon riski artması,
- Solunum fonksiyonları kötüye gitmeden, trakeostomi açılmadan erken tanı anında yapılacak uygulamanın, daha sağlıklı, atrofiye gitmemiş diafragma da etkili kasılması sağlayacağı gerçeği,
- Pil uygulanan hastalarda uzun süredir beklemiş olan sekresyonlar diafragma hareketleri ile yumuşayıp mobilize olmakta, bu nedenle özellikle erken dönemlerde daha titiz bir bakım ve fizyoterapi programını gerektirmektedir.

Unutulmaması gereken en önemli nokta; ALS hastalığının ileri evrelerinde, diyafragma'nın hastalıktan tam olarak etkilendiği durumda, diyafragma pil uygulamasının etkili olmayacağı ve pil uygulanmış hastalarda bile ventilatöre sürekli bağımlılığın kaçınılmaz olacağıdır. Bu gerçek hasta ve yakınları ile özellikle paylaşılmalıdır. Zira hastalar bu uygulama ile hastalığın tedavi olacağı hissine kapılmaktadır ve böyle bir beklenti içinde olmaktadır.

Kontrendikasyonlar:

- Oldukça ince diyafragma. DPSS için gereken diyafragma kalınlığı en az 2 mm olmalıdır.
- Belirgin olarak azalmış frenik sinir fonksiyonu. Her iki sistemde de frenik sinir intakt olmalıdır [Frenik sinir EMG si, USG veya floroskopi ile değerlendirilebilir].

- Operasyon anında elektriksel uyarıya kasılma cevabı veremeyen olgulara işlem uygulanmamalıdır.
- Primer kas hastalığında etkisizdir.
- Batın içi ileri derecede yapışıklık [DPSS için]
- Belirgin göğüs deformitesi [Rölatif bir kontrendikasyondur].
- 2 yaş altında DPSS önerilmemektedir [Rölatif bir kontrendikasyondur] [5].

FSS komplikasyonlar:

- Enfeksiyon
- Frenik sinir hasarı [intraoperatif]
- Frenik sinir nekrozu
- Toraks içi yaralanma

DPSS Komplikasyonlar:

- Enfeksiyon
- Kapnotoraks [batın içi havanın toraks boşluğuna geçmesi]
- Mide, karaciğer ve intestinal sistem yaralanma veya perforasyonları [5].

Dokuz Eylül Diyafragma Pil Sistemi Uygulama Esasları:

DPSS uygulaması Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi bünyesinde; nöroloji, göğüs cerrahisi, göğüs hastalıkları, uyku birimi ve solunum fizyoterapisi uzman akademisyenlerinden oluşan "Dokuz Eylül Diyafragma Pil Sistemi Uygulama Grubu" tarafından yapılan değerlendirme sonucunda yaklaşık iki yıldır implante edilmektedir ve 48 hastaya uygulanmıştır. Bu hastalardan 36 tanesi ALS, 4 tanesi SCI, 3 tanesi SAH, 1 tanesi ise frenik sinir yaralanmasıdır. Uygulamalarda "Dokuz Eylül Diyafragma Pil Sistemi Kriteleleri" esas alınmaktadır. Bu amaçla tarafımızdan "ALS hastalarında diyafragma pil sistemi uygulama klavuzu" hazırlanmıştır.

Diyafragma pil uygulaması düşünülen hastalar öncelikle bir nörolog tarafından muayene edilerek pil için değerlendirilmekte, sonra göğüs hastalıkları uzmanı değerlendirmekte, pil için uygunsa göğüs cerrahisi ekibi değerlendirmekte ve ameliyat kararı verilirse fizyoterapi ekibi devreye girerek ameliyat öncesinden pile adaptasyon eğitimlerine başlamaktadır. Yeterli pil simulasyon eğitiminden sonra laparoskopik cerrahi ve pil uygulaması konusunda eğitilmiş ve yetkilendirilmiş göğüs cerrahisi ekibi tarafından pil uygulanmaktadır.

Ameliyat sonrası ikinci gün teknik ekip tarafından ilk ayarlar yapılmakta ve DPSS konusunda eğitilmiş fizyoterapi ekibi devreye girmektedir. Bundan sonraki süreçte aylık, sonra üçer aylık kontroller yapılmakta, diyafragmanın çalışmaya başlaması ile değişebilen fonksiyonlar nedeniyle pil ayarları kontrol edilmektedir. Ameliyatın başarısı için en önemli faktör bu konuda deneyimli solunum fizyoterapisti ekibinin varlığıdır.

Hasta kontrolleri; göğüs cerrahisi polikliniğinde bulunan "Diyafragma Pil Kontrol Ünitesi" nde ilgili tüm birimlerce ortak olarak yapılmaktadır. Daha sonra solunum fizyoterapisti ekibi hastanın değişen durumuna göre yakınlarına ve hastaya gerekli eğitimleri vermektedir.

Bu olguların nakillerinde havayolu kullanılmakta olup görevli bir eleman ise bu transport organizasyonu için hava ambulans ve 112 servisi ile koordinasyonu sağlamaktadır.

DPSS için Öneriler:

Kliniğimizde uygulanan 39 ALS, 4 SCI, 4 SAH, 1 frenik sinir paralizisi nden oluşan 48 vakadan sonra, uygulama sırasında geliştirilen farklı yöntemlerle, daha güvenilir, daha kısa süren ve daha kullanılabilir implantasyonlar yapılabileceği tespit edilmiştir.

- Alt torakal alanda perkütan çıkan 5 adet elektrot DPSS sisteminin en büyük dezavantajıdır.

FSS olduğu gibi RF bağlantılı cilt altına yerleştirilen sistemlerin kullanılması sayesinde bu sistem çok daha kullanışlı hale gelecektir.

- Klinik uygulamalarımızda her iki diyafragma implante edilen elektrotlar farklı renkte küçük klemplerle işaretlenerek soketleme aşamasında olan karışmalar engellenmiştir. Bu elektrotların farklı renklerde olması ise bu işlemi çok daha kolaylaştıracaktır.
- Hastalara yapılacak olan ilk testler, ameliyattan sonraki 1. gün yapılır; intraabdominal gaza bağlı olarak oluşan periton irritasyon ağrısı yanlış sonuçlar oluşmasına neden olur, bu yüzden 2. gün yapmak daha doğru sonuçlar verecektir.
- Tüm olgulara lavman yapmak olası riskleri azaltacaktır.
- Sürekli immobilizasyon nedeniyle düşük molekül ağırlıklı heparin uygulanmalıdır.
- Klinik durum nedeniyle bozulan psikosomatik denge pile uyumu zorlaştıracığından, psikiyatri konsultasyonu uygulanmalıdır.

- DPSS uygulaması ile oluşacak sırt ağrısı önceden olgulara bildirilmeli ve preoperatif simülasyon fizyoterapisi mutlaka yapılmalıdır.
- Tüm olguların kontrolleri nöroloji, göğüs hastalıkları, göğüs cerrahisi ve fizyoterapi ekiple-rince beraber yapılmalıdır [7].
- Uygun hasta grubunda trakeostomi hastalara da uygulanabilir [7].

Edindiğimiz en önemli klinik gözlem ise; FEV1 değerinin %50'nin altına gelmeden, (bazı kaynaklarda da belirtildiği üzere) %45 ila %75 arasında iken bu işlemi uygulamak klinik olarak daha anlamlı sonuçlar ortaya çıkaracaktır. Bu konuyla ilgili veri bankamız oluşmuş olup, sonuçlarımızı yayınlayacağız.

Kaynaklar

1. Levine S, Nguyen T, Taylor N, Friscia ME, Budak MT, Rothenberg P, et al. Rapid disuse atrophy of diaphragm fibers in mechanically ventilated humans. *N Engl J Med* 2008;27;358:1327-35.
2. DiMarco AF, Onders RP, Ignagni A, Kowalski KE, Mortimer JT. Phrenic nerve pacing via intramuscular diaphragm electrodes in tetraplegic subjects. *Chest* 2005;127:671-8.

3. Onders RP, Elmo MJ, Ignagni AR. Diaphragm pacing stimulation system for tetraplegia in individuals injured during childhood or adolescence. *J Spinal Cord Med* 2007;30:S25-9.
4. Hudson MB, Smuder AJ, Nelson WB, Bruells CS, Levine S, Power SK. Both high level pressure support ventilation and controlled mechanical ventilation induce diaphragm dysfunction and atrophy. *Crit Care Med* 2012;40:1254-60.
5. Onders RP, Elmo M, Khansarinia S, Bowman B, Yee J, Road J, et al. Complete worldwide operative experience in aparoscopic diaphragm pacing: results and differences in spinal cord injured patients and amyotrophic lateral sclerosis patients. *Surg Endosc* 2009;23:1433-40.
6. Gonzalez-Bermejo J, Morélot-Panzini C, Salachas F, Redolfi S, Stratus C, Becquemin MH, et al. Diaphragm pacing improves sleep in patients with amyotrophic lateral sclerosis. *Amyotroph Lateral Scler* 2012;13: 44-54.
7. I. Sengun, A. Sanlı, Y. Bulbul et al. Results Of Diaphragm Pacing Application in Amyotrophic Lateral Sclerosis Patients. *First Turkish Experience. Journal of Neurological Sciences*. 2013; 30 (2) : 305-313.

Aydın ŞANLI - Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi AD.

Yılın Düeti





Akciğer Hastalıklarında Herbal Tedaviler: Hastalardan Gelen Sorulara Akılcı Yanıt Vermek için Bilinmesi Gerekenler

Deniz ÇALIŞKAN

caliskan@medicine.ankara.edu.tr

BİR DAKİKA DÜŞÜNÜN...

SİZ OLSANIZ NE YAPARSINIZ?...

Her gün ve defalarca radyo, televizyon, internet veya yazılı basında popüler bir kişinin veya bir hekimin “Şu ...çayı, suyu, bitkiyi vb. kullanın bütün hastalıklarınızdan kurtulacaksınız” mesajı ile karşılaşsanız ne yaparsınız?

Üstelik “bu tedavinin hiç bir yan etkisinin olmadığı, tamamen doğal ve bitkisel olduğu” söyleniyorsa, kullanan ve çok memnun olan fayda gören kişilerle röportajlara yer veriliyorsa...

Sanırım bir çok kişi gibi verilen sipariş hatını hemen ararsınız...

Bu metinde, günlük yaşamda sıkça karşılaştığımız, başvuran hastalarımızdan sıkça sorular aldığımız bitkisel (herbal) tedavilerin de içinde yer aldığı Geleneksel, Tamamlayıcı, Alternatif Tıp (GTAT) Uygulamalarının tarihsel gelişimi, küresel ve ulusal uygulamalar konusunda kısa bir arka planı takiben akciğer hastalıkları özelinde herbal tedaviler konusunda hastalardan gelen sorulara akılcı yanıt vermek için bilinmesi gerekenler risk iletişimi ve danışmanlık kapsamında ele alınmıştır.

Fitoterapi (Herbal Medicine) “Tıbbi bitkisel orijinli hammaddeler ile hazırlanan preparatların konvansiyonel tedaviyi destekleyici olarak uygulanması” olarak tanımlanmaktadır (TTB, 2012).

Bitkilerin tedavi amaçlı kullanımı insanlık tarihi kadar eskidir. Hastalıkların tedavisinde ilk olarak her canlıda olduğu gibi insanoğlu da içgüdüsel yaklaşımlar göstermiştir.

Mistik dönemde hastalık etkenlerinin doğaüstü güçler olduğuna inanılarak bu etkene yönelik değişik uygulama ve ritüeller söz konusu olmuştur.

Başlangıçta tesadüfen daha sonrasında ise gözlemlerin yüzyıllar boyu nesilden nesile aktarılması ile bazı bitkilerin bazı sağlık sorunlarını azalttığı ya da ortadan kaldırdığının görülmesi ile polifarmasi dönemine geçilmiştir. Bu dönemde Hipokrat (MÖ 460 -370) ve Galenos (MS 129-216) bitkilerden ilaca geçişin ilk bilimsel temellerini atmıştır.

17. yüzyıldan başlayarak bilimsel ve teknolojik buluş ve keşifler ile hastalıkların nedenlerinin ortaya konmasını takiben Etiyolojik Tedavi Dönemi başlamıştır.

Bilimsel bilgi ve teknolojinin vardığı noktada epidemiyolojik ve demografik dönüşümün yaşandığı 20. Yüzyılın ortalarından itibaren bireyi çevresi ile, sağlığı hastalık ile ve yaşamı bir bütün olarak algılayan koruyucu, tedavi edici ve esenlendirici sağlık hizmetlerini ayırmadan birlikte sunmayı amaçlayan Çağdaş Hekimlik Dönemi başlamıştır (Akdur R. ve Aydın A. 2003)

Sağlık hizmetlerinin bu gelişim süreci içerisinde mistik dönemden bu yana pek çok geleneksel uygulama günümüzde de varlığını devam ettirmiş, devam ettirmektedir.

Geleneksel Tıp (Traditional Medicine) “Farklı kültürlerde uygulanan teoriler, inançlar ve deneyimlerden yararlanan, uzun bir geçmişi olan, açıklanabilir olsun ya da olmasın fiziksel ve mental hastalıkların koruma, teşhis ve tedavisinde kullanılan uygulamalar bütünü” olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2014).

Süreğen hastalıklarla mücadelede bilimsel konvansiyonel tedavilerin yaşadığı zorluklar, hizmete ulaşmada yaşanan sorunlar ve kullanılan tedavi yöntemlerinin yan etki ve istenmeyen yan etkileri vb. noktasında **Tamamlayıcı Alternatif Tıp (Complementary Alternative Medicine)** uygulamaları gündeme gelmiştir. Tamamlayıcı Alternatif Tıp “Ülkenin kendi konvansiyonel ve geleneksel tıbbının bir parçası olmayan ve sağlık sistemine tamamen entegre edilmemiş uygulamalar” olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2014).

Geçmişten günümüze tıp

M. Ö. 2000.....Al bu otu ye.

M. S. 1000..... O ot kötü, gel bu duayı oku.

M. S. 1250..... O dua batıl inanç, al bu iksiri iç.

M. S. 1500..... O iksirin ne faydası var, al bu hapı yut.

M. S. 1750..... O hap etkisiz, al bu antibiyotiği iç.

M. S. 2000..... O antibiyotik kimyasal, al bu otu ye.

Küresel ölçekte, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) desteği ile son 20 yılda GTAT Uygulamalarında bir artış söz konusudur ve sağlık sisteminin önemli kilit bir parçası haline getirilmiştir. Ayrıca yazılı ve görsel basının günlük yaşamda birey ve toplumlara yaptığı abartılı, doğru ya da yanlış pek çok bilginin bombardımanı nedeniyle karmaşa yaşanmakta ve GTAT uygulamaları için çoğu kez doğal-zararsız kalıp yargısı güçlendirilerek mucizevi tedaviler olarak sunulmaktadır.

GTAT uygulamalarında Afrika ülkeleri başta olmak üzere, Çin, Hindistan, Japonya, Amerika Birleşik Devletleri (ABD), Küba, Avustralya, Kore, Rusya, İngiltere ve Almanya geleneksel bu tür uygulamaların yaygın olduğu ülkelerdir (WHO, 2014). Avrupa'da 100 milyon kişi GTAT kullanmaktadır, bunların beşte biri düzenli kullanıcıdır. ABD GTAT uygulamaları için her yıl 60 milyar dolar harcamaktadır (TTB, 2012). 2000-2010 yılları arasında GTAT uygulamalarını konu alan bilimsel çalışmalarda çok ciddi bir artış söz konusudur (Brumback RA, 2012). 2012 yılında, Harris ve arkadaşları tarafından yapılan son sistematik derlemede 2312 çalışma ele alınmış ve yöntem kalite kriteri standardizasyonu sonrasında 51 çalışma incelenmiştir. Erişkinlerde GTAT kullanımı sıklığı %9,8-76,0, çocuklarda %11,8-62,9 olarak belirtilmiştir (Harris PE ve ark., 2012).

Bireylerin GTAT Uygulamalarını kullanım nedenlerinin başında; geleneksel, etnik, kültürel etkiler, sağlık politikaları ve hizmetlere erişim sorunları, kronik hastalıkların ömür boyu sürececek tedavisine duyulan tepkiler, kullanılan reçeteli ilaçların olası veya rapor edilen toksisite hakkında bilgi sahibi olmak, uygulanan medikal tedaviden memnuniyetsizlik, uygulanan medikal tedavinin yan etkileri nedeniyle kişinin yaşam kalitesinin bozulması, kişilerin kendi sağlıklarını korumada daha aktif rol almak istemesi vb yer almaktadır (WHO, 2014)

Bitkisel ürünler ve besin destekle-

rinin kullanımı dünyada en yaygın GTAT uygulamasıdır.

Türkiye'de bitkisel tedaviler başta olmak üzere hacamat, sülük tedavisi, sınıkcı, çıkıkcı vb pek çok geleneksel uygulama söz konusudur. Toplum veya hastane temelli araştırmalarda GTAT kullanımı %40-80 arasında değişmektedir ve en yaygın kullanılan GTAT uygulaması herbal tedavilerdir. 2012 yılı itibarı ile 119 ülkede bitkisel tıp ile ilgili yasal düzenleme mevcuttur.

Sağlık Bakanlığı'nın merkez yapısını düzenleyen 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname (11/10/2011) sonrası yapılanmada, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı olarak Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı kurulmuştur. Daire Başkanlığı tarafından dört çalışma grubu oluşturulmuştur. 1. Grup: Manüpülatif Uygulama Teknikleri 2. Grup: Biyolojik Temelli Uygulamalar, 3. Grup: Zihin Beden İlişkili Teknikler, 4. Grup: Enerji Kullanılan Uygulamalardır.

Sağlık Bakanlığı 2013-2017 Stratejik Planı'nda GTAT uygulamaları ile ilgili hedefleri: GTAT uygulamalarının kanun ve yönetmeliklerle tam olarak çerçevesinin çizilmesi, GTAT uygulamaları bilim komisyonlarının oluşturulması, uluslararası düzeyde gerekliliklerin tespit edilmesi için uluslararası alternatif, tamamlayıcı ve geleneksel tıp uygulamaları ile ilgili merkezlerin, hizmet ve eğitim modellerinin incelenmesi amacı ile yurt dışı inceleme gezisi yapılması, idari kapasitenin geliştirilmesi amacıyla yönetiminin etkin çalışması için gerekli insan kaynağının geliştirilmesi, Bakanlık ve bağlı kurumlar ile bunlara bağlı taşra teşkilatında görev yapan ilgili personele hizmet içi eğitim yapılması, sahanın değişen yapıya uyum sağlaması için belirlenen uygulayıcılar ve uygulama alanlarının oluşturulan mevzuata göre kademeli şekilde faaliyet izni veya ruhsatlandırılması çalışmalarının başlatılması, uygulamalar ile ilgili standart eğitim programlarının oluşturul-

ması ile belirlenen uygulayıcıların uygulama alanları ile ilgili standart eğitim alması şeklinde belirtilmiştir (<http://sgb.saglik.gov.tr/content/files/stratejikplan20132017/index.html>).

GTAT Uygulamaları Taslak Yönetmeliği 2013 yılında yayımlanmıştır (<http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-88395/h/gtat-yonetmelik-taslagi.pdf>).

Bu yönetmelik kapsamında Fitoterapi, herbal tedavilerin yanı sıra Akupunktur, Apiterapi, Hipnoz, Sülük tedavisi, Homeopati, Kayropratik, Kupa uygulaması (Hacamat), Maggot (larva) tedavisi, Mezoterapi, Ozon tedavisi, Proloterapi, Refleksoloji, Osteopati olmak üzere 14 Geleneksel, Tamamlayıcı, Alternatif yöntemi tanımlanmıştır. Yönetmelik taslağında yer alan GTAT uygulamalarının 12'si (Sülük ve Maggot Terapi Hariç) ulusal bir dernek yapılanması altında çalışmalarını yürütmektedir. Tanımlanan 14 uygulamayı yapma yetkisi sertifikalı diş hekimi ve hekimlere verilmiştir. Sertifika eğitim programları ise GTAT uygulamasına türüne göre 60 saat ile 1500 saat arasında değişmektedir. Fitoterapi için belirlenen süre 170 saat teorik, 30 saat pratik olmak üzere 200 saattir.

Taslak Yönetmelik sonrasında pek çok uzmanlık derneği, üyelerini konu ile bilgilendirmiş, görüş ve önerilerini almıştır. Türk Toraks Derneği'nin de aralarında bulunduğu on bir uzmanlık derneğine ait görüşler Türk Tabipleri Birliği tarafından Sağlık Bakanlığı ve kamuoyu ile paylaşılmıştır (<http://www.ttb.org.tr/index.php/Haberler/ttb-4420.html>).

AKCİĞER HASTALIKLARINDA HERBAL TEDAVİLER

Öksürük, Boğaz Ağrısı, Yan ağrısı, Astım, KOAH, Akciğer Kanseri ve Sigara Bırakma en sık bitkisel tedavilerin kullanıldığı durumlardır. Argüder ve arkadaşlarının 2009 yılında ulusal kongrede çocuk, göğüs hastalıkları uzmanı 242 hekim'i kapsayan çalışmada hekimlerin %25,6'sı

hastalarına GTAT önerdiğini, GTAT önerilen durumların başında astım ve ürtikerin geldiğini, en sık önerilen GTAT uygulamasının herbal tedaviler ve besin katkıları olduğu bildirilmektedir. Çalışmaya katılan hekimlerin %68,6'sı GTAT konusunda yeterli bilgisi olmadığını belirtmiştir (Argüder E ve ark, 2012).

Türk Toraks Derneği, Astım Tanı ve Tedavi Rehberi'nde Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp (TAT) olarak "Astım hastaları; akupunktur, homöopati, yoga, bitkisel ilaçlar, diyet, ayurveda, iyonlaştırıcılar, osteopati, kiropratik manipülasyonlar, mağara tedavisi (speleoterapi), biyorezonans ve ozon tedavisine başvuruyor. TAT ile ilgili etkili kanıt bulunamamış, uygulayıcının psikoterapik yaklaşımı önemli bir plasebo etkisi" şeklinde yer almıştır.

GTAT uygulamalarının modern tıp uygulamalarına entegre edilebilmesi için "nitelik/kalite", "güvenilirlik" ve "etkililik" kanıtlarının bilimsel verilerle ortaya konulması gerekmektedir. Bu konuda yürütülen araştırmaların sistematik derlemesinde az sayıda bitki için geçerli kanıt tespit edilmiştir (TTB, 2012).

Cochrane grubunda akciğer hastalıklarında kullanılan bitkiler ile ilgili derlemelerde 7091 kişiyi kapsayan 58 çalışma 30 bitki ele alınmış 6 çalışma metodolojik olarak yeterli bulunmuş ancak elde edilen sonuçların kontrol grubu seçim kriterlerinin net olmaması, bias (yan tutma) riski nedeniyle dikkatli yorumlanması istenmiştir (Cochrane.org).

Bitkisel ürünler ne yazık ki ilaç güvenliği için uygulanan katı kuralların dışında kalmakta ve ilkel yöntemler kullanılmaktadır. Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı bitkisel ürünler konulu hazırladığı monografında karsinojenik olan bitkilere vurgu yapmıştır (IARCH, 2002).

Herbal tedaviler ile ilgili bireylerde "DOĞAL OLAN İYİDİR !" kalıp yargısı yaygındır.

Lewis tarafından yapılan bir çalışmada 1966-2008 yılları arasında bitkisel

tedaviler ile ilgili çalışmaların 1990 dan sonra belirgin bir artış gösterdiği olgu bildirim, mektup, editoriyal çalışmalarda GTAT uygulamalarının risklerine ait bulguları içeren çalışmalar daha yüksek iken derleme klinik araştırmalarda ise risk ve yarar yönündeki bulguları içeren çalışmaların benzer sıklıkta olduğu belirtilmektedir (Lewis m., 2011).

Ancak doğal bitkisel ürünlerin bildirilmiş pek çok toksik etkisinin yanı sıra farmakokinetik ve farmakodinamik ilaç etkileşimleri söz konudur.

Ayrıca Wardle ve Adams GTAT'a bağlı dolaylı riskleri üç başlıkta ele almıştır.

- **Etik riskler** (Güvenlik, Mevzuat, Uygulayıcılar ve Onam)
- **Mali riskler** (Tanı ve tedavide gecikmeler)
- **Modern Tıbbın Dışında Kalma Korkusu** (Karşıtı Olma) ve Kullanımı Bildirmeme

Alan yazında hekimler GTAT uygulamaları konusunda hastalarına bilgi



Şekil 1. Risk Yönetim Döngüsü ve Risk Algılama ve İletişimin Risk Yönetimi Döngüsündeki Yeri (Kaynak: Özvarış ŞB, 2011)

İlk akla gelen ilaç etkileşimleridir. Herbal ürünlerin gebe, bebek ve çocuk, yaşlı, kronik hastalığı olan ilaç kullanan kişiler tarafından kullanılması daha da risklidir. Bitkisel ürünlerin yan etkisiz, doğal yöntemler olduğuna inanılmaktadır. Oysaki bir ilaç ile zehir arasındaki en önemli fark dozudur. Bu noktada hiç bir standart yöntemi olmadan bireye özgü hazırlanan karışımların güvenliğinden bahsetmek güçleşmektedir. Bitkilere bağlı bildirilen yan etkiler basit deri reaksiyonları, ishalin yanı sıra hepatotoksisite, anafaksi düzeyinde değişebilmektedir (Sarışen Ö. ve Çalışkan D., 2005).

verme konusunda önyargılı davranışlarında hastaların hekimlerinden gizleyerek bu yöntemleri kullandıkları ve hatta mevcut konvansiyonel tedavilerini bıraktıkları bildirilmektedir.

Risk, hastalık veya sağlıkla ilgili bir durumla karşılaşma, zarar görme olasılığıdır. Birey, grup ve kuruluşlar arasında sağlık riskleri ile ilgili bilgi alışverişine risk iletişimi denilmektedir. Risk iletişiminde iletişim stratejilerinden, medya ilişkilerinden, halkla ilişkiler ve sağlık eğitim tekniklerinden yararlanılır. Etkili risk iletişiminin amacı, birey ve toplumu mevcut riske karşı cevap verebilmesi

için hazırlamaktır. Birey ve toplumun sağlık ile ilgili konularda karar verme sürecine katılmasını sağlamayı amaçlayan bir süreçtir (Özvarış ŞB., 2011).

Etkili risk iletişimi, bilgi, görüş ve davranış üzerinde değişiklik yapılmasını, yanlış görüşlerin düzeltilmesini, tehlikelere karşı hazırlıklı olmayı, önlem almayı ve risk algı düzeyinin uygun hale getirilmesini gerektirir. Risk iletişimi, günümüzde hekimlik uygulamalarının en önemli öğelerinden birisi haline gelmiştir. Risk iletişiminde birey ve toplumun bilgilendirilmesi ve konuyla ilgili olarak bilincin yaratılması temel hedeflerden biridir. Risk iletişiminde yanıtlanması gereken sorular “Kime?, Neden?, Nasıl?, Nerede?, Ne zaman?” dir. “Bilimsel kanıtlar nelerdir?”, “Hedef grubun/bireyin temel özellikleri nelerdir?”, “Gruba/bireye aktarılabilecek mesajlar nelerdir?” ve “Etki değerlendirme grubun/bireyin mesajlardan etkileneceği düzeyi nasıl belirlenecektir?” sorularının yanıtlanması gerekmektedir. Bireysel risk iletişimi ile hekimlerin başvuruları ile birebir iletişiminin yanı sıra kurumsal iletişim (kamu kurumları, uzmanlık dernekleri, meslek örgütleri vb) kamuoyu oluşturmada daha etkilidir (Özvarış ŞB, 2011).

Risk iletişimi kriz iletişimi ile eş anlamlı değildir. Risk iletişimi koruyucu sağlık uygulaması olarak ele alınır. Risk altında bulunan bireylere, bu olasılıktan korunmak ya da riskin etkisini azaltmak için bilgi ve kaynak sunmanın yanı sıra bilinç artırıcı girişimlerde bulunmaktır (Özvarış ŞB, 2011, Sezgin D, 2011).

Sonuç olarak bitkilerle tedavi, tüm dünyada ve ülkemizde yaygın olarak kullanılması ancak bilinenin-inanılanın aksine pek çok sağlık sorununa da yol açabilmesi nedeniyle sağlık profesyonellerinin üzerinde önemle durması gereken bir konudur. Körüklene reklamlar istismar boyutuna ulaşmakta, pek çok kişi ismini dahi bilmediği bitki/karışımları satın

alabilmekte ve gelişmiş güzel dozlarda kullanabilmektedir. Ülkemizde bireylerin sağlıklı ilgili konularda bilgi düzeyleri eğitilmiş gruplarda bile oldukça düşüktür. Bu nedenle, Sağlık çalışanlarına düşen en önemli rol birey ve toplumun GTAT uygulamaları ile ilgili doğru bilgilendirilmesini sağlamaktır. Sağlık kurumuna başvurmış bireylerin GTAT konusunda bilgi ve deneyimi sorulmalıdır. Sağlık çalışanları kanıta dayalı karar verme sürecinde tedavi seçenekleri konusunda hastasına danışmanlık vermeli ve GTAT uygulamaları konusunda bilgilendirmelidir. Danışmanlık sürecinde GTAT uygulamaları konusunda bilgili güvenilir bir danışman tarafından kişilere GTAT uygulamaları konusunda bilgi verilmeli, uygulamanın ne olduğu, tanımı, kapsamı, etki mekanizması ve etkililiği (güvenilirliği), olumlu-olumsuz yönleri, kimler bu uygulamayı kullanabilir, kimler kullanamaz (endikasyon, kontraendikasyonları), yan etki ve istenmeyen yan etkileri (komplikasyonları), izlem ve uyarı belirtileri konusunda bilgilendirilmelidir. Süreç sonucunda bireyler hekimleri ile birlikte GTAT uygulamaları konusunda bilinç düzeyi geliştirilerek bilinçli ve gönüllü karar vermelidir. Uygulamalar sırasında da mutlaka GTAT uygulamasına birlikte karar verdiği hekimi tarafından kullanım zorlukları, yan etki ve komplikasyonları açısından izlenmelidir.

Kaynaklar

1. Akdur, R., Aydın E. “Tıbbi Etik ve Meslek Tarihi.” Somgür Yayınları, 2003, Ankara.
2. Argüder E, Yılmaz I, Ateş C, Mısırlıgil Z, Bavbek S. Self-reported knowledge and approaches towards CAM among physicians dealing with allergic disease. Am J. Chin. Med 2012; 40:671.
3. Brumback R. Journal combat: initiating a publication, competing for visibility, and assuring ethical behavior. A Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine 2012;17:4-8
4. Cochrane.org Herbal interventions for chronic asthma in adults and

children (08.09.2008), Chinese medicinal herbs to treat the common cold (06.09.2010), Chinese medicinal herbs for sore throat (14.03.2012)

5. Harris PE, Cooper KL, Relton C, Thomas KJ.. Prevalence of complementary and alternative medicine (CAM) use by the general population: a systematic review and update. Int. J. Clinical Practice 2012; 66: 10;924-939
6. <http://sgb.saglik.gov.tr/content/files/stratejikplan20132017/index.html> (Erişim tarihi: 01.03.2014)
7. <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-88395/h/gtat-yonetmelik-taslagi.pdf> (Erişim tarihi: 01.03.2014)
8. <http://www.ttb.org.tr/index.php/Haberler/ttb-4420.html> (Erişim tarihi:01.03.2014)
9. IARCH World Health Organization, International Agency For Research On Cancer Volume 82. Some Traditional Herbal Medicines, Some Mycotoxins, Naphthalene and Styrene, 2002, Lyon.
10. Lewis M .Risk and efficacy in biomedical media representations of herbal medicine and complementary and alternative medicine (CAM). J. Evidence Based CAM, 2011; 16(3):210-217
11. Özvarış ŞB. Sağlık Geliştirme ve Sağlık Eğitimi. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2011, Ankara.
12. Sarışen Ö, Çalışkan D. “Fitoterapi: bitkilerle tedaviye dikkat”, STED, 2005; 14:8:182-187
13. Sezgin D. Tıbbileştirilen Yaşam Bireyselleştirilen Sağlık. Ayrıntı Yayınları, 2011, İstanbul.
14. Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi. Bitkisel Ürünler ve Sağlık Bilimsel Çerçeve ve Etik Açısından Yaklaşım, 2012, Ankara.
15. Türk Toraks Derneği, Astım Tanı ve Tedavi Rehberi
16. Wardle JL, Adams J. Indirect and non-health risk associated with CAM use: An integrative review. E.J. Integ. Med, 2014 (Article in press)
17. WHO, World Health Organization. Traditional Medicine Strategy: 2014-2023. 2014, Geneva.

Deniz ÇALIŞKAN - Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Ankara



BEY(EFENDİ)NİN ÖLÜMÜ

Filiz Çağla UYANUSTA KÜÇÜK

caglauyanusta@yahoo.com

Tüm gerçekleştireceklerini eksik, sevenlerini ve sevdiklerini büyük bir acıyla bırakanlara¹

Dr.Ahmet Önen, Dr.Ersin Arslan, Dr.Ali Menekşe, Dr. Göksel Kalaycı'nın anılarına saygıyla...

*Hoşçakal hoşçakal hoşçakal hoşçakal!
Ben bir kısrak gibi
Gelmişim dünyaya
Şahlanıp koşmak içimde var
Hoşçakal²*

Barcelona'yı niye sevdiğimi bilmiyorum. Birçok sevdiğim 'şey' gibi niye sevdiğimi bilmemekten memnunum.

Barcelona'yı hep heyecanlı duygular, görüntü, koku, tad ve ses ile hatırlamak isterdim ki bu artık pek mümkün değil...

Daha önceki gidişimde çok etkilendiğim flamenkoyu izlemek için rezervasyon, telefon, organizasyon peşinde koşarken, fakülteden yakın arkadaşlarımdan birinin kaza haberiyle donakaldım.

Kaza geçirenin 'Kubi' olduğunu tahmin ettim, şaşırmadım sanki ama sarsıldım...

Bir gün...bu haberi...korkarak bekliyordum...

Ama arabayı süren o değildi bu sefer...

O gece flamenkoyu izlerken, dinlerken, yaşlar kuruyana kadar aktı gözümden, artık beyin ölümünün de gerçekleştiğini biliyordum çünkü.

Ne bencildik oysa...

Ölüme ağlamak-işi bilenlere göre kendimize dokunmadığı için duyduğumuz sevinç nedeniyle hisset-

tiğimiz suçluluk duygusundandı... Başkalarına göre de ölenin yüzünde kaybettiğimiz kendi suretimize ağılıyorduk.

Bencil miydik?

Ölenin yüzünde kaybettiğimiz surete ağlarken de o giden güzelim surete de, içinde barındırdığı o değerli, güzel, dopdolu yaşamın yitip gitmesinin hüznüne, haksızlığına, inanılmazlığına da ağlamıyor muyduk aslında?¹

Barcelona'dan döner dönmez soluğu yanında aldım, kalbi atıyor, nefes alıyordu, elleri sıcaktı, zor geçen bir günün sonunda uyuyakalmış gibiydi.

Tanı beyin ölümüydü.

Kolay yetişmeyen bir beynin ölümüydü bu,

Hınzır bir beyefendinin ölümü...

Kalbinin sonradan ölmesine ise hiç şaşırmadım.

13. 09. 2013 Cuma günü onu uğurladık.

Seven, sevilen, değer veren, verilen, saygı duyan, duyulan, çalışan, üreten, mükemmel bir cerrah, hoca, baba, eş, evlat, dost, arkadaş...

Yamuk, yandan gülümsemesiyle, soyadıyla müsemma inci gibi dişleriyle, macera tutkusuyla, bir kez bile kimseyi incittiğini görmediğim Kubilay çocukluğumdan bir parçayı da yanında götürerek...gitti...

Bungee jumping sırasında boynuna kırbaç gibi çarpan ipin izinden, Alanya'da doluştığımız evden, gecenin bir vakti Alptekin- Umut-Kader -Erbil'e elbiselerle dalınan ılık Side denizinden, balık tutma denemelerinden, bir tıp balosu için bulunmuş smokinden, sakız gömlek-kot pantolondan, Kemer'e giderken bir-iki kaza provasından, yoksa antik çağda bizden daha mı ileriydiler konuşmalarından, jet-ski gezisinden, mezuniyette takılmış bir papyondan, Betülleri'nin yazlığında bir sabah kahvaltısından, bir uzo tadımından, bağda hamak keyfinden, alaycı ama üzmeyen takılmalarından, bizimle ve kendisiyle eğlendiği 'gizemliymiş gibi havasıyla' bir kaç fotoğraf ve çokça yaşanmışlık bırakarak...

Kısacık çizilmişti çünkü bütün çizgileri³

Kubilay, araya hayat girdi biliyorum, ama insan kalbi homunculus misali büyük ve acayip, yerin değişmeyecek.



Yıllar önce arabanın hız göstergesini bozup bütün bir yol gaza bastığın için seni affettiğimi sanma sakın!

Hele bu son hareketini...hiç!

Bir de kafamda çalan şarkıların yerini aldın, ne olur müsaade et artık...

Doç. Dr. Kubilay İnci, daha önce asistanı olan Dr. Özgür Oruç'un sürdürdüğü arabayla yaptıkları kaza nedeniyle hayatını kaybettiği sırada, 42 yaşında, Aylin'in eşi, 5 yaşındaki Demir'in babasıydı, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'nda öğretim üyesiydi.

Gaziantep Fen Lisesi ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirmişti. Aynı hastanede üroloji ihtisası yaptıktan sonra, çok değer verdiği bu bölümde çalışmaya devam etti.⁴ Köy Enstitülü öğretmen bir baba ile ev hanımı annenin hepsi de okumuş yedi çocuğundan biriydi. Titizliği ve başarılarıyla ekşi sözlükte adına madde olan, cerrahliğindeki hatasızlığı nedeniyle lakabı 'robot' olan, hakkında "onların 'Da Vinci'si' (cerrahide robotik sistem) varsa bizim de K.İnci'miz var" dendiği rivayet olunan, tanıyanlar ve hastaları tarafından çok sevilen bir hekimdi.⁵

1. Dr. Gamze Özçürümez'e değerli katkısı için teşekkür ederim.
2. Hoşcakan-Şebnem Ferah/ Can Kırıkları-2005/Pasaj Müzik
3. Aşık Oldum Celladım-Redd/ Hayat Kaçık Bir Uykudur-2011/ Pasaj Müzik
4. <http://www.hastane.hacettepe.edu.tr/Doktor/300>
5. <https://eksisozluk.com/kubilay-inci--3715875>

Filiz Çağla UYANUSTA KÜÇÜK - S.B.

Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi,

Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara



I Tüberküloz ve Damgalanma: Toplumsal Bakış

I Onur Fevzi ERER

onurerer@yahoo.com

I Damgalanmanın tanımlanması ve değerlendirilmesi

İlk olarak Antik Yunan'da köleler ve suçluların belirlenmesi amacıyla vücutlarını bıçakla kesme veya sıcak metalle dağlamayla oluşturulan derin ve hiçbir zaman çıkmayan izlere damga (stigma) adı verilmesiyle, damgalanma (stigmatizasyon) kavramı kullanılmaya başlanmıştır. Modern çağda ilk olarak Erving Goffman 1961 ve 1963 yıllarında yazdığı yazılarıyla 'bireye daha az değer verme davranışı' kavramı ile sosyolojik olarak damgalanma ve hastalık ilişkisinden bahsetmiştir [1, 2].

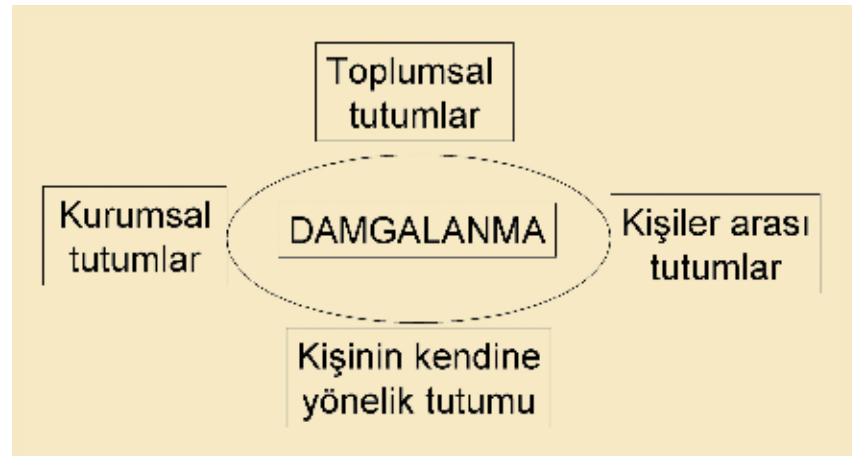
Damgalamanın temelinde **önyargı** yatmaktadır. Ön yargı; bir kişi, nesne veya konu hakkında araştırma yapılmaksızın hızlı bir biçimde bir yargıya varılmasıdır. Ön yargılar sonucu oluşan damgalama (etiketleme veya stigmatizasyon); bazı hasta gruplarına karşı toplumun tavır almasına, onları toplumdan dışlamasına neden olmaktadır.

Damgalanma, belli bir özelliği olan grup veya topluluğun değersiz veya istenmeyen olmasını başlatan bir süreçtir. Damgalanmış bir kişi; utanç duyar, kendinden iğrenme ve bıkıncılık duyar ve kendini suçlu hissederek. Anlam olarak birbirine yakın olan **ayrımcılık** kavramında ise damgalanmadan farklı olarak kişinin kendisini suçlu hissetmesi durumu yoktur. **Damgalama (etiketleme)** önyargıların yarattığı **ayrımcılıkla** sonuçlanır. **Ayrımcılık** ise toplumdaki kişi ya da grupların di-

ğerlerini damga ve önyargı nedeniyle bazı hak ve menfaatlardan yoksun bırakmasıdır.

Damgalanma; toplumsal, kurumsal, kişiler arası ilişkiler ve kişinin kendine yönelik tutumlarıyla etkileşen oldukça kompleks bir süreçtir (Şekil 1). Bu nedenle tüm bunların tanımlanması, ölçülmesi ve yapılacak değişikliklerin etkilerinin değerlendirilmesi oldukça zordur.

Damgalanmayı ve onun kısır döngüsünü, hissedilen damgalanma ve



var olan damgalanma olarak iki ayrı şekilde de değerdendirebiliriz (Şekil 2). Kişideki bir özellik ya da hastalık toplum ve kurumlar vasıtasıyla bir ayrımcılık gözetilerek damgalanmayı oluşturur bu durum kişide suçluluk ve utanma duygusunu başlatır. Kişi içine kapanır ve hastalığını veya özelliğini gizlemeye çalışır. Böylece kendi kendine de bir izolasyon uygulayarak kendi hissettiği damgalanmayı yaşamaya başlar ve bu döngü herhangi bir yerden kırılmazsa bu şekilde devam eder.

Kronik ve subakut hastalıkların kendileri ve tedavileri insanların sağlık, iyilik hali ile algılarını değıştirmekte, hastalığın sosyal ve duygusal yükü fiziksel etkisini geçmektedir.

Tüberküloz (TB), bilindiği gibi toplumsal ve sosyal bir hastalıktır. Bu iki önemli yüklemle tüberküloz hastalığını kolaylıkla ifade edilemeyen; saptandığında kişiyi toplum ilişkilerinden geri plana iten bir sürece doğru yönlendirebilmektedir. Bir başka ifade şekliyle tüberküloz damgalanma uygulanan hastalıklardan biridir.

Sosyal damgalayıcı hastalıklarla ilgili olarak aynı toplumda farklı hastalıkların damgalayıcı ya da etiketleme özellikleri de derecelendirilebilir. Hong Kong da 2006 yılında 3011 kişi üzerinde yapılmış olan bir çalışmada en fazla damgalayıcı olarak belirttikleri hastalık HIV-AIDS, TB ve SARS olarak belirlenmiştir. Tüberkülozun damgalayıcı olarak tanımlanan en belirgin iki özelliği hastaların “kişiyi kirleten bir hastalık”,

“kişinin hastalığından dolayı toplumdan izole edildiği” şeklinde olmuştur [3].

Tüberkülozda damgalanmanın nedenlerini şu şekilde sıralayabiliriz [4].

- TB’un bulaşıcı bir hastalık olması
- TB’un nasıl bulaştığının ve hastalığın seyrinin tam olarak bilinmemesi.
- Bilinse bile **algılanan risk** damgalanma ve izolasyona yol açar. Özellikle sağlık çalışanlarının yarattığı damgalama en sık bu yolla olmaktadır.
- HIV/TB birlikteliği nedeniyle özellikle HIV insidansı yüksek bölgelerde HIV’i çağırıştırması.
- Açlık, yoksulluk algısı yaratması
- Yabancı uyruklu olanları düşündürmesi
- Düşük sosyal statüyü göstermesi
- Kişinin kendisini ürküten bir şeyle karşılaştığında sıklıkla onu kendisinden dışlayıp yabancılaştırma yoluna giderek bilinçli veya bilinçsiz olarak ‘**Hasta olmayı hak edecek bir şey yapmış olmalı.**’ ‘**Bu ona ilahi bir ceza !**’ düşüncesi yaratması.

Sosyal hastalıkların tanı ve tedavi güçlüklerini yaratan damgalanmayla beraber pek çok farklı engeller de

bulunmaktadır. Genelde bu sorun toplumların ekonomik, coğrafi, siyasi yapıları ile ilişkiliyken daha özelde sağlık hizmetlerine ulaşabilirliği belirleyen yaş, öğrenim durumu, cinsiyet (özellikle toplumsal cinsiyet), sağlık güvencesine sahip olma durumu, medeni durum gibi faktörler sağlık hizmetine erişimi etkilemektedir. Çin’de yapılmış niteliksel özelliği de olan iki farklı çalışmada **kadın ve yaşlı olmak** tüberküloz hastalığında sağlık hizmetlerinden yararlanmayı engelleyen önemli faktörler arasında yer almaktadır. Tüberkülozlu kadınlar için hasta olmaları önemli bir **boşanma nedeni** olarak saptanmıştır [5-7] .

Yapılan çalışmalarda TB da damgalanmanın en sık hissedildiği topluluklar;

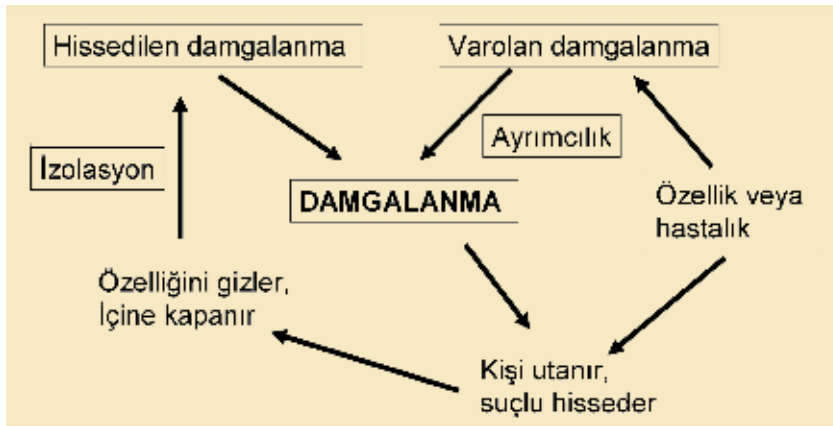
- Kadınlar
- Göçmenler
- Kırsal kesimde yaşayanlar
- Düşük eğitim seviyesinde olanlar olarak saptanmıştır [8-10].

TB hastalarında damgalanmanın en önemli çıktılarında biri sosyo-ekonomik sonuçlarıdır. Toplumdan izolasyon sonucu kişinin gelir kaybına uğraması ya da işten atılması, topluluk içerisine girememesi, aile tarafından hastalığının gizlenmesi veya ailesinden hastalığı gizleme sonucunda ailevi sorunlar yaşanması ve boşanma bunların en fazla görülenleridir [4].

Damgalanmanın tüberküloz tanı ve tedavi uyumuna etkileri

Damgalanmanın TB tanı tedavisi üzerine pek çok araştırma da gösterilmiş olumsuz etkileri mevcuttur. Bunları genel olarak sıralayacak olursak;

- **TB tanısında gecikme**
Damgalanma korkusu nedeniyle şikayetleri TB’u düşündüren kişilerin özellikle de kadınların sağlık kuruluşuna başvurularında toplumlar arası



farklılıklar olmakla beraber gecikme olduğu belirtilmektedir [11-14].

• **TB taramasından kaçınma**
Özellikle aile içerisinde TB hastası olduğu zaman aileler bunu bir aşı-
gılanma olarak gördükleri için TB
taramasından kaçabilmektedirler.
Ya da TB hastası ailesinden durumu
saklamakta ve aile bireylerinin TB
taramasından geçirilmesi engelle-
mektedir. Böylece kaynak olgunun
saptanmasında ve koruyucu tedavi
planlanmasında sorunlar yaşanmak-
tadır.

• **Tedavi uyumunu bozma**
Kişi damgalanma korkusu ya da
damgalanmanın getirdiği izolasyon
ile TB gibi uzun süre tedavi kullan-
ması gereken bir hastalıkta tedavi-
ye uyumu zorlaştırmakta ve tedavi
terklerinin olmasına neden olmak-
tadır. Doğrudan gözetimli tedavi
uygulanmasında da damgalanmanın
getirdiği endişe ile özellikle eve veya
iş yerine sağlık çalışanlarının gelmesi
istenmemektedir.

Sonuç olarak TB hastasındaki damga-
lanma tanı konmasını geciktirmekte
ve tedaviye uyumu zorlaştırmaktadır
[17-19].

Tüberkülozda damgalanmayı ölçmek

Çoğu araştırmada damgalanmayı
ölçmek için kalitatif yöntemlerden
olan ayrıntılı görüşmelerle yapılan
anket sonuçları kullanılmaktadır. Bu
çalışmalara göre TB da damgalanma
prevalansı %27-80 arasında olduğu
görülmektedir. Bu kadar geniş bir
değer aralığı olması tahmin edilebi-
leceği gibi damgalanmanın coğrafik
bölgelere göre ve topluluklara göre
çok fazla değişiklik göstermesinden-
dir [20-22].

Her toplum için o toplumun özel-
liklerine göre TB da damgalanmayı
sonuçlarıyla beraber ölçebilecek,
hissedilen ve var olan damgalanmayı
ayrıt edebilecek anketler, testler ge-
liştirilmesi sorunun boyutunu dahi
iyi ortaya koyabilmektedir.

Ülkemizde tüberkülozda damgalanma ile ilgili veriler

Ülkemizde TB ile uğraşan sağlık ça-
lışanları günlük çalışma hayatlarında;
'Verem hastası oldum hemen işten
çıkdılar', 'Eşimin ailesi zaten beni
sevmezdi bakalım şimdi ne olacak?',
'Ben köydekilere ne diyeceğim şimdi ???',
'Çocuklarla beraber memleketi gitsen,
kocam evde yalnız kalsa daha iyi olur
mu?' türünden sözlerle pek çok kez
karşılaşmıştır. Ancak ülkemizdeki TB
da damgalanma sorunu ile ilgili kı-
sıtlı sayıda veri mevcuttur.

Ankara'da yapılan bir yüksek lisans
tezinde 129 TB hastasının %53,4'de
damgalanma düzeyleri yüksek oldu-
ğu saptanmıştır [23]. Aynı çalışma-
da serbest meslek sahibi hastaların
stigma puanları ev hanımı, memur,
işçi hastaların aldıkları stigma puan-
larından anlamlı derecede yüksek
olduğu, çalışmaya katılan hastaların
%45'inin, dışlanma ve damgalanma
korkusu nedeniyle tüberküloz hasta-
sı olduğunu çevresindeki kişilerden
gizlediği belirlenmiştir.

Aslan ve arkadaşlarının yaptığı bir
çalışmada, 'Hastalığınızı başka biriyle
paylaştınız mı?' sorusuna, hastaların
%21,6'sı kendi hastalıklarını başka
biriyle paylaşmadığı ve nedeninin de
%57,1'sinde 'dışlanmaktan korkmak'
olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada
sosyal yaşam durumunun incelen-
mesinde hastaların %27,9'u 'çalış-
mama ve maddi sıkıntı içinde olmaktan',
%9,3'ü 'ailesinden ayrı kalmaktan',
%9,3'ü 'yalnız olmaktan', %9,3'ü 'has-
tanede yatmaktan', dolayı TB'un ya-
şamlarını olumsuz yönde etkilediği-
ni belirtmişlerdir. Hastaların sadece
%10,3'ü TB'un yaşamlarına önemli
bir sorun getirmediğini açıklamış-
lardır [24].

2010 yılında 262 TB hastasının ka-
tıldığı bir araştırmada hastaların
%37,4'ü tüberküloz hastası olduk-
tan sonra iş yaşamındaki ilişkilerinin,
%19,8'i tüberküloz hastası olduk-
tan sonra komşuluk ve arkadaşlık iliş-
kilerinin bozulduğunu belirtmiştir.
%43,9'u tüberküloz hastası olduk-
tan sonra gelir durumunun azaldığını,

%4,2'si ise hiç iyileşemeyeceğini söyle-
miştir [25].

Kayseri'de yapılan aktif TB hastaları
ile TB geçirmiş hastalarında yapı-
lan depresyon araştırmasında her
iki grupta da kontrol grubuna göre
anlamlı derecede yüksek depresyon
oranları saptanmıştır [26]. Damga-
lanmanın tedavinin bitiminden sonra
bile kaygının önemli bir kaynağı ol-
maya devam ettiğini ve bu durumun
arkadaş ziyareti gibi sosyal aktivite-
leri kısıtladığını bir başka yurtdışı
yayında da bildirilmiştir. Bu bulgular
inaktif olgularda da aktif olgulara
benzer şekilde görülen depresyonu
açıklayabilir [27]. Bu bulgular **TB
hastalığı geçse bile damgalan-
manın kalabileceğini** göster-
mektedir.

Damgalanmayı azaltmak için neler yapılabilir?

Yapılan çalışmalar sosyal açıdan dam-
galayıcı özellik taşıyan hastalıkların
toplumsal algılarının değiştirilebi-
leceğini ortaya koymaktadır [3, 4].
Bu noktada toplumda duyarlılık ça-
lışmaları ve halk eğitimlerinin öne-
mi üzerinde durulması gereklidir.
Hastaların haklarını koruyacak top-
lumun önyargısını eritecek stratejik
yolların belirlenmesi için **basın ve
yayın organlarının** kullanılması
etkili olabilir. Toplum tarafından se-
vilen sanatçı, sporcu, siyasetçi gibi
karakterlerin medyada konuyla ilgili
mesaj vermesi damgalanmayı azalt-
mada önemli araçtır.

Hasta ve yakınlarına TB eğitimi ver-
mek hem çok ucuz hem de hastaların
tedaviye uyumlarını önemli ölçüde
arttıran bir stratejidir. Eğer bu yapı-
lırken hastaların kendi özgüvenlerini
sağlayacak danışmanlık hizmeti de
sağlanırsa (**psikolog desteği**) top-
lam tedavi terkinin %13, kadınlarda
ki terk oranını ise %25 azalttığı gös-
terilmiştir [28].

TB hastalarına sosyo-ekonomik des-
tek sağlayan derneklerin, **hasta ku-
lüplerinin** olması hissedilen dam-
galanmayı önemli ölçüde azaltacaktır.
Ülkemizde TB mücadelesine büyük

katkı yapmakta olan Verem Savaşı Derneklerinin olması, yine TB hastalarının dayanışması için kurulmuş olan Tüberküloz Danışma ve Dayanışma Derneği'nin (TÜDADER) bulunması aslında çok önemli bir kazanımlardır. TB kontrolüne ve damgalanmayı azaltılması konusunda bu tip sivil toplum kuruluşlarına önemli görevler düşmektedir.

Damgalanmayla mücadele konusu dünya da ve ülkemizde şuan için mevcut olan kontrol programları içerisinde tam olarak yer almamaktadır. Konuyla ilgili araştırmalar ve veriler arttıkça konunun önemi daha iyi anlaşılacak ve **kontrol programının önemli bir bileşeni** de damgalanmanın azaltılması konusu olacaktır.

Sonuç olarak;

İnsanın **biyo-psiko-sosyal** bir varlık olduğu gerçeğinden hareketle hastalıkların sadece biyolojik yönden ele alınıp diğer boyutların dikkate alınmaması gibi bir yaklaşım yerine bütüncül yaklaşımla ele alınması gerekmektedir. Öyleyse biyo-psiko-sosyal bakış içerisinde tıbbi bakımın yanı sıra, psikolojik destek, sosyal destek, hastalıkla ilgili bilgilendirme, toplumdaki bilinç düzeyini arttırma, yoksullukla mücadele, eğitimsizlikle mücadele konularının da irdelenmesi gereklidir.

Kaynaklar

1. Goffman E. Asylums: Essays on the social situation of mental patients and their inmates. NY: Anchor Books, 1961; 1.
2. Goffman E. Stigma: Notes on the management of spoiled identity. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1963
3. Mak WWS et al. Comparative Stigma of HIV-AIDS, SARS and Tuberculosis in Hong Kong. Social Science and Medicine (2006) 1912-22.
4. Courtwright A., Turner A. Tuberculosis and Stigmatization: Pathways and Interventions. Public Health Reports. 2010;125,;34-42
5. Feng S, Wu J, Rao Z. Diagnosis delay of new TB cases and its

countermeasures. Sichuan Med 2001; 22:969-70.

6. Dorf C. Consultancy on gender and tuberculosis control in Inner Mongolia. Damien Found 2003.
7. TB and Woman. Stop Tuberculosis Movement Homepage.
8. Eastwood SV, Hill PC. A gender-focused qualitative study of barriers to accessing tuberculosis treatment in The Gambia, West Africa. Int J Tuberc Lung Dis 2004;8:70-5.
9. Panic E, Panic I. Some epidemiological and socio-medical peculiarities of pulmonary tuberculosis (pTB) among individuals from war affected areas (WAA)—experiences and results from north-west Yugoslavia (NWYU). Pneumologia 2003;52:93-8.
10. Berisha M, et al. Level of knowledge regarding tuberculosis and stigma among patients suffering from tuberculosis. Georgian Med News 2009;166:89-93.
11. Pungrassami P, et al. Tuberculosis and AIDS stigma among patients who delay seeking care for TB symptoms. Int J Tuberc Dis 2010;14:181-7.
12. Cambanis A, Ramsay A, Yassin MA, Cuevas LE. Duration and associated factors of patient delay during tuberculosis screening in rural Cameroon. Trop Med Int Health 2007; 12:1309-14.
13. Sabawoon W, Sato H, Kobavashi Y. Delay in treatment of pulmonary tuberculosis: a report from Afghanistan. Environ Health Prev Med 2012; 17:53-61.
14. Kurspahić-Mujić A et al. Tuberculosis related stigma and delay in seeking care after the onset of symptoms associated with tuberculosis. Med Glas (Zenica) 2013; 10(2):272-277
15. Coreil J, et al Cultural feasibility assessment of tuberculosis prevention among persons of Haitian origin in South Florida. J Immigr Health 2004;6:63-9.
16. Watkins RE, Plant AJ. Pathways to treatment for tuberculosis in Bali: patient perspectives. Qual Health Res 2004;14:691-703.
17. Sumartojo E. When tuberculosis treatment fails. A social behavioral account of patient adherence. Am Rev Respir Dis 1993;147:1311-20.
18. Ngamvithayapong J, et al. Feasibility of home-based and health cen-

tre-based DOT: perspectives of TB care providers and clients in an HIV-endemic area of Thailand. Int J Tuberc Lung Dis 2001;5:741-5.

19. Dick J, Schoeman JH. Tuberculosis in the community: The perceptions of members of a tuberculosis health team towards a voluntary health worker programme. Tuber Lung Dis 1996;77:380-3.
20. Qureshi SA, et al.. Patient and health system delays: health-care seeking behaviour among pulmonary tuberculosis patients in Pakistan. J Pak Med Assoc 2008;58:318-21.
21. Ali SS, et al. Tuberculosis: do we know enough? A study of patients and their families in an out-patient hospital setting in Karachi, Pakistan. Int J Tuberc Lung Dis 2003;7:1052-8.
22. Ottmani S, et al.. Knowledge, attitudes and beliefs about tuberculosis in urban Morocco. East Mediterr Health J 2008;14:298-304.
23. Öztürk FÖ. Ankara ilindeki VSD tedavi alan tüberkülozlu hastaların damgalanma durumu. Yüksek lisans tezi Ankara 2013.
24. Aslan D, et al. Self-evaluations of tuberculosis patients about their illnesses at Ankara Atatürk Sanatorium Training and Research Hospital, Turkey. Respiratory Medicine (2004) 98, 626-631
25. Feride Taşkın, Nermin Olgun Akçiğer Tüberkülozlu Hastalarda Yaşam Kalitesi Tur Toraks Der 2010;11: 19-25
26. Demet Ünalın, et al. Tüberkülozlu Hastalarda Depresyonun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Aktif, İnaktif ve Kontrol Gruplarında Belirlenmesi Klinik Psikiyatri 2007;10:113-124.
27. Rajeswari R, ve ark. Perceptions of tuberculosis patients about their physical, mental and social well-being: a field report from south India. Soc Sci Med, (2005) 60(8):1845-1853.
28. Liefoghe R, et al A. A randomized trial of the impact of counseling on treatment adherence of tuberculosis patients in Sialkot, Pakistan. Int J Tuberc Lung Dis 1999;3:1073-80.

Onur Fevzi ERER - İzmir Dr.Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi



I Tüberküloz ve Damgalanma: Hekim Bakışı

I M. Sinan BODUR

msbodurtr@gmail.com

I Tüberküloz ve damgalanma hakkında hekim bakışını ilgilendiren bir yazı hazırlamam istendiğinde ne yazacağımı bilemedim, desem yalan olmaz. Hipokrat yeminli insanların vicdanlarını ilgilendiren bu meseleyi yazmak iki türlü olabilirdi. Birincisi, literatürden yola çıkarak, hepimizin bildiği veya konuya ilgi duyanların google arama motoruna anahtar kelimeleri yazarak çok rahatlıkla akademik ve akademik olmayan makalelere ulaşabileceği kaynaklardan alıntılar yaparak yazabileceğim sofistike yöntemdi. İkincisi ise Dostoyevski'nin 'Yeraltından Notlar' romanı girişinde bahsettiği gibi; kırk yaşına gelmiş aklı başında bir adamın ancak kendisini anlatabileceği, öğretisiyle yola çıkıp kırk yaşına gelmiş bir göğüs hastalıkları ve tüberküloz uzmanı olarak, sizlere naçizane yaşanmışlıklarımı paylaşmaktı. Yazının gidişatından anlaşıldığı üzere ben ikinci yolu tercih ettim. Zaten, 17 Türk Toraks Derneği kongresinde sunduğum anket sorularını da kendimin ve değerli hocam Sn. Dr. Haluk C. Çalışır'ın deneyimleri doğrultusunda hazırlamıştık.

Bir motosiklet özdeyişi der ki; iki tip motorcu vardır, düşmüş olan ve henüz düşmemiş olan. Benzer şekilde, iki tip doktor vardır, tüberküloz vakasıyla karşılaşmış olan ve henüz karşılaşmamış olan. Ülkemiz şartlarında bir hekim, meslek hayatının bir yerinde büyük ihtimalle tüberküloz olgusu ile karşılaşır. İşte o büyümlü anda bir hekim olarak nasıl davranıyoruz? O akademik literatürlerde bahsi geçen; toplumsal normlar ve önyargıların verdiği değerler, yani stigma tanımlarına göre mi? Yoksa kişisel

güvenliğimizi ihmal etmeden medikal anlamda ne gerekiyorsa ve diğer hastalara nasıl davranıyorsak aynı şekilde mi? Bunu irdeleyeceğiz...

Bir soru: Hangimizin kaşesinde 'göğüs hastalıkları ve tüberküloz uzmanı' yazıyor?

Halbuki 'göğüs hastalıkları' branşının doğuşu tüberküloz yüzünden olmamış mıdır? Fitizyoloji ile başlayan göğüs hastalıkları branşı, göğüs hastalıkları ve tüberküloz'a, oradan göğüs hastalıklarına, oradan pulmonolojiye ve en 'seksi' tanımıyla "pulmonary and critical care" uzmanlığına evrilmiştir. Kaşemizde adını görmek istemediğimiz bir bakteri adı; bu bile bize branşımızı veren 'tüberküloz' damgalayıcı tutumumuzu bence yeterince göstermektedir.

Göğüs hastalıkları asistanı tüberküloz hastası takip etmek istemiyor, uzmanı adını kaşesinde görmek istemiyor. Onun yerine 'pulmonology & critical care Phd' olmayı, bronkoscopist olarak bilinmeyi hiç olmadı astım allerji ile beraber anılmayı istemekteyiz.

Peki ya tüberküloz? Heybeliada'ya... Kapandı mı? Süreyyapaşa'ya, Yedikule'ye, Atatürk sanatoryumuna... Yatak sayıları azaldı mı? Verem savaşı dispanserlerine... Nasılsa DGT yapılıyor. Tüberküloz benden uzak tüberkülozculara yakın dursun. Neden? Çünkü, servisimdeki diğer hastaları enfekte etmemem lazım.

Böyle de etik çalışıyoruz. Çünkü, "aktif tüberküloz" olgusu servisi enfekte eder. O yüzden bir tüberküloz

hastası "aktif tüberkülozunu" iyice iyileştirmeden trafik kazası geçiremez, mide kanaması geçiremez, kolanjit olamaz, dişi bile ağrıyamaz... Çünkü servisteki, poliklinikteki, ambulanstaki, koridordaki hastaları enfekte eder. Peki ya beni? Beni boşver ben servisimde yatan diğer hastaları düşünüyorum. Valla bak, izolasyon odam olsa dükkan senin...

Bu yüzden ambulansa bindirilen tüberküloz hastasına basit cerrahi maske yerine, en kalitelisinden egzalasyon valfi olan 3M maske takarlar ki; ambulansın kabini enfekte olmasın. Böyle de bilinçliyiz...

Tüberküloz olgusu, fakülteden içeri giremez hele hele özel hastaneden içeri hiç giremez. Çünkü, negatif basınçlı odası yoktur. Tüberküloz olgusu Akut solunum yetmezliğine giremez, çünkü negatif basınçlı yoğun bakım odası yoktur. Tüberküloz olgusu periferik arter hastası olup kalp damar cerrahisine muayene olamaz. Çünkü, önce aktif tüberkülozunun iyileşmesi gerektir. Tüberküloz olgusu gangren olmuş bacağına amputte edecek yer bile bulamaz..

Şu bir gerçek ki; tüberkülozdan korkuyoruz ve bu yüzden tüberküloz hastasıyla karşılaşmak istemiyoruz, karşılaştığımız zaman da el ayak birbirine dolanıyor, hastayı alsan olmayacak; tek sen değilsin ki, başında kıdemlin var, hocan var, hiç olmadı onların da başında yönetim var, patron var; almasan o da olmayacak; etik var, hipokrat var... En iyisi buldum! İzolasyon odam var mı? Yok... O zaman servisteki diğer hastaları düşünerek, tüberküloz olgusunu reddediyoruz, kaçıyoruz, öteliyo-

ruz, etiketliyoruz, kısaca damgalıyoruz.

Sadece biz mi? Eczacı da öyle. Atipik Tüberküloz olgusunun eşi her zaman müşterisi olduğu eczaneden moksifloksasin preparatı almak için gittiğinde kendisine kibar yollu bir uyarı geliyor: “Hastanızın mikrobu bulaşıcı size de geçmiş olabilir.” Ama bu uyarı öyle bir tonda yapılıyor ki; mikrop size sizden de bize geçmesin, mesajları veriliyor. Tüberküloz olgularının tabaklarına çarpı konulduğu Türk filmlerinden bahsetmiyorum. 21. yy’da bir eczanede yaşanan iletişim modelinden bahsediyorum.

Türk filmleri ve tabak altı çarpılama ile etiketleme dedim de aklıma tüberküloz hakkında ilk izlenimlerim geldi. Tüberküloz ile ilk tanışmam ilkokulda oldu. O afişte öksürüp ortama mikrop saçan kaburgaları sayılı zayıf çocuk ile saçılı basilleri habersizce soluyup hastalığı kapam sağlam ve gülbüz çocuk bulunuyordu. Neyse ki; gülbüz çocuk süt, peynir, et ve yumurta tükettiği için mikropları akciğerinde kireçten bir duvar içine hapseder, verem olmadan işin içinden çıkardı.

Öteki, o zayıf ve soluk benizli çocuk bir Yeşilçam yapımında dertli kederli karşımıza çıkar, elindeki beyaz mendile tükürür ve kamera mendildeki kan ile bir yandan da kahramanımızdaki ‘sonun başlangıcı’ bakışına odaklanırdı. Tabii ki tüm bunlar olayın vahametini yansıtan dehşetengiz bir müzik eşliğinde olmaktadır.

Yine aynı filmin bir başka sahnesinde veremli kahramanımız tabağının altındaki ‘çarpı’ işaretini fark eder.

Artık o işaretlidir.

Subliminal mesaj net; İşaretlenmek istemiyorsan işaretli olandan uzak duracaksın.

Tıp fakültesindeyken birşey dikkatimi çekti; göğüs hastalıkları ile psikiyatri bölümleri hastanenin diğer branşlarına göre tehneydi. Hatta göğüs hastalıkları Anabilim dalı fakülte ana binasından ayrı, müstakil bir binay-

dı. Bir fakülte efsanesi olarak laboratuvarında kırılan Löwenstein Jensen besi yerinden basılı kapam laborantın tüberküloz olduğu arkadaş ortamında ‘çalışma ve eğitim çevremizin ne kadar riskli’ olduğunu kavrarmak için ve anlatılıyordu. Halbu ki, öyle bir laborantın varlığından hiçbirimiz haberdar değildik. Ama öyle enfekte ortamlarda çalışıp eğitim alıyorduk ki, nükleer reaktör kazasına müdahale eden gönüllüler gibi arkadaşlardan takdir bekliyorduk.

Göğüs hastalıkları stajımı tamamladığımda içimde bir korku peyda oldu.

“... ya kaptıysam?”

Hemen göğüs hastalıkları polikliniğine gittim PPD yaptırardım. Sonuç menfi geldi, rahatladım. Kafaya takmadım. Arada birkaç defa kontrol PPD ile kendimi sınadığım oldu. Hepsi menfi, küçük bir kızartı oluyor, onu da BCG eskarıma bağlıyorduk. Hala daha tertemizdim.

Göğüs hastalıkları asistanı olarak Heybeliada Sanatoryumuna başladığımda bol miktarda tüberküloz olgusu ile karşılaştım. Bütün tüberküloz olguları orada. Dirençlisi, dirençsizi, uyumlusu, uyumsuzu, yılların hastası, yan etkisi, etkisizi... Hepsi.

Hepsi de öksürüyor. Hepsi de maske takmıyor. Taksa bile konuşurken önce maskesini indiriyor, kesik bir öksürükten sonra konuşuyor, konuşma bitince maskesini çenesine örtecek şekilde takıyordu. Bir de ilginçtir o maskeyi koridorda, asansörde, odada, röntgende, poliklinikte takmazlar; ama açık havaya çıkınca, ormanda, korulukta yürürken sıkı sıkı takarlar. Ben dahil hepimiz tüberküloza karşı olmasak da tüberkülozlu ya karşı siper almış vaziyettedik. Ama bir yandan da işimiz buydu. Kimsenin bakmak istemediği, adını duyunca dosdoğru Heybeliada’ya gönderilen tüberkülozlu hastalar bizim işimizdi. Bazı hocalar tüberküloz servislerine maskesiz girip vizit yapardı.

İşimiz olan tüberkülozdan kaçış olmayacağına göre önlemlerimizi iyi almamız gerekiyordu. Önlem? Maske... Üç ayda bir dağıtılan 3M egzalyasyon valfli maskeler özel naylon poşetinde herkesin önlük cebinde her an kullanılmaya hazır vaziyette beklerdi. Tüberkülozlu ile karşılaşınca hemen yıldırım hızıyla o maske ağız ve burunu kapayacak şekilde takılırdı.

Bütün bu süngü (maske) tak siper al vaziyetimize rağmen asistanlığımın 6. ayında uzmanlık tezi olarak quantiferon tb gold test çalışan bir arkadaşımız için kan verip PPD yaptırdığımda ne göreyim. PPD 26 mm, quantiferon tb gold test anlamlı ötesi pozitif. Artık ben de enfeksiyon havuzu probleminin bir parçasıydım. Koruyucu tedavi? Neyin koruması? Hem sürekli basil ile karşılaştığın, üstelik her türlü dirençlisi ile karşılaştığın bir ortamda neyin profilaksisi yapılabilirdi ki. INH alayım desen, çoktan INH dirençli bir basil makrofajımda bekliyordur bile, RIF desen keza öyle, diğerleri de öyle... Tek yapmam gereken hücrel bağışıklık sistemime dua etmek ve bu onurlu mücadelelerinde başarılar dilemekti. Ben de öyle yaptım ve hala daha öyle yapıyorum.

Tabi bir de olayın iletişim boyutu var. Tüberküloz olgusu çok özellikli bir olgu grubudur. Kazanılması gereken, sağlığıya ve tedaviye inancının sarsılmaması gereken, kaybedildiği zaman kendisi ile beraber onlarca kişiyi de beraberinde karşımıza hasta olarak getirebilen, o yüzden hekimlik sanatının en ince noktalarında icra edilmesi gereken bir olgu grubudur. Tüberkülozla uğraşan hekimlerin sosyal, düşünsel ve empatik kanallarının açık ve işlevsel olması gerektiğine inanırım. Dedim ya, işin bir de iletişim boyutu var. Asistanlığımızda hasta yatar, hastaya maske takmasını tembih eder, bunu yaparken de ‘maske takmazsan sen iyileşirken başkalarından mikrop kaparsın’ gibi bir açıklamada bulunurduk. Tabi bunun böyle olmadığını hasta da biz de bilirdik. O hastalar maskelerini takmadı. Taksa bile çene altı dediğimiz, göstermelik maske taktılar. Sonraları dedim ki; neden gerçeği söylemiyorum? Kıdemli asistanlığımdan beri tüberkü-

loz hastalarına bilgi verdikten sonra biz sağlık çalışanlarını ve toplumun enfekte olmaması için kendilerinin kapalı mekanlarda maske takması gerektiğini, söylüyorum. Bu açıklama hastaların neredeyse tamamı tarafından kabul gördü. Hastalar toplum sağlığını korumak adına kendilerinde bir sorumluluk duygusu hissediyor ve daha önceleri “kendi sağlığınız için maske takmalısınız” mesajı yerine “toplum sağlığı için maske takmalısınız” mesajına daha çok uyum sağlıyordu. Kısacası hastalar, bize doğruyu söyleyin biz de size inanalım, diyordu. Tabiki, uzun tüberküloz yatışlarında hastaların iyileştiklerini görmeleri de bu uyumlu tabloyu pekiştiriyordu.

Lafı şuraya getireceğim. Yani tüberküloz ile enfekte olup potansiyel tüberküloz olma havuzunda olmayı tabi ki kimse istemez. Doktor olmak demek, sağlık çalışanı olmak demek, bu havuzda olmayı baştan kabul etmek, demek değildir.

Öncelikle, herşey, sağlık politikaları ve yönetimi yapan yetkililerin, tüberküloz gibi damlacık yoluyla bulaşan bir hastalığın varlığını kabul etmekle başlayacak. Bu hastaların diğerleri gibi her türlü hastalığa yakalanabile-

ceklerini, diğerleri gibi acil ameliyata, diyalize, yoğun bakıma muhtaç olabileceklerini bilerek planlama yapmakla çözüme yaklaşılacak.

Sağlık çalışanı tüberküloz olgusuna enfekte olmayı göze alarak sağlık hizmeti vermek zorunda değildir. Ayrıca sağlık çalışanından bu fedakarlığı beklemek ne kadar etikdir? Sağlık çalışanının ‘tüberküloz olgusuna karşı damgalayıcı’ tutumu her türlü enfekte olma korkusundan ve gerekçesinden bağımsız ise gerçek anlamda stigmatdır.

Öncelikli iş, DGTS misali politik kararlılıkta yatıyor. Yani sağlık hizmeti planlayıcılarının, tüberküloz olgularının her türlü sağlık sorunu olabileceğini ve bu sorunları diğer hastaların standartlarında çözümlenmeyi istemesi gerekiyor. Bu amaçla, sağlıkçı güvenliğini sağlamalıdır. Bir sağlıkçı, bir hekim tüberküloz olgusu için ‘şartlarım müsait değil’ diyememeli. Ardından, sağlık hizmeti sunumunda en önemli unsur olan insan gücünün etik ilkeler doğrultusunda işlenmesi gereklidir. Ne yazık ki, etik değerlerden uzak mekanik sağlık endüstrisi içinde hekimlik sanat olmaktan giderek uzaklaşıyor.

Sosyal, düşünsel ve empatik kanallarımızı her türlü damgalayıcı tutumun yenilmesi için işlevsel kılmalıyız. Bunun için kurumsal anlamda gelişim seminerleri verilebilir.

Özetle, özellikle tüberkülozla ilgili hekimler, sağlıkçılar tüberküloz olgularına karşı sağlıkçı bazında yapılan damgalama tutumlarını yakinen gözlemlemektedirler. Tüberkülozla nadir karşılaşan sağlıkçılar da bu yazıyı okuduktan sonra bir gün bir tüberküloz olgusu ile karşılaşınca davranış ve tutumlarını bir gözden geçirsinler.

Son olarak, tüberküloz olgusu takip etmek istemeyen göğüs hastalıkları asistanlarına; hekimliğin sanat olduğunu, hastayı, hasta yakınlarını ve hastalığı başından sonuna her yönüyle yönetmenin hekimlik sanatı, düşünsel boyutu, etik ve sosyal yönleri ile ne olduğunu yaşayarak öğrenmek istiyorsanız, kendinizi tüberküloz servislerinden uzak tutmayınız.

Her türlü öteleyici, etiketleyici, ayırmacı, damgalayıcı düşünce, tutum, davranıştan arınmış vicdanlarımızı rahatsız etmeyen bir sağlık ortamında çalışmak dileğiyle.

M. Sinan BODUR - Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Toraks
Bülteni**



I Eylül’de ERS Kongresi Münih’te I Bülent KARADAĞ

bkaradag@hotmail.com

I Bu yıl Avrupa Solunum Derneği (ERS) Yıllık Kongresi Almanya’nın en güzel kentlerinden biri olan Münih’te yapılacak. 2005-6 yıllarında bir yıl süreyle ERS bursuyla Münih’te çalışmış ve yaşamış biri olarak kongre sırasında boş vakitlerinizde kullanabileceğinizi düşündüğüm küçük bir gezi rehberi hazırladım.

Münih, Bavyera eyaletinin başkenti. Almanya’da yıllardır en çok yaşamak istenen şehir seçiliyor. Diğer Alman şehirlerinde olduğu gibi burada da 100.000 civarında Türk’ün yaşaması birçok semtte yabancılık çekmenizi engelleyecektir. Şehrin merkez nüfusu 1.600.000. Münihliler kuzey Almanlara göre daha cana yakın insanlar. Çok çalışkan oldukla-

rı gibi özellikle hafta sonu eğlenme ve dinlenme konusunda da hayattan keyif almayı severler. BMW, Siemens gibi büyük firmaların merkezi bu şehirdir.

Kongrenin düzenleneceği eylül ayı Münih’te ülkemize göre biraz daha serindir, her an yağmur yağabileceği için mutlaka yağmurluk bulundurmak gerekir.

Kongre merkezi şehre nispeten yakındır. Metro ağı çok iyi çalışır, taksi ihtiyacınız hiç olmayacaktır. Taksicilerin de önemli bir kısmı Türktür zaten. Kongre katılımcıları metrodan ücretsiz yararlandığı için ulaşım rahat olacak.

Şehrin ana tren istasyonu yani Hauptbahnhof, Türklerin çok yoğun olduğu bir semttir. Bu bölgede dönerciler ve kebabçılar vardır, Türk mutfağından ayrılmak istemeyenler için lezzet açısından Türkiye'yi aramazlar. Şehrin merkezi Marienplatz. alışveriş için pek ucuz sayılmasa da meraklıları için Neuhauserstrasse ana alışveriş caddesidir (Resim 1). Lüks mağaza meraklıları aradıklarını Maximilianstrasse'de bulacaklar. Benim en sevdiğim pazarı Viktualienmarkt, özellikle sebze ve meyvelerin sunulduğu şekli dikkatinizi çekecektir (Resim 2). Ayrıca soğana benzeyen kubbeleriyle Frauenkirche de şehir merkezinde görülmesi gereken bir yerdir.

Doğaseverler için Münih, Alplere yakın olması nedeniyle sayısız fırsat sunar. Çok hızlı bir tren ağıyla bir saat içinde kendinizi doğanın kucağında bulabilirsiniz. Bir banliyö olan Starnberg Gölü size bir anda şehirden uzaklaştırır. Biraz daha vaktiniz varsa, Murnau, Walt Disney'e ilham kaynağı olan Neuschwanstein, muhteşem bir bölge olan Berchtesgaden sizi büyüleyecektir. Mozart'ın şehri Salzburg trenle 1.5 saat mesafede yer alır. Almanya'nın en yüksek noktası olan Zugspitze de Garmisch-Partenkirchen'in hemen güneyinde yer alır.

O kadar çok vakit ayıramayacaksanız şehrin merkezinde Avrupa'nın en büyük parklarından olan Englischer Garten size kucağını açar. İçinde iki büyük göl olan bu alan şehrin göbeğinde size doğanın ortasındaymiş hissi verir (Resim 3). Ayrıca şehrin ortasından geçen Isar Nehri de son derece temizdir ve Münihlilere güneşlenme ve yüzme imkanı verir.

Kültür meraklıları için de Münih'te sayısız imkan vardır. Çok geniş resim koleksiyonlarına sahip olan Alte ve Neue Pinakotek, Antik Eserler Müzesi mutlaka görülmelidir. Nymphenburg Sarayı ve bahçesi de doğanın kucağında yer alır, aynı zamanda buradaki İnsan ve Doğa Müzesi de ilginç eserlere ev sahipliği yapar. Şehir merkezindeki Bilim Müzesi'nde (Deutsches Museum) tüberkülozlu hastaların kullandığı balgam şişelerine varıncaya kadar aklınıza gelmedik türlü eserler yer alır.

Gastronomi açısından Münih mutfağı genellikle et ağırlıklıdır. Domuz eti yemekten çekinmeyenler için sosisler denenebilir. Özellikle Weisswurst Münih'e has bir sosistir. Münih'te kaçırmamanız gereken yer, Hofbrauhaus'ta tavuk (Hendl) yemek. Bu kadar lezzetli tavuğu ne yazık ki ülkemizde bulamıyorum artık. Yemek esnasında geleneksel Bavyera müziği de eşlik eder size. Ayrıca geyik eti ve şişte alabalık da deneyebileceğiniz lezzetlerdendir. Münih'te içine koruyucu madde eklenmeyen sayısız çeşitte bira vardır, Weissbier denen buğday birası özellikle meşhurdur. Münih'in meş-

hur Oktoberfest'i 16 Eylül'de yani kongreden bir hafta sonra başlayacağı için kaçıracağız. Çay meraklıları Eilles'den değişik çay türlerini bulabilir. Bir gurme için cennet olan Alois Dallmayr mutlaka gezilmeli. Müzik olarak da Bavyera yerel Alp müziği örnekleri alınabilir.

Spor tutkunları meşhur Arena Stadını gezip Bayern Münih'in soyunma odasına kadar ziyaret edebilirler. Ayrıca 1970 Olimpiyatlarının düzenlendiği Olimpiyat Stadı ve kompleksi de görmeye değer. Otomobil tutkunları için BMW Center unutamayacakları bir deneyim olabilir, internetten önceden rezervasyon yaptırmayı unutmamak gerekir. Klasik müzik ve opera açısından da çok fırsatlar sunan bu kentte, kongre döneminde konser sezonu açılmamış olacağından çok fırsat olmayabilir ama fırsat olursa Bavyera Senfoni Orkestrası kaçırılmamalı derim.

Ben bir İstanbul aşığı olarak başka şehirde yapamam diye düşünürdüm ama Münih beni büyüledi. İstanbul gibi gösterişli değil ama kolay yaşanabilir olması ve sunduğu imkanlar inanılmaz. Kongre sırasında siz de bu şehrin ritmini yakalamayı unutmayın, umarım sizler de benim gibi hayran ve şehrin keyfine vararak (Gemütlichkeit) ayrılacaksınız Münih'ten.

*Bülent KARADAĞ - Marmara Üniversitesi
Tıp Fakültesi, Çocuk Hastalıkları AD, Çocuk
Göğüs Hastalıkları BD, İstanbul*



Resim 1. Marienplatz'da Belediye Binası (Rathaus)



Resim 2. Viktualienmarkt'tan bir görünüm



Resim 3. Englischer Garten'in içinde göller bulunur



Yaşanacak Bir Gün Dahi Olsa

Göksele ALTINIŞIK

altinisikgoksel@gmail.com

I Doktorlukta 23, akademisyenlikte 14 yılım bitti. Artık iş yaşamımın belli bir değişmeze girmesi gerekirdi, değil mi? Hiç de öyle olmadı. Sanki bir dönüşüm başladı ya da yeni dallar verme süreci. Uzmanlık alanım belli. Yılların deneyimi ve bilgi birikimiyle bu alandaki çalışmalarımı taçlandırmaya başlamış, hedef iş doyumuydu ona epeyce yaklaştım. Sanki bir başka alanda, çok da özel bir deneyim yaşadım. Paylaşmazsam olmaz...

Psikoloji her zaman ilgi alanım oldu. Kimse için olmasa da kendimi anlamak için ucundan kıyısından tutmaya, bulaşmaya çalıştım. Kendimi anlarken çevremi de daha başarılı değerlendirmeme olanak tanıdı. Empati, yani başkasının yerine kendimizi koyabilme, mesleğimin olmazsa olmazı, hatta insan ilişkilerinin temel taşı. Empati yanında “Ben dili ile konuşma, iletişimin önündeki engeller, geribildirimde bulunma-isteme” gibi konuları düşünme düşünme yapmakla ömür mü geçer, yapmacık olunmaz mı diyen arkadaşlarım var. Onlara hep söylediğim gibi, “İş, içselleştirene dek; sonrasında yaşam biçimi-davranış kalıbı oluyor ve insan hiç düşünmeden yapıyor bunları”. Kendimden biliyorum. Şimdi bu ilgimi bir kenara koyun. Sonra, anlatacağım diğer parçalarla birleştirirken kullanacağım.

Baştan beri tıp fakültesi öğrencilerim ile ilgilenmekten, bana öğreniciliğimde, meslek yaşamımda dokunan ellerin etkisini bir el öteye geçirmekten büyük mutluluk duyuyorum. Hatta daha da ileri giderek, ölümsüzlük olasıysa bunun yolların-

dan birinin böyle yapmak olduğuna inanıyorum. Öyle ya el vermelerle taşınacağız yok olmamaya. Bize öğretilen temel bir kavram: Hastalık yok, hasta var idi. Bunu ben de öğrencilerime söylüyorum. Yaşamda hemen her şey için geçerli olduğu gibi hastalarla ilgilenmenin de kâğıtlara sığdırılmaz, katı sınıflamalarda/ilkelerde hapsolünmaz “sanatsal” boyutu var. Hekimliği sadece bilim değil, aynı zamanda sanat da yapan yönü bu. Bir süredir, özellikle de psikoloji kavramlarının ışığında hastalarımın sadece hastalıkları ile değil, yaşam kalitelerinin değerlendirilmesiyle de ilgilendiğimden beridir yeni bir söylem belirledim: Aslında sadece hasta da yok, insan var. Bu anlattığımı da cebe koyun...

Ben bu süreçleri biraz daha yoğun yaşamaya başladığımdan beridir hasta profilim de değişti. Çok daha “insanca” anılar biriktirmeye başladım hastalarımınla ilgili. Örneğin, akciğer yıkaması yaptığım ilk hastam, beni hiç görmediğim, bilmediğim bu işlemi kendisine yapmam için ikna etti. Neredeyse baskı yaparak; ben sana güveniyorum sen kendine nasıl güvenemezsin diyerek. Sonra da kendisinden sonraki akciğer yıkaması hastalarımın ziyaretlerine gelecek, hatta “Ameliyathane kapısında bekletin, ana kapıdan girdim koşarak geliyorum” zamanlamasında bile hem bana, hem onlara destek verdi. Gurur duydum; benim hastalarım bir başka diye..

Liseden ayrılmış bir genç kız olan hastamın ise tanısı, bilimsel yayınlara bakınca, onun birkaç yıl içinde yaşamını yitireceğini bilmeme yol açacak

bir hastalıktı. Bir yandan nefes darlığını azaltmaya yönelik uğraşırken bir yandan da nefesini daha fazla kesen duygusal sarsıntılarının muhatabı oluyordum. Aklımın erdiğince, yaşamışlığımın yettiğince önerilerde bulunuyordum. Yaşama dört elle sarıl, yeni uğraşlar bul, bir beceriyi ya da uğraşı en başından öğrenmeye başla diyordum. İçinde yaşadıklarını, yaşamda başına gelen ve seni sarsan, mutlu eden şeyleri yaz, yaz ki dışından bakınca daha tarafsız değerlendirebilesin ve acıtanların etkisini azaltabilesin diyordum.

Evet, baştan beri dile getirdiğim konular dönüp dolaşıp bu hastama gelmek içindi. Sözümlü dinlediğini, bana sürpriz hazırlar gibi bir ajandaya şiirler halinde duygularını yazdığını, o çok genç yaşında aniden kaybetmemizden 6 ay sonra annesinin bir vasiyet şeklinde elime defteri bırakmasını anlatacağım. Annesi “Biz okuduk, okuduk, sonra düşündük ki köy yerinde bunların değerini bilemeyiz. İşe yaradıklarını sağlayamayız. Bunu bir tek sen yapabilirsin diye sana getirdik. Hem zaten sen istedin diye yazıyordu.” diyerek bana çok büyük bir sorumluluk yükledi. Evet, işe yaradıklarını sağlamadım.

Bir olgu sunumu konuşmamda birkaç şiire yer verdim. O dizelerde duyguları, inişleri ve hep çıkmaya çalışmaları, umudu çağırarak umutsuzlukla başa çıkma uğraşları varmış. Koridorda altı dakikada kaç metre yürüyecek diye ölçerek gerçekleştirilen “Altı dakika yürüme testi” benim için 100 m, 200 m, 300 m idi. Anlamı tedaviye yanıt ya da yanıtsızlık göstergesi, prognozu öngörme-

me yardım eden bir parametreydi. Oysa onun

*“Hastane koridoru
Yaşamın anlamı
Koridoru bilmeyen
Yaşamayı da bilmez
Ben koridorda doğdum
Orada mutluyum
Özgürlüğümü haykırıp
Dans etmek istiyorum”*

dediği bir şiiri olduğunu görünce içim burkuldu.

Kelebek gibi ömrü bir gün olsa da **“Ama dolu dolu, özgür/ Acısız yaşam”** dediği şiirinde ona ne zaman, hangi koşullarda söylediğini anımsamadığım

*“Evet, doktorumun söylediği gibi
Yaşanacak bir gün dahi
Acıyla geçirdiğine değmez”*

dizeleri ile kendi söylemim bana güç vermesi, yaşam algımı yeniden gözden geçirmemi sağlaması yaşamın ilginç bir cilvesi oldu.

Hastalık sürecinin bir yaşamı nasıl etkilediğini, yaşamın baharında umutsuzluğun bu denli esiri olmanın ne demek olduğunu doktor arkadaşlarımla paylaşmalıydım. İşte o zaman “işe yarayacaktı şiirler”. Başlangıç için fırsat gecikmedi. Psikiyatri alanındaki asistan ve uzman meslektaşlarımla, ekip arkadaşları psikologlara yönelik Güz Okulu kursunda bir konuşma konusu olarak verildi bana: Hastalıktan Ölüme Travmaya Farklı Bir Bakış. Bu toplantı, Eylül ayı başında Van’da düzenlendi. Ben de hastamın şiirleri, dostlarımla kurguya çok uyan fotoğrafları ile sunumumu hazırladım. Bir yandan, alanı insan psikolojisi olan bir salon dolusu dinleyiciye zaten bildikleri şeyleri söyleyecek olma kaygısı duyuyordum.

Yine de, bir klinisyen hastasıyla bu süreci nasıl yaşıyor sorusunun yanıtını aktarsam bile kendimi “amacına ulaşmış” hissedeceğime karar vererek paylaştım hazırlığımı.

Son şiiri hepimizde hüznün duygusu yarattı:

*“Mahkûmum
Hapishane koğuşunda
Yatan bir insan gibi
Mahkûmum
Ne zor şey mahkûmluk
Bir şeyler yapamamak
Başkalarından medet ummak
Ne zor şey kendini aşağılanıyor hissetmek
Kim bilir bu duyguyu
Günde kaç kişi tadıyor bu duyguyu
Ben yıllardır tadıyorum
Ve artık gücüm tükendi yetmiyor
Toparlanamıyorum
Yaşam bile ağır geliyor
Oysa benim yaşama hakkım yok mu?
Elbette var ama nasıl?
Yaşamak istiyorum
Özgür, mutlu, muhtaçsız
Neşe dolu günler istiyorum
Koşmak, dumsaksızın koşmak
Günleri dolu dolu yaşamak istiyorum”*

Sonuçta, bir kez daha aynı noktaya geldim: Tanısının adını bulup çıkarmak için tetkik tetkik üstüne yaptığımız, yakınmalarına ilaçlar yazdığımız, ilaçların yararını yine testler testlerle araştırdığımız hastalarımızın içlerinde neler yaşadıklarına ne denli bakabiliyoruz? Bakmalı mıyız diye sormadım, fark etmişsinizdir. O sorunun yanıtı birçoğumuz gibi benim için de net: Elbette..

Dinleyiciler arasından bir psikiyatri asistanı sordu: Peki siz bu hastanız için bir şiir yazdınız mı? Hayır, de-

dim, o zaman onu benim için daha bir özel yapacak ve kaybıyla başa çıkmakta daha bir zorlanacaktım. O ısrar etti; psikiyatristler...Travmalarımızla yüzleşmemiz gerektiğinde ısrarcılar... Ben de sunumumdan sonra hastam özelinde değil de bu yaşayanların bende yarattığı duyguyla birkaç dize karaladım:

*“Anladım ki
Veda yalnız söz değil
Söz dediğin
Üç beş kırık ses değil
Sesin yokken
Veda eden dil değil
Yeter ki sev
Unutmak da şart değil”*

Bu sunumu olanak buldukça yapacağım. İnternet canlı yayını yapmayı da ulaşabildiklerimin sayısını artırmak için planladım. Zboxmedia ekibi koşulsuz destek verdiler, bunu bir sosyal sorumluluk projesi olarak ele aldıklarını belirttiler. O sırada tanıştığım sayın Dr. Serdar Kula’nın yorumları söyleşi haline gelmesini, ayrı bir tat vermesini sağladı. Sevgili babam da 1 saatlik kaydı internet sitesine yerleştirdi; kaçırdığına üzülenler için orada linki bekliyor.

(<http://www.mustafaaltinisik.org.uk/TravmadanOleme.mp4><http://www.mustafaaltinisik.org.uk/TravmadanOleme.mp4><http://www.mustafaaltinisik.org.uk/TravmadanOleme.mp4>)

Şimdi sırada bazı Üniversitelerde Tıp Eğitimi anabilim dallarından çağrılar var; öğrencileri ile paylaşmam için. Seve seve katılacağım.

Bir yerlerde denk gelerseniz bana katılın. Dinleyin, üzerinde düşünün, düşündürdüklerini paylaşın. İşe yarasan...

Göksel ALTINIŞIK - Pamukkale Üniversitesi
Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları AD, Denizli



| Hayatın Sınırında Yaşam

| Şerif KURTULUŞ

dr_kurtulus@mynet.com

| Sabahın altısında aynaya bakan bir çift göz... Güzel bir yüz ve estetik bir vücuda bakıp mutlu oluyordu. Yine de hafif nemlendirici sürdü. Fondöten ile renk fonunu oluşturduktan sonra eyeliner ile yeşil gözlerinin ışıltısını yansıttı. Uzun kirpiklerini rimelle daha da belirginleştirerek hafif bir ruj ile makyajını tamamladı. Biraz daha güzelleşmek, biraz daha iç rahatlığı ve özgüven...

Görevli servis aracı gelmiş, yavaşça süzülerek yerini almıştı. Gitmesi gereken herkes yerini alınca, hastane önünden birkaç kişiyi daha alan servis ilçeyi arkasında bırakmıştı bile...

Araçta nice umutlar vardı kampa doğru giden. Uçsuz bucaksız, bir o kadar verimli bahçe ve tarlaların içerisinde (topraklı yolda) ilerlerken, şoförün uygun gördüğü Kürtçe bir

ezgi ve sonrasında kulak tırmalayan arabesk bir şarkı çalıyordu. Kendi güzelliğiyle ortama kattığı havayı kendi müzikleriyle de tamamlamalıydı. Hemen cep telefonunu çıkarıp kaptanın hayır diyemeyeceği bir üslup ile müzik çaların kablo bağlantısını rica etti. Artık Dj kendisiydi. Nurettin Rençber'in "Söyle Sunam'ı ile başlamıştı. Ardından her dinlediğinde kendi yaşamını bulduğu Şivan Perwer Xanima Min (Hanımım) şarkısı ve bitiminde insanlık dersi vermek istercesine Carol Samaha'dan Arapça bir ezgi "Bisabah el alf el talet" ile devam etmişti. Ve beklenen an! Hareketli Arapça şarkıyla ortam şenlendi. Serviste birkaç kişi alkış tutarak eşlik etmişti ve böylece güzel bir güne başlanmıştı.

Servis tellerle çevrili Çadır Kent'e yaklaştıkça coşkulu hava yerini bilindik-kasvetli bir ruh haline bırakıyor-

du. Bu durum giriş kapısında servisin içine gelen güvenlik görevlisinin Arapçayla "Suri bi?" (Suriyeli var mı?) sorusuyla esprilere karışıp gitmişti bile...

Ve yine aynı işi yapmaya geldiği sıradan bir gün. Hani diplomalı olmasa bile o artık profesyonel bir tercüman idi. Bazen güvenlik, bazen sağlık, bazen de ikili ilişkilerde en mahremi bile tercüme etmişti.

Yine telsiz anonsu, telsizin mandalına basarak söylenene cevap verdi. Güvenlik ekibiyle birlikte bir araca binip, yan yana sıralanmış ve tel örgü ile birbirinden ayrılmış mahalleler arasından geçerek, ana caddeden geçtiler ve 17. Mahalleye vardılar. Olay mahalline geldiklerinde durum kontrol altına alınmış, kendisi, bayan güvenlik ile birlikte darp edilen kadına eşlik etme - revire götürme



görevi verilmişti. Revirde hastaya refakat ederken, tahkikat yapan güvenlik ekipleri ile kadın arasında duygusal köprüsü oluyor. Kocasının tarafınca darp edilen kadının acısını derinden hissediyordu. Zaten bu duygu ona yabancı değildi. Dönem dönem annesi de aynı şiddeti babasından görmüştü. Her seferinde de annesi isyan etmemiş, babasını haklı görmüş ve onu korumuştur. Yine de; kocasının tarafınca darp edilen kadının yerinde bir an bile olmak istemezdi. En azından bu kadar güzel ve alımlı bir bayan olmanın verdiği özgüvenini rahatlatmaya yetiyordu.

Söylenenleri tercüme etmeye çalışırken birden sesi kısılır gibi oldu. Konuştukları boğazında düğümlendi, kalp atışı hızlandı. Avuç içi terledi. O altın saçlı çocuk karşısına çıkmıştı. Çıkmakla yetinmeyip refakat ettiği hastaya “mama..!” (anne..!) diye sarılmıştı.

Yine kendini kontrol edemiyordu. Kendisine bile itiraf etmeye korktuğu o çocuk yine karşındaydı. Annesinin çaresizliğine kederlenen çocuğun hali bile O’nu çekiyor, gözlerinin maviliğine kendini teslim etmek istiyordu.

Altın saçlı olmasının yanında toplumda kabul gören davranışları da onu etkiliyordu. Farklı olmanın, farklı düşünenin bir savaş nedeni olamayacağını düşünüyordu. Anlaşamayan toplumların gelecek nesiller ile bu sorunları çözebileceğine inanıyordu. Dolayısıyla “savaşın kazanı olamaz” diyordu. Merkezi iktidarı hiç sevmemişti. Ancak farklı ülkelerden güya ülkelerini kurtarmaya gelen savaşçıları daha büyük tehdit olarak görüyordu. Zaten bu düşüncelerine cevap veremeyen diğerleri artık onu aralarına almıyor, yaptıkları toplantılara katmıyorlardı.

Bir mülteci..!

Hayır..!

Böyle bir şey asla olamaz, olmamalı diye içinden geçirdi. Bir an önce bulunduğu ortamdan uzaklaşmalıydı. Artık daha fazla acı çekmek istemiyordu.



Arkadaşını arayarak görev değişimi teklif etti ve hızla ortamdan uzaklaştı. Annesine sarılıp ağlamak istiyordu. Kendini yalnız ve umutsuz hissetti.

Arkadaşının yerine oturdu ve neredeyse 100 kişiden fazla olan hastaları sırayla doktora tercüme etmeye çalıştı. Ateşlenen çocuğun annesinde oluşan korkuyu, yüzündeki sivilceyi yok etmek isteyen genç bir kızın güzellik kremi ısrarını, ileri bir merkeze sevk almak için nice bahaneler sunan amcayı, vaginal akıntısı olan hastanın çekingenliğini tane tane, objektif ve profesyonelce aktarmıştı doktora. Yeri geldiğinde, bazı mültecilerin yeni doğan çocuklara “Türkiye” ismi koyduğunu, yeni başlayan her doktora anlatıyordu. Ve akşam olmuştu, bir poliklinik hizmeti daha bitmişti.

Akşama doğru anlamsızlaşan korkunun yerini çiğ köfte merasimi ile hafif acımsı bir tada bıraktı. Çiğ köfteyi eritmek için çadır kent’in içindeki ana caddeyi adımlamaya başlamışlardı. 3-4 km’yi bulan cadde O’na mutluluk veriyordu. Caddenin her iki tarafında nice güzellikler vardı. Ayakkabı tamircisinden tatlıcıya, kahvehaneden kuş satıcısına, internet kafeye kadar birçok işyeri vardı. İnsanı rahatlatan kalabalıklar dâhil...

Ve artık dinlenme saati... Kendi arasında personel geceyi bölüşmüştü. İlk kısım görev icra edilmiş ve gecenin 2’sinde güzel bir uykuya doğru

konteynıra gitmişti. Yatağına uzanmış altın saçlı çocuğı düşünüyordu, yasak bir aşkın hayalini kuruyordu. Birden sesler gelmeye başladı.

Önce bir tane düştü,

ve bir tane daha

ve yine aynı oldu.

Bu sefer üç tane bir anda...

Belki de son bir çığlık karışıp kayboldu bu sesler arasında, kimbilir..!

Biraz uzağında olsa da top-silah sesleri ürperti veriyordu O’na...

Yatağından yavaşça kalktı. Arkadaşının yatağına yavaşça uzandı. Arkadaşına sarılıp “korkuyorum” dedi.

Sabah nöbet devri yapılmış. Görevli servise binilip geri dönüşe geçilmişti. Serviste herkes gece gelen silah seslerini konuşuyordu. Yatağına uzandığı kız arkadaşı yüksek sesle kendisinin ürkek bir ceylan gibi nasıl korktuğunu ve yanına uzandığını anlatıyordu herkese...

Evet korkmuştu...

Ve bu şekliyle bilinmeliydi. Hâlbuki silah seslerinden öte, Altın saçlı Çocuğı ve kaybettiğı gelecek umutlarını gizlemeliydi...

Şerif KURTULUŞ - Ceylanpınar Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniğı, Şanlıurfa



Kulakların Çınlasın

Belkıs DİLMEN UÇAROĞLU

dilmendr@hotmail.com

Bazen kulaklarınız öyle çok çınlar ki sanırsınız içinde zil takıp oynayan bir çengi var. Sağ kulağınız çınlarsa dostunuz, sol kulağınız çınladıysa bir düşmanınız sizi anıyordur der büyükler. O küçücük organın içinde sanki son seferini yapan bir tranvay seyretmekte ve yaşlı vatmanın eli klaksonda çın çın da çın çın.... O ses beyninize kadar gider ve susmak bilmez hiç. Size çok rahatsızlık veriyor ve sık sık tekrarlıyorsa bırakın siz yaşlı ninelerinizin öğütlerini de bir Kulak-Burun -Boğaz uzmanının yolunu tutun tez elden. Hastalık varsa tanısı konulsun ve de tedavisi de başlasın geç kalmadan...

Öyle her söylenene de kulak asmayın ,amiyane tabirle “Ağzı olan konuşur” denilir ya ,siz pek aldırmayın her denilene. Elin ağzı torba değil ki büzesiniz,onlar varsın söylesinler. Bazıları da ısrarla söyler; “Bak kulağın küpe olsun” diye tekrar tekrar... Belki bazılarını ciddiye almanız gerekebilir o zaman....

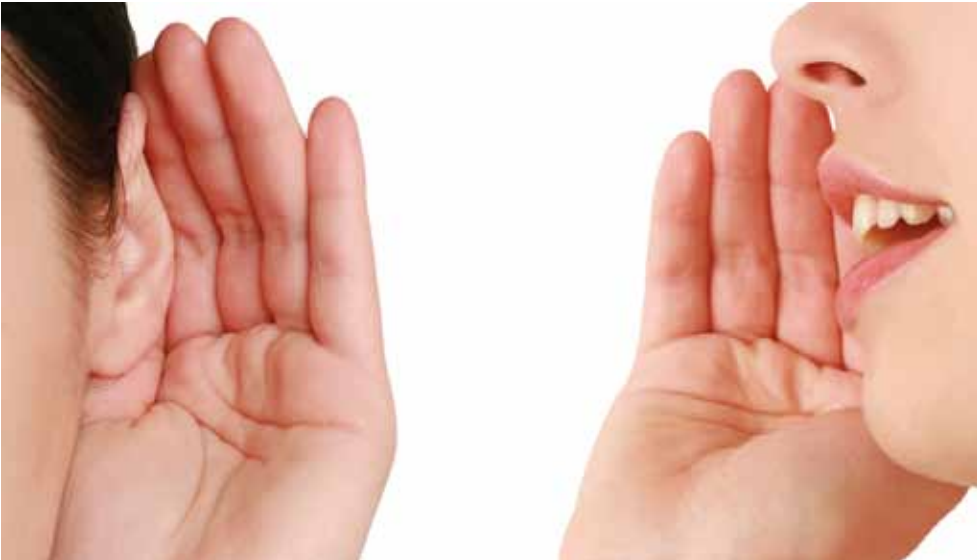
Kimileri de kulağınıza kar suyu kaçıtır şöyle ufaktan, arkadan gelecek kocaman bir kartopunun ya da çığla kopacak büyük bir kar kütesinin habercisidir bu bilesiniz. O yüzden siz önemseyin kar suyunu ve önleminizi de alın zamanında.

Çocukken en sevdiğimiz oyunlardan biri “Kulaktan kulağa” ydı, 7-8 belki 10 çocuk biraraya gelince hemen heyecanla yan yana dizilir otururduk. En baştaki yanındakinin kulağına birşeyler fısıldar o da yanındakine... Ve en sondakine sorulurdu “Yanındaki ne dedi” diye. Öyle eğlenceli cevaplar çıkardı ki herkes katılırdı gülmekten. Örneğin en baştaki “Banka kapalı” demişse bu cümle en sondakine gelince “Balık kafalı” haline dönüşmüş olabilirdi. Bu örnekte de görüldüğü üzere her kulağınıza fısıldanana da prim vermeyin öyleyse, bu sadece çocukluğunuza özel sevimli ve ucuza satın alınabilen bir oyun olarak kalsın anılarınızda...

Kulak vermek, kulak kabartmak da meraktan yaptığımız çok da etik olmayan eylemler. “Aç kulağımı da iyi dinle” derken çocuğunuza ya da “Bana kulak ver,bak ne diyeceğim” diye söze başladığınızda yanınızda kine bir hakimiyet isteği ve endişesi beliriyor sanki sizde, dinleyenin pek de hoşlanmadığı.

Bir de kulak misafiri olmak vardır zaman zaman onun da sonunda tatsız sonuçlar çıkabilir duymaktan çok pişman olacağınız. O yüzden siz misafirliğin kulakla yapılanından vazgeçin de klasiğini tercih edin ben- ce, daha şık olur böylesi... Küçücük kulakta değil kocaman evlerde sürün misafirliğin keyfini gönlünüzce ve en sevdiklerinizle değerli okurlar, her şey dileğinizce olsun,sağlıcakla kalın...

Belkıs DİLMEN UÇAROĞLU - Özel Metropol
Tıp Merkezi, İstanbul





Bu sayımızda, benim yaz akşamlarında en sık ikram ettiğim iki yabancı pasta tarifini vermek istiyorum. Biri Amerikalıların akşamüstü konuklarına kahve yanında ikram ettikleri-argoda güzel kız anlamında kullandıkları-cheesecake, diğeri İtalyanların iyi bir akşam yemeğinin ardından lezzetin doruğuna varmak için yedikleri-İtalyanca zirveye çıkmak anlamına gelen-tiramisu... Lezzetli dost sohbetlerinde yemeniz dileğiyle. Afiyet olsun ☺

ŞEFTALİLİ* CHEESECAKE

Malzemeler

- 1 paket burçak bisküvi
- 2 yumurta
- ½ su bardağı şeker
- 1 paket labne peyniri
- 1 paket krema
- 1 çorba kaşığı un

Yapılışı

Bisküviler rondodan geçirilip incecik hale getirilir ve 1 tatlı kaşığı tereyağı ile yoğrulduktan sonra bir pasta kalıbına ince bir tabaka halinde yayılır. Beyaz kreması için, şeker ve yumurta iyice çırpılır, ardından un, peynir ve krema katılarak tekrar çırpılır ve bisküvi katının üzerine iyice yayılır. Bu kek 150 derece fırında yaklaşık 1.5 saat kadar pişirilir ve soğumaya bırakılır. Soğuduktan sonra üzerine kabukları soyulmuş şeftali dilimleri dizilir.

Cheesecake'in üst kat meyve jölesi

- 1 çay bardağı nişasta
- 1 çay bardağı dolusu kuru halde şeftalili toz içecek
- 1 çay bardağı şeker
- 5 çay bardağı su

Tüm jöle malzemesi ocakta pişirilir ve henüz sıcak iken soğutulmuş kek üzerine dökülür. Cheesecake buzdolabında en az yarım gün dinlendirildikten sonra servise hazır olur. Afiyet olsun...

***Şeftali dışında diğer meyvelerle de yapılabilir.**

TİRAMİSU

Malzemeler

- Kahveli karışım
- 1 adet vanilyalı 3 katlı pastaban
- 1 su bardağı sıcak su
- 3 çorba kaşığı nescafe
- 1 çorba kaşığı kahveli likör
- 1 çorba kaşığı toz şeker
- Beyaz krema malzemeleri
- 1 kg süt
- 1 su bardağı toz şeker
- 1 su bardağı un
- 1 paket vanilya
- 1 paket labne peyniri

Yapılışı

Kahveli karışım malzemelerinin tümü karıştırılır ve beyaz pastabanın her katı ve tüm yüzleri bu karışım ile iyice ıslatılır. Labne peyniri dışındaki beyaz krema malzemeleri ocakta pişirilir ılık hale geldikten sonra labne peyniri de katılarak bir mikser yardımıyla iyice çırpılarak kıvamlı bir hale getirilir. ıslatılmış kekin her katına ve en son da pastamızın tüm yüzünü tamamen kaplayacak şekilde her tarafına yerleştirilir, üzerine bol toz kakao serpilerek buzdolabında en az yarım gün dinlendirildikten sonra servise hazır olur. Afiyet olsun...

YILBAŞI KURABİYELERİ (GINGER COOKIES)

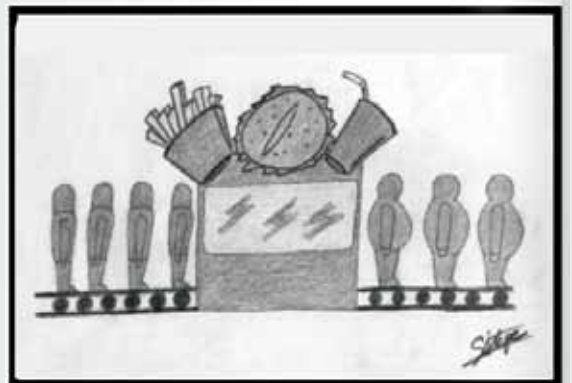
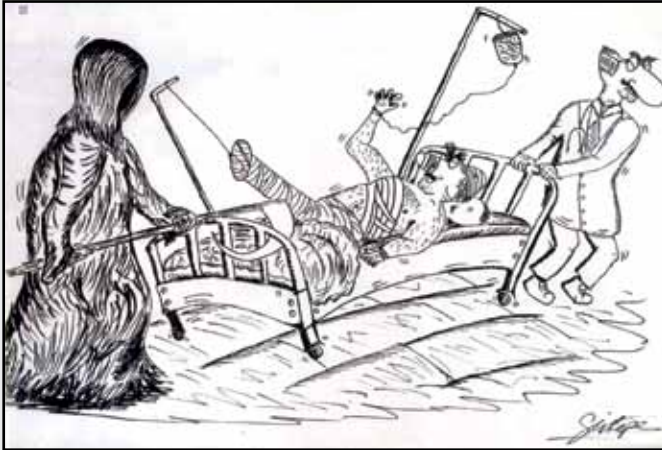
Hepimize bu yılbaşı kurabiyeleri gibi tatlı, huzurlu, mutlu, sağlıklı, barış ve sevgi dolu bir 2014 dileğiyle.....

Malzemeler

- 1 yumurta
- 1 çay kaşığı toz tarçın
- 1 çay kaşığı toz zencefil
- 1 çay kaşığı toz karanfil
- 1 çay kaşığı toz kakule
- 100 gr tereyağı
- 1 küçük fincan sulandırılmış pekmez
- 1 küçük fincan esmer şeker
- Aldığı kadar un

Yapılışı

Oda ısısında yumuşamış tereyağı ve yumurta iyice yoğrulur, ardından şeker ve pekmez eklenerek homojen bir kıvam alana dek yoğurmaya devam edilir. Daha sonra toz baharatlar ve unun da katılması ile çok yumuşak olmayan bir hamur elde edilir. Hamur buzdolabında 1-2 saat dinlendirilir, mutfak tezgahına yayılır, merdane yardımı ile açılarak yayılır, istediğiniz kalıplarla şekiller verilerek, yağlı kağıt serilmiş tepsiye dizilir, 160 C'de önceden ısıtılmış fırında 15 dakika pişirilerek ikram edilir, afiyet olsun.



I Göğüs Hastalıkları Alanında Yeni Bir Kitap

I Göğüs Hastalıklarında Son Gelişmeler

Prof. Dr. Ali Kocabaş'ın editörlüğünü yaptığı "Göğüs Hastalıklarında Son Gelişmeler" kitabı Akademisyen Kitabevi tarafından yayınlandı. Önümüzdeki günlerde tıp kitapçılarında satışa sunulacak olan bu kitap 594 sayfa uzunluğundadır. Solunum hastalıklarında son gelişmeler, tüberkülozda son gelişmeler, çocuk tüberkülozunda son gelişmeler, tütün ve sağlık, sağlık politikaları başlıkları altında yer alan 63 bölümde 53 yazarın yazıları bulunmaktadır. Kitap, Akademisyen Kitabevinden (www.akademisyen.com) temin edilebilir.



I Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA) Koruma, Tanı Ve Tedavi Raporu (2014)

I Türk Toraks Derneği KOAH Çalışma Grubu tarafından hazırlanan "Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA) Koruma, Tanı ve Tedavi Raporu (2014)" yayınlandı ve Türk Toraks Derneği 16. Yıllık Kongresi sırasında üyelerimize dağıtıldı. Hazırlanmasında 10 yazarın görev aldığı, 76 sayfa boyutlarındaki bu rapor, birkaç konuda farklılık göstermekte. Bunlardan ilki, raporun daha çok koruma üzerine yapılandırılması (birincil, ikincil, üçüncül koruma), ikincisi ise bir tanı-tedavi rehberi veya uzlaşma raporundan çok tanı-tedavi ile ilgili değişik önerilerin güçlü ve zayıf yanlarıyla belirtildiği bir metin olmasıdır. Belirtilmesi gereken bir diğer farklılık da, bu raporda ilk kez sağlıkta eşitsizlik ve KOAH konusunun ayrıntılı bir şekilde anlatılmasıdır.

Aşağıda verilen raporun sunuş bölümü, rapor ve ülkemizdeki KOAH'ın durumu hakkında yeterince aydınlatıcı özelliktedir.

I Türk Toraks Derneği KOAH Çalışma Grubu, 2000 yılında yayınladığı "KOA Tanı ve Tedavi Rehberi" ve 2010 yılında yayınladığı "KOA Tanı ve Tedavi Uzlaşma Raporu" nun ardından, geçen yıl içinde rehber güncelleme tartışması yaşamıştır. Uzun bir süre devam eden bu tartışmalardan sonra, çalışma grubumuz, son bilimsel gelişmelerin ve Türkiye 'deki KOAH koruma, tanı ve tedavi pratiğinin tartışıldığı bir rapor hazırlama-ya karar vermiştir. Bunun başlıca üç nedeni bulunmaktadır:

1. Türkiye’de KOAH’ın neden olduğu hastalık yükü, hastalığın prevalans, insidans, mortalite ve risk faktörleri ile ilgili ulusal düzeyde yeterli veriye halen sahip değiliz. Klinik pratikte hastalığın tanı ve tedavisi ile ilgili sorunların niteliği ve boyutları ile ilgili güvenilir bilgiye de sahip değiliz. Yeni yayınlanan Sağlık Bakanlığı (SB) Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması’nda ülkemizdeki spirometri uygulamalarında saptanan çok ciddi nitelik sorunu, mevcut koşullarda rutin hizmetlerden elde edilen KOAH ile ilgili bilgilerin güvenilirliğini de tartışmalı hale getirmektedir (1). 2007 yılında büyük ümitlerle ve kapsamlı bir eylem planıyla oluşturulan Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programının henüz bu bilgilere ulaşamamış olması üzüntü vericidir. Bu koşullarda, büyük oranda bir küresel rehberin çevirisi niteliğinde olacak olan bir “Ulusal” veya “Uzlaş” rehberi oluşturmayı etik açıdan uygun bulmadık.

2. Türkiye’de hekimlerin KOAH ile ilgili ulusal ve küresel rehberlere uyum oranı %20’dir. Yapılan son bir çalışmada, Türk Toraks Derneği ve GOLD Rehberlerinin aksi yöndeki önerilerine rağmen, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlerinin GOLD Evre I ve II’deki hastaların %80’ine inhale kortikosteroid önerdikleri saptanmıştır (2). Buna ek olarak, SB Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması’nda ülkemizde ikinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılan spirometritlerin ancak %22.6’sının uygun ve doğru yapılabildiği görülmüştür. Bir rehberin önerilerinin günlük klinik pratiğe yansımamasının birçok nedeni bulunmaktadır. Bunların içinde bizimle ilgili en önemli nedenler, yeterli veri bulunmamasından ötürü sağlıklı bir

durum analizinin yapılamamış olması, rehberin birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık çalışanları ve diğer paydaşlarla birlikte hazırlanması ve daha başından etkin bir rehber tanıtım etkinliğinin planlanmaması ve yürütülmemesidir. Mevcut koşullar altında, hayata dokunan, klinikte pratikte etkin olarak uygulanabilecek sağlıklı bir ulusal rehber hazırlamanın olanaklı olmadığını düşündük.

3. Son yirmi yılda yapılan çalışmalar, bir toplumun sağlığının %15’inin biyolojik ve genetik faktörlere, %10’unun fiziksel çevreye, %25’inin sağlık hizmetlerinin tedavi çalışmalarına, fakat %50’sinin tümüyle sosyal ve ekonomik çevreye bağlı olduğunu ortaya koymaktadır (3). ATS ve ERS’nin konu ile ilgili raporunda, sağlıkta eşitsizliğin, solunum sistemi hastalıklarında, diğer sistem hastalıklarına göre daha yaygın olduğu ve en düşük sosyoekonomik grupların, en yüksek sosyoekonomik gruplara göre, 14 kat fazla solunum sistemi hastalığına sahip olduğu bildirilmiştir (4). Yapılan çalışmalarda, eğitim, meslek ve gelir düzeyi ile ölçülen sosyo-ekonomik durumdaki eşitsizliğin kaldırılmasının, bugün kullandığımız KOAH ilaçlarından daha büyük etkiye sahip olacağını düşündürmektedir (5). Bu veriler bize, KOAH tanı ve tedavisine sadece hastane ve ilaç tedavisine dayalı biyomedikal yaklaşım yerine sosyal tıp anlayışı ile yaklaşımın gerekli olduğunu göstermektedir. Bu raporda KOAH’a, sadece gelişmiş ülke rehberleri bakış açısıyla değil, koruyucu tıp anlayışı ve ülkemiz insanların yaşadıkları, çalıştıkları ve yaşlandıkları çevre, eğitim ve gelir düzeyleri, inanışları, değerleri, ilişkileri ve sağlık hizmetlerine ulaşım olanakları açısından da bakmayı denedik.

Bu raporun, ülkemizdeki insanların KOAH’lı olmaması, KOAH’lı hastaların ise daha sorunsuz, mutlu ve daha uzun yaşam sürmelerine katkıda bulunması diliyoruz.

Saygılarımızla
Prof. Dr. Ali Kocabaş
KOAH Çalışma Grubu Başkanı

1. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 909, Ankara, 2013.
2. Şen E, Güçlü SZ, Kibar I ve ark. Türkiye’de göğüs hastalıkları pratiğinde KOAH hastalarının evrelere göre dağılımı ve tedavi yaklaşımları: Çok merkezli gerçek yaşam çalışması (abstract). Türk Toraks Derneği 17. Yıllık Kongresi 2014; Antalya: SS115
3. Canadian Institute of Advanced Research, Health Canada, Population and Public Health Branch. AB/NWT 2002, quoted in Kuznetsova, D. (2012) Healthy places: Councils leading on public health. London: New Local Government Network. Available from New Local Government Network website
4. Schraufnagel DE, Slasi F, Kraft M, et al. An official American Thoracic Society and European Respiratory Society policy statement: disparities in respiratory health. Eur Respir J 2013;42:906-15.
5. Gershon AS, Dolmage TE, Stephenson A, Jackson B. Chronic obstructive pulmonary disease and socioeconomic status: a systemic review. COPD 2012;9:216-26.



I Dernek Faaliyetleri (Ocak-Nisan 2014)

OCAK



1. TTD İstanbul Şubesi, 2014 yılının ilk Tevfik Sağlam Toplantısı 8 Ocak 2014 tarihinde İstanbul Titanic Otel'de yaklaşık 160 üyemizin katılımıyla gerçekleşmiştir. Toplantımız serbest kürsü bölümünde, Kartal Eğitim Araştırma hastanesinden Dr. Nesrin Kırıl'ın ilginç olgusu sunumu, arkasından Dr.Emel Eryüksel moderatörlüğünde değerli hocalarımız Dr.Aykut Çilli ve Dr. Turgay Çelikel Ağır pnömoniler konusundaki paneli ile devam etmiştir.



2. Türk Toraks Derneği İzmir Şubesi Solunum Fonksiyon Testleri Kursu 11 Ocak 2014 tarihinde yapıldı.
3. TTD ANKARA ŞUBE TOPLANTISI, 21 OCAK 2014, BİR DEMET İNTERSTİSYEL AKCİĞER HASTALIĞI konulu toplantı yapıldı.

4. TTD Orta Anadolu Şubesi olarak 22 Ocak 2014'de Doç. Dr. Gökhan Metan'ın sunumuyla "Sağlık Bakımı İlişkili Pnömoni" başlıklı toplantı 25 kişilik katılımcı ile gerçekleştirildi.
5. TTD İzmir Şubesi, 'Evre I KH-DAK Tedavisinde Yenilikler' konulu toplantı, 22 Ocak 2014 Çarşamba, 18.00 – 19.30, İzmir Swissotel Grand Efes, Convention Center



6. Güneydoğu Anadolu Şubesi, Konu:- Soliter Metastazı Olan Akciğer Kanserli Olgulara Güncel Bakış. Dr. Serdar Onat.

ŞUBAT



1. 1 Şubat 2014 tarihinde Türk Toraks Derneği Deneyisel Araştırmalar Çalışma Grubu, Türk İmmunoloji Derneği ve Koç Üniversitesi işbirliği ile İstanbul'da Göğüs Hastalıklarında Primer İmmün Yetmezlikler: Tanı ve Tedavi Kursu düzenlendi.

2. Şubat Ayı Tevfik Sağlam toplantısı 5 Şubat 2014 Çarşamba günü İstanbul Topkapı Eresin Otel'de yapıldı. Toplantı, İstanbul Genel Sekreteri Dr. Gülcihan Özkan'ın güncel duyuruları yaptığı açılış konuşması ile başladı. Serbest kürsüde Organ Nakli İstanbul Bölge Koordinatörünün organ bağışi ile ilgili konuşması ile devam etti.



3. 07 Şubat 2014 tarihinde Türk Toraks Derneği İzmir Şubesi tarafından Pulmoner Hipertansiyon Kursu Yapıldı.

4. Türk Toraks Derneği Ankara Şubesi Aylık Bilimsel Toplantısı
Yer: Crowne Plaza Otel
Tarih: 13 Şubat 2014
Saat 17:30-18:00 : İkram
Saat 18:00-19:30: Bilimsel Toplantı
Bilimsel Toplantı Programı:

- Akciğer kanserinde tromboz: Etiyolojiden tedaviye farklılıklar (Mini Konferans)

Prof. Dr. Meltem Aylı (Ufuk Ü.T.F, İç Hastalıkları AD Hematoloji BD)

- Soliter pulmoner nodüle yaklaşım- da zor noktalar: Milimetrik ve buzlu cam dansitesinde nodüller (Mini Konferans)

Prof. Dr. Meral Gülhan (Ufuk Ü.T.F, Göğüs Hastalıkları AD)

- Örnek olgular

Yrd. Doç. Dr. Evrim Eylem Akpınar (Ufuk Ü.T.F, Göğüs Hastalıkları AD)

- Aşkın Nörobiyoloji (Yuvarlak Masa)

Prof. Dr. Serdar Kula (Gazi Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Kardiyo-loji BD)

Prof. Dr. Neslihan Bukan (Gazi Ü.T.F. Biyokimya AD)

Prof. Dr. Süreyya Barun (Gazi Ü.T.F. Farmakoloji AD)

5. Orta Karadeniz Şubesi: SAMSUN

Hasta monitörizasyonu, mekanik venti-lasyon

Tarih: 15.02.2014



- Teorikten Pratiğe İnvaziv Mekanik Ventilasyon

TTD Orta Karadeniz Şubesi ve Solu-num yetmezliği yoğun bakım çalışma grubu etkinliği

Yer: 19 Mayıs Üniversitesi Göğüs Has-talıkları

Tarih: 15.02.2014

6. Türk Toraks Derneği Okul, Şube ve Çalışma Grubu kurs etkinlikleri kapsamında İstanbul Şubesi ile bir-likte çalışma grubumuz, Yoğun ba-kım ünitesinde temel ekokardiogra-fi kursunu 16.02.2014 tarihinde 33 katılımcı ile tamamladı.

7. 19 Şubat çarşamba günü, beşincisini gerçekleştirdiğimiz Klinik Sorunlar Online Vaka Toplantısı'nda ülke-mizin dört bir yanından 70 kişi bir arada olguları tartıştı.

8. Güneydoğu Anadolu Şube Etkinliği

Prof. Dr. Uğur Topal: Akciğer Grafileri-nin Değerlendirilmesi

Prof. Dr. Recep Savaş: Toraksta PET-BT Uygulamaları

Prof. Dr. Figen Başaran Demirkazık: İn-terstisyel Akciğer Hastalıklarında radyo-lojik bulgular

Doç. Dr. Selen Bayraktaroğlu: Akciğer kanseri yeni evrelemesinde değişiklikler

Tarih: 21 Şubat 2014 Saat: 18.30

Yer: Liluz Otel/Diyarbakır

9. Türk Toraks Derneği, Okul, İstan-bul Şubesi ile Solunum Yetmezliği ve Yoğun Bakım Çalışma Grubunun Noninvazif mekanik ventilasyona başlayanlar için "Noninvazif meka-nik ventilasyon kursunun ABC'si" kursunu 21-22 Şubat 2014 de ta-mamladı. Kurs, İstanbul Süreyya-paşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hista-nesinde başarılı bir şekilde gerçek-leştirildi.

10. TTD İzmir Şubesi 'Girişimsel Bron-koskopi' konulu toplantı. 25 Şubat 2014 Salı, 18.00 – 19.30, İzmir Swisotel Grand Efes, Convention Center yapıldı.

MART



1. Güneydoğu Anadolu Şubesi-Mardin İl Temsilciliği, 11 Mart 2014,

Artuklu Üniversitesi Atatürk Kültür Merkezi Konferans Salonu, Mardin Halk Sağlığı Müdürlüğü işbirliği ile, Pulmoner Rehabilitasyon ve KOAH ko-nulu toplantı yapıldı.

2. 12 Mart 2014,

Artuklu Üniversitesi Atatürk Kültür Merkezi Konferans Salonu, Artuklu Üniversitesi "İnsan, Toplum, Medeni-yet" Dersleri kapsamında, "Tütünün Antropolojik Öyküsü ve Ekonomi-Po-litiği", Dr. Levent AKYILDIZ

Dinleyici Grubu: Artuklu Üniversitesi Felsefe, Sosyoloji, Edebiyat, Tarih, İktisat Bölümü 1. Sınıf Öğrencileri

3. 12 Mart 2014 İzmir Şubesi Pulmo-ner Rehabilitasyonunda Güncel Geliş-meler Toplantısı Düzenledi.



4. Türk Toraks Derneği İstanbul Şubesi Mart ayı Tefvik Sağlam toplantısı 12 Mart 2014 tarihinde İstanbul Topka-pı Eresin Otelde yapıldı.



5. TTD İzmir Şubesi'nin düzenlediği "Toraks Radyolojisi" toplantısı 15 Mart 2014 tarihinde Ege Üniversi-tesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Prof. Dr. İlhan Vidinel Konferans Salonu'nda gerçekleştirilmiştir. Toplantıda Prof. Dr. Hüdaver Al-per, Prof. Dr. Recep Savaş, Doç. Dr. Selen Bayraktaroğlu ve Doç. Dr. Naim Ceylan toraks radyolojisi konusunda çok değerli bilgilerini aktarmışlardır. Toplantımızın he-def kitlesi olan Göğüs hastalıkları uzman ve asistanlarından oluşan 55 kişilik bir grup toplantıyı ilgiyle iz-lemiştir.

6. Deneyisel Araştırma Projeleri Kursu 15 Mart 2014 Deneyisel Araştırmalar Çalışma Grubu & Akdeniz Şubesi

7. Türk Toraks Derneği Çukurova Şu-besi -Aylık Bilimsel Toplantı Progra-mı-15.03.2014/ Adana Hilton Otel Konu: Akciğer Kanselerinde Mole-küler Tanısal Testler ve Sonuçlar

8. Kuzeydoğu Anadolu Şube Toplantı-sı, Göğüs Hastalıklarında Maluliyet

Prof. Dr. İbrahim Akkurt

Doç. Dr. Cebail Şimşek , 16 Mart 2014 Pazar, 16.00

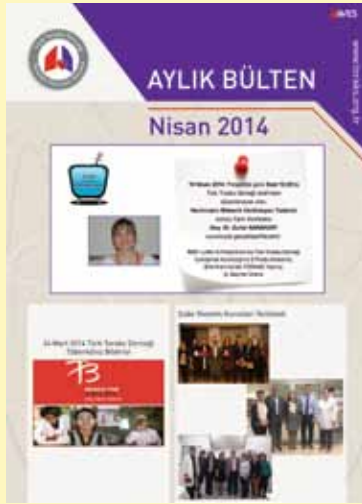
9. Güneydoğu Anadolu Şubesi - Olgularla sigara bırakma tedavisi- Dr. Zeynep Ayfer Aytemur - Medikal Torakoskopi- Dr. Erdal İn

Tarih:16 Mart 2014 Saat: 13-14 Liluz Otel/Diyarbakır da gerçekleştirilmiştir.

10. 21.03.2014, TTD İstanbul Şubesi, VI. Klinik sorunlar vaka toplantısı yapıldı.

11. TTD İzmir Şubesi, 25.03.2014, 'Göğüs hastalıklarında Aciller' konulu şube toplantısı.

NİSAN



1. Tanı Yöntemleri Çalışma Grubu ,16 Nisan 2014, saat 18.30, "Amfizem Olgularında Endobronşiyal Valf Uygulamaları" Prof. Dr. Turhan Ece



2. Güneydoğu Anadolu Şubesi Malatya İl Etkinliği "İklim değişikliği ve sağlık etkileri"

Konuşmacı: Prof Dr Hasan Bayram
22.04.2014 18.30 Ramada Altın Kayısı Otel Malatya

MAYIS



1. Türk Toraks Derneği İstanbul Şubesi Mayıs ayı Tevfik Sağlam toplantısı 3 Mayıs 2014 tarihinde Sapanca Göl Ev'inde 80 üyemizin katılımı ile gerçekleşti.

Toplantı saat 10:30'da Sapanca Gölü kenarında doğa ile içiçe bir ortamda brunch ile başlayıp saat 13:00-14:45 saatleri arasında Türk Toraks Derneği ve Türkiye Ulusal Allerji ve Klinik İmmünoloji Derneğinin 'Astımda daha az bildiklerimiz' başlıklı ortak paneli ile devam etti. Panel Dr.Hatice Türker ve Dr.Bilun Gemicioğlu'nun açılış konuşması ile başladı. Dr. Feyza Erkan ve Dr.Suna Büyükoztürk moderatörlüğünde vakalar ve güncel bilgiler ışığında Dr.Aslı Gelinçik tarafından 'Anafilaksi ve astım', Dr. Rana Işık tarafından 'Astım-gebelik', Dr. Ayşe Bilge Öztürk tarafından 'Astım-obezite' ve Dr.Gülden Paşaoğlu Karakış tarafından 'Astım ve beslenme' konuları günlük pratiğe yönelik önerilerle zenginleştirilerek sunuldu.Toplantımıza katkıda bulunan tüm hocalarımıza ve toplantıya katılan meslektaşlarımıza çok teşekkür ederiz.

GARD, TTD, AİD 6 Mayıs 2014 Dünya Astım Günü Etkinlikleri

Ankara

Sorumlu Hekimler: Gül Karakaya, Ferda Öner Erkekol, İlgaç Doğrul

Çubuk'ta Ağaç Dikme Etkinliği

3 Mayıs'ta hasta eğitim toplantısı (Optimum AVM sinema salonu 10.30-12.00)

6 Mayıs Uzman Hekim Toplantısı yapıldı. (Crown Plaza saat 19.00)

İstanbul

Sorumlu Hekimler: Hatice Türker, Gülcihan Özkan, Rana Işık, Bilun Gemicioğlu

6 Mayıs Yedikule Göğüs Hast Eğitim Araştırma Hastanesi

Toplantı Salonu saat 14.00

Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi

Toplantı Salonu saat 14.00'de Hasta eğitim toplantıları yapıldı.

3 Mayıs Tevfik Sağlam Toplantısı ile Uzman Hekimlere eğitim

Basın Toplantısı, Şişli Belediyesi Esentepe Saat 12.00'de yapıldı.

TSM'lerde Hastalara Broşür Dağıtım yapıldı.

İzmir

Sorumlu Hekim: Münevver Erdinç

Hasta Eğitim Toplantısı Ege Tıp Fakültesi İlhan Vidinel Toplantı Salonu saat 10.30'da yapıldı.

Mersin

Sorumlu Hekimler: Sibel Atış, Eytem Sercan Özgür

Hasta Eğitim Toplantısı, Mersin Üniversitesi Konferans salonunda yapıldı. (30 Nisan)

Yerel radyo programı (5-6 Mayıs) yapıldı.

Adana

Sorumlu Hekimler: İsmail Hanta, Gülbün Bingöl Karakoç

5-08 Mayıs 2014 Polis Radyosunda bilgilendirme

Hasta eğitim toplantısı yapıldı.

Erzurum

Sorumlu Hekimler: Elif Yılmazel Uçar, Buğra Kerget

Astım Bilgilendirme Toplantısı 06.05.2014 tarihinde Dr. Buğra Kerget tarafından Yakutiye Araştırma Hastanesi Konferans salonunda Saat:10.00'da

hastalara yönelik 'Astım Bilgilendirme Toplantısı' yapıldı.

Hatay

Sorumlu Hekimler: Sebahat Genç, Serkan Nural

06 Mayıs 2014'de Radyo programı

06 Mayıs 2014 Alışveriş merkezinde halkı bilgilendirme ve spirometri ölçümü yapıldı.

Çankırı

Sorumlu Hekim: Yücel Kurlangıç

5 Mayıs'ta Polis Okulu Öğrencilerine Eğitim Toplantısı yapıldı.

Yalova

Sorumlu Hekim: Ertan Sarıbaş

1. Afış-Broşür dağıtımı (Tüm sağlık kurumlarında)
2. Bez afişleri asıldı
3. Basın Bülteni
4. Radyo konuşması (Uz. Dr. Hanife Şahin)
5. Halk Eğitimi (Toplum sağlığı Merkezi, Halk sağlığı Müdürlüğü)
6. Alışveriş Merkezleri, Pazar yerinde stand kurulması.
7. Gençlik merkezinde SFT taraması
8. Hastanelerde hizmet içi eğitim.
9. TSM de hizmet içi eğitim yapıldı.

Balıkesir

Sorumlu Hekim: Mesut Güder

Kamuoyuna açıklama yapacak konuşmacıların isimleri yerel basına bildirildi, yerel medyada bilgilendirme ve TV kanalı ile açıklama programları yapıldı.

Rize

Sorumlu Hekim: Berna Dursun

5 Mayıs Prof. Dr. Ünal Şahin; Çay TV (09:00-10:00)

6 Mayıs Prof. Dr. A.Berna Dursun; KaçkarTV (09:00-10:00)

6 Mayıs 2014: Hasta Eğitim Toplantısı 12:00-13:30

RTEÜ Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Konferans Salonunda A.Berna Dursun ve Fazıl Orhan tarafından yapıldı.

Bursa

Sorumlu Hekimler: Dane Ediger, Ezgi Demirdöğen Çetinoğlu

05.Mayıs.2014 saat 13.00'de Line TV ve

06.Mayıs.2014 AS TV'de Dr. Dane Ediger'in konuk olduğu programlarda Dünya Astım Günü Bilgilendirme programları

Dr. Dane Ediger tarafından Bursa Orman Müdürlüğü Eğitim salonunda saat 14.00'de basın toplantısı

Bursa Orman Müdürlüğü Eğitim salonunda 14.30-15.30 saatleri arasında Dr. Dane Ediger tarafından 'Alerjen Önlemleri' ve Dr. Mehmet Karadağ tarafından 'İnhalasyon teknikleri ve PEFmetre kullanımı' konusunda hasta eğitim toplantısı yapıldı.

Zonguldak

Sorumlu Hekim: Fatma Erboy

Hasta Eğitim Toplantısı yapıldı.

Samsun

Sorumlu Hekim: Oğuz Uzun

Hasta Eğitim Toplantısı, Hekim Eğitim Toplantısı yapıldı.

Çanakkale

Sorumlu Hekim: Uğur Gönülügür

Halka broşür dağıtımı yapıldı.

Diyarbakır

Sorumlu Hekimler: Güngör Ateş, Füsün Topçu

1. UzayTV'de program yayınlandı.
2. Kentin belirli noktalarına bez afiş asıldı.
3. Çoğaltılan afiş ve broşürler GARD kurul üyelerimize, Dicle Üniversitesine ve Kamu Hastanesi Bir. Gen. Sekreterliğine, Sağlık müdürlüğüne ve çocuk astım broşürleri de okullara gönderildi.
4. Müdürlüğümüze bağlı tüm şubelere toplum sağlığı merkezleri (tsm) ve aile hekimlerine afiş ve broşür gönderilecek ve tsm'lerde konu ile ilgili eğitim yapmaları için yazı yazıldı.
5. Özel hastanelere de afiş broşür dağıtımı yapıldı

6. Hekimlere yönelik zor astım tedavisi konusunda şube aylık etkinliği 9 Mayıs Cuma günü yapıldı.

Antalya

Sorumlu Hekimler: Nermin Keskiner, Candan Ögüş

Aile hekimleri ve toplum sağlığı merkezi hekimleri ile evde bakım hizmeti veren hekimlere yönelik astım eğitimi yapıldı.

Kocaeli

Sorumlu Hekimler: Aysun Şengül, Füsün Yıldız

Saat 10.00 da Halk Sağlığı Müdürlüğünde basın bildirisi okunması, saat 15.30'da Kocaeli Derince Eğitim Araştırma Hastanesi'nde sağlık çalışanlarına ve halka yönelik sunum yapıldı.

Manisa

Sorumlu Hekimler: Arzu Yorgancıoğlu, Ayşın Şakar Coşkun

30 Nisanda TSM Hekimlerini bilgilendirme toplantısı

6 Mayıs'da Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesinde Hasta Eğitim Toplantısı

Broşür dağıtımı yapıldı.

Van

Sorumlu Hekim: Bünyamin Sertoğullarından

6 Mayıs'da TV programı ile toplum eğitimi ve Aile Hekimleri eğitimi yapıldı.

Aydın

Sorumlu Hekim: Mehmet Polatlı

Yerel televizyonda astım ve bahar alerjileri bilgilendirmesi

Astım Günü GARD Ağaçlandırma etkinliği ve Basın Toplantısı yapıldı.

Kırklareli

Sorumlu Hekim: Tuncay Çağlar

Lüleburgaz'da TSM Astım Hekim Eğitimi yapıldı.

Şanlıurfa

Sorumlu Hekimler: Sümeyye Gürcü, Zafer Hasan Ali Sak

Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları, toplum sağlığı merkezi personelleri, rehber öğretmenler, gençlik merkezi çalışanlarına Bilgilendirme Toplantısı;

6 Mayıs Halk Sağlığı Müdürlüğü Hayat- El Harrani konferans salonu saat 14:00'de yapıldı.

Gaziantep

Sorumlu Hekimler: Nazan Bayram, Özlem Keskin

Gaziantep'te Şahinbey Belediyesi Kurbanbaba sosyal tesislerinde Halk Sağlığı Müdürlüğü ile birlikte hasta bilgilendirme ve eğitimi, ardından bir grup erişkin ve çocuk katılımcıya solunum fonksiyon testi uygulaması. Broşürlerin dağıtılması yapıldı.

Burdur

Sorumlu Hekimler: Sabri Serhan Olcay

Medya röportajı ile eğitim ve basın bilgilendirmesi yapıldı.

Niğde

Sorumlu Hekimler: Ayhan Varol, Tülay Koyuncu

1. Niğde ili Halk Sağlığı Müdürlüğü ile işbirliği Aile Hekimlerine ve hemşirelere yönelik Dr. Tülay Koyuncu tarafından Astım hakkında bir sunu yapılmıştır.
2. Basın bildirisinin yerel medyada yayınlanması sağlanmıştır.

3. Halkı bilgilendirmek ve astım hakkında farkındalığı artırmak amacıyla yerel medya olan Niğde TV ve Polis Radyosunda Uz. Dr. Tülay Koyuncu tarafından konu ile ilgili programlar yapılmıştır.

4. Niğde Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları polikliniğine başvuran Astımlı hastalara bilgilendirme
5. Astım konulu broşürler halkımıza dağıtılmıştır.
6. Hastane panolarına Astım konulu afişler asılmıştır.

Dünya Astım Günü Basın Yansımaları



Basın Bildirileri



TTD'den Flaş Biber Gazı Uyarısı

Türk Toraks Derneği biber gazı konusunda uyarılarda bulundu. Gezi Parkı olaylarından beri, hemen hemen tüm eylemlerde yoğun biçimde kullanılan biber gazına karşı uzmanlardan ciddi uyarı geldi: Uzun süre biber gazı solumak hayatı tehdit edici boyutlara yol açabilir...

Dernekten yapılan yazılı açıklamalarda şu sözlere ve uyarılara yer verildi:

Uzun dönem biber gazı solumak meslek hastalığı yapabilir.

Türk Toraks Derneği geçtiğimiz yıl Mayıs ayından bu yana toplumsal olayların kontrolü için kullanılan biber gazının sağlık etkilerine dikkat çekmiştir. Türk Toraks Derneği biber gazı ile ilgili olarak-maruz kalanlarda üç haftaya varan solunum etkilerinin olduğunu, -eylemlere katılmayıp evlerinde maruz kalan bölge halkının solunum işlevlerinin bozulduğunu, -kronik hastalığı olanlarda etkilerinin hayat tehdit edici boyuta ulaşabileceğini, kamuoyu ile paylaşmıştır.

“ÖLEN POLİSİN ADLİ TIP İNCELEMESİNDE BULUNMAK İSTİYORUZ”

12 Mart 2014 tarihinde Tunceli’de polis memurunun ani kaybı, uzun süredir gaza mesleki nedenle maruz kalan emniyet mensuplarının da tehdit altında olabileceğini gündeme getirmiştir. İnsan sağlığını olumsuz etkileyen bu gazın emniyet mensuplarında da, kömür madeni işçileri, kot kumlama işçileri gibi, hayatı tehdit eden mesleki akciğer hastalıkları yaratabileceği dikkate alınmalıdır. Türk Toraks Derneği gelecekte benzer durumlarının tekrarını önlemek amacıyla, kaybedilen polis memurunun adli tıp incelemesinde bilimsel destek sağlamak ve izlemek talebindedir.

Türk Toraks Derneği, akciğer sağlığını geliştirme misyonunu kararlılıkla sürdüreceğini kamuoyumuza duyurur.

<http://www.hurriyet.com.tr/saglik-yasam/26000947.asp>



Verem Haftası İle İlgili Olarak Dernek Başkanımız Sedat Altın'ın Basında Yer Alan Haberleri



Değerli Üyelerimiz,

Türk Toraks Derneği "İkinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Göğüs Hastalıkları Uzmanlarının Sorunları" Canlı Konferansı...

Tüberküloz Haftası nedeni ile TTD Tüberküloz Çalışma Grubu basın bildirisine ekte ulaşabilirsiniz.

TÜRK TORAKS DERNEĞİ BASIN BİLDİRİSİ

VEREM SAVAŞI VE PROPAGANDA HAFTASI, 5-12 OCAK 2014

Verem, tarihi çok eski olan bir hastalıktır. Mumyalarda verem hastalığının yaptığı tipik kemik bulgularının saptanması, eski çağlardan kalma organik maddelerde verem mikrobu (basili) varlığının gösterilmesi veremin, insanlık tarihi kadar eski bir hastalık olduğunu gösteresidir. Verem (tüberküloz) hastalığını yapan mikrop 1882'de gösterildi. Tüberküloz basiliyi öldüren ilaçlar ve tedavi rejimleri 1940-1950'li yıllarda bulundu.

Dünya tarihi boyunca en çok insan ölümüne yol açan bu hastalık yok edilememiştir. Başta Hindistan ve Çin olmak üzere Asya ve Afrika'da büyük bir salgına yol açmıştır ve bu şekilde devam etmektedir. Her yıl dünyada 8,7 milyon yeni tüberküloz hastası ortaya çıkmaktadır. Tüberküloz tedavi edilen bir hastalıktır. Tedavisi ucuzdur. Buna karşın hala dünya genelinde ikinci en çok ölüme yol açan bulaşıcı hastalıktır. Bir yılda 1,3 milyon insan tüberküloz nedeniyle ölmektedir; bu, günde 3.560 insan demektir.

Tedavisi var olmasına ve ucuz olmasına karşın neden verem hastaları tedavi edilemiyor? Neden bu kadar insan ölüyor?

Vereme erken tanı koymak hastanın daha hızlı iyileşmesi ve etrafındaki sağlıklı kişilere mikrobu bulaştırmaması açısından çok önemlidir. Bunun için hastalanan kişinin verem hastalığından şüphelenmesi gerekir. Öksürük, iştahsızlık, kilo kaybı, gece terlemesi, halsizlik gibi yakınmalar veremi düşündürmelidir. Özellikle antibiyotik tedavisi ile bu yakınmalar geçmezse verem hastalığı düşünülmelidir. Bu durumda bir göğüs hastalıkları uzmanı ya da bir verem savaşı dispanserine başvurulmalıdır. Akciğer Röntgen filmi de tüberkülozu akla getirir. Balgamda verem mikrobu gösterilince tanı kesinleşir.

Dünyada verem hastalığının salgın şeklinde olduğu yoksul ülkelerde, Röntgen, balgamda verem mikrobunun araştırılması gibi tetkikler yeterli bir şekilde yapılamamaktadır. Ayrıca bu ülkelerde sağlık çalışanı sayısı yetersizdir.

Veremin tedavisi 6 ay süreyle bir grup ilacı düzenli içmeyi gerektirir. Düzenli olarak çok sayıda ilacı içmek zordur. Bunun için ilaçları bir görevlinin düzenli içirmesi yani "doğrudan gözetimli tedavi" uygulamasının yapılması gereklidir. Bu tedavi ile hastaların hemen tümü iyileşir. İlaç direnci varsa başka tedaviler gerekebilir.

İlaç direnci olması, verem tedavisinin en önemli sorunudur. Özellikle "çok ilaca dirençli tüberküloz" (ÇİD-TB) tedavisi daha çok ilaç-

la, daha uzun süren bir hastalıktır; bu nedenle zordur. Son yıllarda ortaya çıkan ve dirençli tüberkülozda kullanılan ilaçlara da mikrobun direnç kazanması ile oluşan "yaygın ilaç dirençli tüberküloz" (YİD-TB) ise tedavisi çok daha zor bir hastalıktır; bu hastalığın ortaya çıkışı dünyada korku yaratmaktadır. İlaç direnci olan hastaların eski Sovyetler Birliği ülkelerinde yüksek oranda olması ülkemizi de etkilemektedir. Bu ülkelerden gelen tüberküloz hastaları, ÇİD-TB ya da YİD-TB olabilmektedir.

Ülkemizde 2010 yılında verem savaşı dispanserlerinde kayıtlı tüberküloz hastalarının sayısı 16.551'dir. Bunların 10.740'ında akciğer tüberkülozu vardır. Hastalığın %60'ı erkeklerde, %40'ı kadınlarda saptanmıştır. Hastaların 250'sinde çok ilaca dirençli tüberküloz görülmüştür. Tüm hastaların 179'u başka ülke doğumlu olanlardır. Hastalarda tedavi başarı oranı çok yüksektir; %90'ın üzerindedir.

Verem savaşı, sürekli ve disiplinli şekilde yürütülmesi gereken bir halk sağlığı uygulamasıdır. Hastaların öksürük ve solunum yoluyla saçtıkları verem mikropları hastalığı bulaştırır. Hava yoluyla bulaşma olması nedeniyle toplum sağlığını korumada her bir hastanın erken tanı alması ve hızla etkili şekilde tedavi edilmesi gereklidir. Bulaşma ancak bu yolla önlenir.

Hastaların yaşadığı ekonomik sorunlar, sosyal dışlanma ve yaşamalarını zorlaştıran diğer unsurlar önemlidir. Beslenme, barınma ve düzenli iş bulmada sorunlar yaşayan hastalarımız vardır. Tümüyle tedavi edilen bir hastalıkta bu çağda damgalanma ve dışlanma olmamalıdır.

Sürekli ve disiplinli verem savaşı için, merkezi bir yönetici birim olmalıdır. Yeterli bütçe ve merkezi ilaç alımı olmalıdır. Bugünkü gibi ücretsiz tanı, ilaç, tedavi, takip, temaslı muayenesi ve koruyucu tedavi olmalıdır. Bütün bu çalışmaları yürütmek için verem hastalığını bilen ve bu konuda deneyimli verem savaşı dispanserlerinin varlığı hayati önemdedir. Bu konuda çalışan personelin sürekli, eğitimli ve yeterli ekonomik destekle motive çalışması gereklidir. Verem ile mücadelede unutulmamalıdır ki, yapılacak yanlışlıkların veya mücadelenin zayıflatılmasının etkisi yıllar sonra ortaya çıkacak ve verem savaşında gerilemeye yol açabilecektir. Veremle savaşın aralıksız ve sıkı bir şekilde sürdürülmesini istiyoruz.

Pulmoner Rehabilitasyon Haftası Basın Bildirisi

PULMONER REHABİLİTASYON HAFTASI konuyla ilgili hekimlerin ve toplumun farkındalığının artması, bilgilendirilmeleri ve güncel gelişmelerin paylaşılması amacıyla her yıl mart ayında tüm dünyada ve ülkemizde kutlanmaktadır. Bu yıl 9-15 Mart 2014 tarihlerinde kutlanacak **PULMONER REHABİLİTASYON HAFTASI** çerçevesinde tüm yurttaki GARD Türkiye (Kronik Havayolu Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı), Türk Toraks Derneği ve T.C. Sağlık Bakanlığı ile birlikte konu ile ilgili çeşitli etkinlikler düzenlenecektir.

Günümüzde kronik solunum hastalıklarının **tıbbi tedavisinin** standart bir bileşeni olarak kabul edilen **PULMONER REHABİLİTASYON**, kronik solunum hastalarının fiziksel ve psikolojik durumlarını düzeltmeyi ve sağlığı geliştirici kalıcı davranışları sağlamayı hedefleyen, hasta değerlendirmesini takiben bireysel olarak belirlenen egzersiz eğitimi, davranış değişikliği ve eğitim gibi yaklaşımları içeren, kapsamlı uygulamalar bütünüdür.

Pulmoner rehabilitasyonun amaçları nelerdir?

- Hastalığa bağlı gelişen nefes darlığı ve fonksiyonel yetersizliği ortadan kaldırmak,
- Hastalığın ilerlemesinin önlenmesi,
- Egzersiz toleransının artırılması,
- Sağlık durumunun iyileştirilmesi,
- Komplikasyonların önlenmesi ve tedavisi,
- Hastalık atak sayısının azaltılması ve atak şiddetinin hafifletilmesi,

- Yaşam kalitesinin iyileştirilmesi,
- Hastane ziyaret ihtiyacının azaltılması; sağlıkla ilişkili harcamaların azaltılması,
- Sağ kalımda iyileşme sağlamasıdır.

Pulmoner rehabilitasyon kimlere uygulanır?

Süregelen nefes darlığı, günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlanma, yaşam kalitesinde azalma ve/veya egzersiz kapasitesinde kısıtlılığı olan kronik solunum sorunlu tüm olgulara hastalık şiddetinden bağımsız olarak pulmoner rehabilitasyon uygulanabilmektedir. Rehabilitasyon ünitelerinin özelliklerine bağlı olarak pulmoner rehabilitasyon hastanede, düzenli hastane ziyaretleri ile ayakta ya da evde her yaşta hastaya uygulanabilmektedir. KOAH (Kronik obstrüktif akciğer hastalığı) başta olmak üzere astım, bronşektazi, interstisyel akciğer hastalıkları, kistik fibrozis, göğüs duvarı hastalıkları, nöromusküler hastalıklar, akciğer nakli öncesi ve sonrası, akciğer kanseri, obezite ilişkili tüm akciğer hastalıklarında pulmoner rehabilitasyon programı başarı ile uygulanabilmektedir.

Pulmoner rehabilitasyonun içeriği nelerdir?

Pulmoner rehabilitasyonda en önemli ve temel bileşen egzersiz eğitimi olmakla birlikte, bireyin gereksinimleri doğrultusunda diğer bileşenler de (hasta ve ailesinin eğitimi, vücut kompozisyonunun değerlendirilmesi gerekli olgularda beslenme desteği, psikososyal destek, nefes darlığı ile baş edebilme yöntemleri, iş-ugraşı te-

davisi, enerji koruma yöntemleri vb) pulmoner rehabilitasyon programlarında yer almaktadır.

Nefes darlığı olan kronik solunum sorunlu hasta egzersiz yapabilir mi?
Kesinlikle EVET.

Solunum hastalıklarında egzersiz neden gereklidir?

Kronik akciğer hastalarında nefes darlığı ve/veya yorgunluğun neden olduğu günlük yaşamdaki hareket-sizlik; kemik ve kas içeriğinin, kalp ve akciğer fonksiyonlarının, hareket yeteneğinin gittikçe azalmasına neden olur. Egzersiz ile kas kuvveti artar, kas dayanıklılığını ve direncini artırarak daha uzun mesafeler yürünebilir, kas ve eklemler daha iyi hareket eder, gevşemeyi sağlar, daha güçlü ve enerjik hissedilir, kalbin çalışması iyileşir, nefes darlığı azalır. Tüm bu nedenlerden dolayı egzersiz yapılmalıdır.

Pulmoner rehabilitasyon ne kadar süre ile uygulanır?

Pulmoner rehabilitasyon programı en az 8 hafta (toplam 24 seans) süre ile uygulanmalıdır. Egzersiz eğitimi bırakıldığında kazanımlar kaybedildiği için egzersiz alışkanlığının devam ettirilmesi gerekmektedir.

Özetle; Kronik akciğer hastalığının nedeniyle uzun süreli nefes darlığı, çabuk yorulma, güçsüzlük nedeniyle günlük aktivitelerinizi yapmakta güçlük çekiyorsanız pulmoner rehabilitasyon programlarından yararlanmalısınız, değerlendirme için lütfen **Göğüs Hastalıkları** uzmanınıza danışınız.



24 Mart 2014 Türk Toraks Derneği Tüberküloz Bildirisi

DÜNYADA HER YIL ORTAYA ÇIKAN YENİ 8,7 MİLYON VEREM HASTASININ ÜÇTE BİRİNE TANI KONULMUYOR!

Robert Koch 24 Mart 1882’de verem hastalığına tüberküloz basilinin neden olduğunu ilk olarak göstermiştir. Bu, veremle savaşta çığır açan ilk büyük keşiftir. Bu nedenle 24 Mart tüm dünyada Dünya Tüberküloz Günü olarak benimsenmiştir. Verem mikrobunu öldüren ilaçlar 1940’lı yıllarda bulunmuştur. Bu ilaçlarla tüberküloz tedavisinde etkili rejimler oluşturulmuştur. Tüberküloz kontrolü için en etkili uygulamalar on yıllar içinde geliştirilmiştir. Günümüzde, tüm tüberküloz hastalarına erken tanı koymak ve başarı ile tedavi etmek en önemli verem savaşı uygulamasıdır. Tüberküloz tedavisi hızla mikropları temizler ve hastayı iyileştirir. Var olan mikropları temizlemede çok etkili olduğu için hastalığın tekrarlamasını da önler. Bu sayede, hastaların iyileşmesi, ölümlerin önlenmesi, normal yaşamlarına dönmeleri mümkün olmaktadır. Bunun yanında verem mikrobunun kaynağı kurutulduğu için bulaşması da önlenmektedir.

DÜNYADA DURUM VE HEDEFLER

Dünyada verem hala büyük bir sorundur. Her yıl ortaya çıkan 8,7 milyon verem hastasının üçte birine tanı konulamamaktadır. Yani her yıl yaklaşık 3 milyon hasta kayıptır. Üç milyon veremli hastaya tanı konulmaması söz konusudur. Buna ek olarak, tanı konulanların bir kısmı etkili şekilde tedavi edilememektedir. Bunun sonucunda yılda 1,3 milyon, yani her gün 3.600 verem hastası ölmektedir. Stop TB Ortaklığı, mevcut çabaların yetersizliğine vurgu yapmaktadır. Dünyada tanı konulmayan 3 milyon verem hastasının çoğunluğu en yoksul, olanakların en az olduğu gruplarda tahmin ediliyor. Veremle savaşın herkesi kapsamı gerektiği vurgulanmaktadır. “Sıfır TB hastalığı ve ölümü” hedeflenmelidir. Bunun için verem savaşının dünyada geliştirilmesine ihtiyaç vardır. Verem hastalığı hala utanılan, dışlanmaya yol açan, insanları kötü damgalayan bir özellik taşımaktadır. Verem hastaları bazen işlerini yitirmekte, ayrımcı davranışla karşılaşmaktadırlar. Bunun hastaların tanı ve tedavilerinde olumsuz etkileri olmaktadır. Özetle bu yıl Stop TB Ortaklığının Dünya Tüberküloz Günü’nde seçtiği slogan “3 milyon tüberküloz hastasına ulaşmak”tır. Geriye hiçbir hasta bırakmadan bütün hastaları bulmak, tedavi etmek ve iyileştirmek hedeflenmiştir.

ÜLKEMİZDE DURUM VE HEDEFLER

Türkiye’de 2012 yılında kayıtlı 14.691 verem hastası vardır. Bunların %64’ü akciğerleri tutan verem hastalığına sahiptir, %36 diğer organları tutan hastalığa sahiptir: Lenf bezleri, plevra (akciğer zarı), kemik ve eklem, karın içi organlar, ve diğer organ sistemlerinde. Hastaların %59’u erkeklerde %41’i kadınlardadır. Tedavi başlanan hastalarımızda %90 başarılıyız. Daha önce tedavi görmüş hastalardaki tedavi başarı oranının ise yükseltilmesi gereklidir. Dünya Sağlık Örgütü’nün ve Stop TB ortaklığının belirlediği tüberküloz kontrolü hedeflerine ülkemizde bu hedeflere ulaşılmıştır. Ancak verem savaşında yapılacak daha çok iş vardır. Ülkemizdeki tüberküloz hastalarının nüfusa oranla sıklığı halen gelişmiş ülkelere göre yüksektir. Bu nedenle tüberküloz kontrol çalışmalarının hız kesmeden devam etmesi gereklidir. Dünya Sağlık Örgütü 2012 yılı için Türkiye’de verem hastalarının %87’sinin saptandığını tahmin etmektedir. Bundan, 2.200 verem hastasının 2012’de ülkemizde kayıtlara girmediği sonucu çıkmaktadır. Tüberkülozu durdurma stratejisinde sağlık çalışanlarının TB mücadelesine dahil olması yanında TB hastalarının ve toplumun da bu mücadeleye katılması önem arz etmektedir. Bu sağlandığı takdirde tedavi başarısının ve hasta bulma oranlarının artması beklenmelidir. Ülkemizdeki hastaların yaşadığı sıkıntılar, ekonomik, sosyal ve dışlayıcı tavırlar şeklinde özetlenebilir. Başarıyla yürütülmekte olan verem savaşının gereken destekleri sağlayarak daha başarılı olması için çalışmalıyız.

Orman Kanununda Yapılan Son Yasal Değişiklikler Sağlığı da Tehdit Etmektedir

Resmi gazetede 18.04.2014 tarihli yayımlanan Orman Kanun'unun 16,17,18. maddelerinin uygulanmasına ilişkin yönetmelik değişikliği ile orman alanları petrol ve doğal gaz aramaları, enerji santrali, haberleşme tesisleri, savunma ve güvenlik tesisleri, eğitim ve spor tesisleri yapımına açılıyor. Kamu yararına olduğu belirtilen bu değişikliğin, en önemli oksijen kaynağımız ormanlarımıza büyük zarar vereceği ortadadır. Ülkemizin ormanlık alanlar açısından hiç de zengin olmadığı düşünülürse bu durumun yaratacağı sonuçlar sanıldığından daha ciddi olabilir.

Ülkemizde yoğun ve çarpık kentleşme, kömür ve petrole dayalı fosil yakıtların yaygın kullanılması sonucu özellikle kent merkezlerinde ciddi bir hava kirliliği söz konusudur. Çalışmalar hava kirliliğinin başta akciğer kanseri olmak üzere, astım, KOAH gibi kronik hava yolu hastalıklarının ortaya çıkma riskini ve bu hastalıklara bağlı ölümleri anlamlı olarak artırdığını göstermektedir. Hava kirliliğini azaltmanın en etkili yolu, bu geleneksel fosil yakıtlar yerine başta güneş ve rüzgâr enerjisi gibi yenilenebilir enerji kaynaklarının ve doğal gaz gibi daha temiz yakıtların kullanılmasından geçmektedir. Bundan başka hava kirliliği ile mücadelede ormanlık alanlar ve yeşil alanların artırılması çok önemli rol oynamaktadır. Ormanların kirli havanın temizlenmesi ve oksijen üretimi yanında, yağış miktarının artması küresel ısınmaya bağlı iklim değişikliğinin yavaşlaması üzerine de birçok olumlu etkisi bulunmaktadır.

Küresel ısınma ve yol açtığı iklim değişimi bütün dünya için ciddi bir tehdit oluşturuyorsa da, ülkemizin de yer aldığı Akdeniz havzası ve Ortadoğu'nun sıcaklık artışı ve buna bağlı artan kuraklık, orman yangınları ve çölleşme açısından daha büyük bir risk altında olduğu bildirilmektedir. Nitekim özellikle son yıllarda sıcaklık artışı, kuraklık, İç, Güneydoğu ve Batı Anadolu Bölgelerimizde artan çölleşme riski ve orman yangınları ülkemiz için ciddi bir sorun oluşturmaktadır. Bu ortamda yeni ormanlık alanlar oluşturmak bir yana mevcut ormanlık alanların varlığının sürdürülmesi dahi zorlaşmaktadır. Durum bu kadar ciddi iken, yapılan son yasal düzenleme ülkemizdeki orman tahribatını hızlandıracak, bunun doğuracağı olumsuz sonuçları daha da artıracaktır. Oysa asıl yapılması gereken, ülkemizde toprak ve orman rehabilitasyon çalışmaları yanında ağaçlandırma ve yeşil alanların artırılması çalışmalarının hızlı ve etkin bir şekilde gerçekleştirilmesidir.

Sonuç olarak, ormanlarımıza verilecek zarar, ülkemiz insanının akciğer sağlığına da doğrudan zarar verecektir. Bu durum solunum hastalıklarında belirgin artışa, akciğer hastalığı olan bireylerin hastalıklarında da kötüleşmeye neden olacaktır. Kamuoyuna önemle duyurulur.



6 Mayıs 2014 Dünya Astım Günü Basın Bildirisi

Astım kronik bir solunum yolu hastalığı olup tekrarlayan nefes darlığı, hırıltı, göğüste baskı hissi ve öksürük gibi belirtilerle kendini gösterir. Dünyada yaklaşık 235-300 milyon kadar astımlı hasta olduğu tahmin edilmektedir. Ülkemizde ise yaklaşık her 12-13 erişkinden biri ve 7-8 çocuktan biri astım hastasıdır. Astımın görülme sıklığı giderek artmaktadır.

Astım tedavisinin amacı hastalığın kontrol altına alınması ve sağlanan bu durumun idame ettirilmesidir. Dünyada olduğu gibi, ülkemizde de bu hastalığın tedavisi ile ilgili gerekli her türlü ilaç ve malzeme bulunmaktadır. Uygun ilaç tedavisi ile astımlılar günlük yaşamlarına hastalık nedeni ile herhangi bir kısıtlanma olmadan devam edebilirler.

Astımlı bir hasta için kontrol altında olmak;

- Gündüz astım yakınması bulunmaması
- Gece astım nedeni ile uyanmama
- Hastalığı tedavi eden ve kontrol altında tutan ilaçları kullanırken ayrıca hızlı etkili nefes açıcı ilaçlara gereksinimin olmaması
- Nefes ölçümlerinin normal düzeyde olması
- Günlük işlerin engellenmeden yapılabilmesi demektir.

Astımı tamamen kontrol altında olan hasta sayısı her geçen gün artmakla birlikte halen istenen düzeyde değildir. Halen 4 astımlıdan biri yılda bir kez astım krizi nedeniyle acil servise başvurmaktadır. Astım kontrolünü güçleştiren etkenler arasında ilaçların doğru teknikle ve düzenli kullanılmamasının yanı sıra sigara dumanı, allerjik maddeler, kimyasallar gibi tetikleyicilere maruz kalmak ve obezite sayılabilir. Ülkemizde astımlı hastaların %10'undan fazlasının halen sigara içmekte olduğu ve %30-40'nın obez olduğu bildirilmiştir. Sigarayı bırakmanın ve obez hastaların kilo vermesinin, astımın kontrolünü kolaylaştırdığı gösterilmiştir.

Astım için Küresel Girişim (GINA-www.ginasthma.org) önderliğinde sürdürülen Dünya Astım Günü aktiviteleri ve bu konudaki diğer çabalarla; astım hastalığının önemi anlatılıp, hastalık ve kontrol kavramı konusunda farkındalık oluşturulmaya çalışılmaktadır.

Erişkinlerde işgücü, çocuklarda okul devamlılığında azalmaya neden olan bu hastalık için başta hastalar olmak üzere hasta yakınları, sağlık personeli ve eczacıların bilgilendirmesi önem kazanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nce kurulan GARD Türkiye etkinlikleri çatısında, Türk Toraks Derneği ve Türkiye Ulusal Allerji ve Klinik İmmünoloji Derneği ve TC Sağlık Bakanlığı işbirliği yaparak ülkemizin birçok ilinde bu yıl da birçok hasta eğitim toplantısı düzenleyecektir. Çeşitli illerimizde alışveriş merkezlerinde kurulacak standlarda astımla ilgili broşürler dağıtılacak; yapılacak bilgilendirme toplantıları ile doktor kontrolü ve düzenli ilaç tedavisi ile astımlıların hayatlarını kısıtlanmadan yaşayabilecekleri vurgulanacaktır.

"Astımınızı kontrol altına alabilirsiniz" sloganı ve "Şimdi astımınızı kontrol altına alma zamanı" alt sloganıyla 6 Mayıs 2014 Dünya Astım Günü'nde tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yapılacak bu etkinliklere hastalar, yakınları ve tüm ilgilileri davet ediyoruz.



İzmir Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yaşamalıdır !

Değerli Üyelerimiz,

İzmir Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin birleştirme yoluyla genel hastane haline getirileceğini, bir başka deyimle aslında kapatılacağını çok büyük üzüntüyle öğrenmiş bulunuyoruz.

Ülkemizde solunum hastalıklarının prevalans, morbidite ve mortalitesi diğer hastalıklara oranla çok yüksektir. Sigara alışkanlığı, solunum yolu infeksiyonları, tüberküloz, akciğer kanseri ve artan yaşlı nüfusun solunum yoğun bakım gereksinimi nedeniyle, önümüzdeki yıllarda solunum hastalıkları yükü giderek artacak ve uzmanlaşmış göğüs hastalıkları hastanelerine , ayrı tüberküloz servislerine gereksinim kritik hale gelecektir.

İzmir Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, gelişmiş hizmet, eğitim ve araştırma olanaklarıyla ikinci ve üçüncü basamak hasta hizmeti sunmaktadır. Nitelikli uzmanların yetişmesini sağlayan, bölgedeki tek ve en önemli eğitim hastanesidir. Altyapı ve konsültasyonlar açısından hiçbir sıkıntısı olmayan, iyi gelir elde eden ve çalışanlarının yönetimden memnun oldukları bir sağlık kuruluşudur.

'Ülkemizde yatarak tedavi gören göğüs hastalarının, İzmir ve Ege bölgesinin üçte birinin yatırıldığı, ve son yıllarda gerek yönetimiyle, gerek yaptığı bilimsel çalışmalarla uluslararası düzeyde saygın olan bu kurum genel hastaneye dönüştürüldüğünde üstlendiği misyonu yerine getiremeyecektir. Belki de bir süre sonra ekonomik sebepler ileri sürülerek tüberküloz hastalarının yatışından vazgeçilecektir. 100 yılı aşkın süredir göğüs hastalıkları hastanesi olarak iyi hizmet sunan bir eğitim hastanemizin genel hastaneye dönüştürülerek kurumsal tarihinin silineceği endişelerini taşıyoruz.

Bu hastanenin göğüs hastalarına hizmet verirken, gerekli olacak konsültasyon imkanlarının geliştirilerek, varlığının korunması, ülkemizde göğüs hastalıkları ve genel hasta hizmeti açısından çok önemli bir adımdır.

Türk Toraks Derneği olarak, yetkililerden bu kararın ivedilikle gözden geçirilmesini ve hastanenin varlığına devam etmesini arz ederiz.

Saygılarımızla

Türk Toraks Derneği Merkez Yönetim Kurulu

31 Mayıs Tütünsüz Dünya Günü

Türk Toraks Derneği Tütün Kontrolü Çalışma Grubu Basın Bildirisi

Dünya Sağlık Örgütü, 31 Mayıs'ı Tütünsüz Dünya günü olarak belirlemiş ve her yıl değişik temalarla tütün kullanımının sağlık risklerine dikkati çekmekte ve tütün tüketiminin azaltılmasına yönelik politikalar üretmektedir. 2014 yılının teması tütün üzerindeki vergilerin artırılmasıdır.

Tütün kullanımı dünyada en önemli önlenebilir hastalık nedenidir ve erişkin ölümlerinin % 10'undan sorumludur. Dünyada her yıl 6 milyon kişi sigaraya bağlı bir hastalıktan, 600.000'den fazla insan da kendisi sigara içmediği halde başkalarının içtiği sigara dumanına maruz kaldığı için hayatını kaybetmektedir. Eğer önlem alınmazsa 2030 yılında yıllık ölüm 8 milyona ulaşacaktır. Bu ölümlerin %80'i az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde gerçekleşecektir.

Tütün tüketiminin azaltılması demek insanların hayatlarının korunması demektir. Tütün üzerindeki vergilerin artırılması tüketimi düşürmenin en önemli yollarından birisidir. %10 vergi artışı, %8 tüketim azalması demektir. Buna karşın vergi mevzuatındaki boşluklardan yararlanan tütün endüstrisi fiyat düşürmek suretiyle hem tüketimi artırmakta hem de ciddi vergi kayıplarına neden olmaktadır.

İddia edildiğinin aksine tütün ürünleri fiyatlarının vergi yoluyla artırılması kaçakçılığa neden olmamaktadır. Bu argüman tütün endüstrisi tarafından gündeme getirilmektedir. Örneğin Norveç'te tütün ürünlerinin fiyatları çok yüksek olmakla birlikte kaçakçılık neredeyse yoktur.

Türk Toraks Derneği Tütün Kontrolü Çalışma Grubu olarak vergi mevzuatının yeniden gözden geçirilmesini, vergilerin belli bir program çerçevesinde artırılmasını ve tütün endüstrisinin fiyatları belirleme insiyatifinin kaldırılmasını talep ediyoruz.

Dumansız ve sağlıklı bir gelecek dileği ile...

ATS Yönetimi ile Toplantı Yapıldı.

Toplantıya Türk Toraks Derneği adına Bilimsel Komite Başkanı Prof. Dr. Elif Dağlı, İnternet-Bülten sorumlusu Prof. Dr. Metin Akgün ve Dernek Genel Sekreteri Doç. Dr. Hikmet Fırat katılırken, ATS adına ATS Başkanı Patricia W. Finn, önceki başkan Monica Kraft, gelecek başkan Thomas Ferkol ve bir sonraki dönem başkan olacak Atul Malhotra katıldı.



ATS'de Gövde Gösterisi

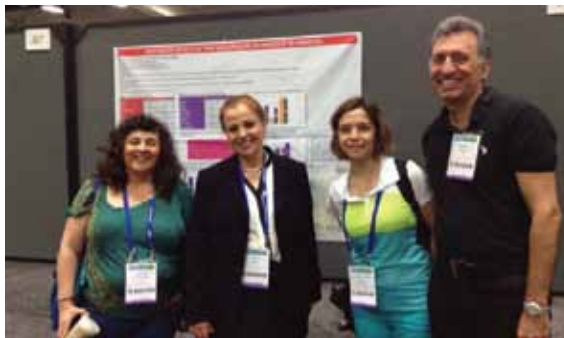
ATS Kongresinde 17 Mayıs 2014 günü yapılan "The International Scholars Poster Colloquium and Discussion" toplantısına genç bilim adamlarımız damgasını vurdu. Dr. Zuhal Karakurt ve Dr. Özge Yılmaz'ın "Facilitator" olarak katıldığı Poster Sunumu ve Ödül töreninde, Dr. Metin Akgün "2014 International Trainee Scholarship", Dr. Şebnem Özdoğan ve Dr. Mehmet Bayram ise "2014 MECOR Development Scholarships" ödülleri aldılar. Ödül alanlar arasından seçilen en iyiler kategorisinde de Dr. Metin Akgün çalışmasını ayrıca sundu.

Genç meslektaşlarımızı kutlar başarılarının devamını dileriz.



ATS'de Biber Gazı Çalışmaları Sunuldu

TTD Bilimsel Komite Başkanı Prof. Dr. Elif Dağlı tarafından yapılan poster sunumları büyük bir ilgi ile izlendi.



Pulmoner Rehabilitasyon Programlarının Bulunduğu Merkezler

A) Göğüs Hastalıkları Uzmanlarının Medikal Direktör Olduğu Merkezler:

Atatürk Göğüs Hastalıkları Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi: Merkez
Yedikule Eğitim Araştırma Hastanesi: Ünite
Süreyya Paşa Eğitim Araştırma Hastanesi: Ünite
İzmir Dr. Suat Seren Eğitim Araştırma Hastanesi: Ünite
Çorum Devlet Hastanesi: Ünite
Bursa Devlet Hastanesi: Ünite
Konya Devlet Hastanesi: Ünite
Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı: Ünite

B) FTR Ve Göğüs Hastalıkları Uzmanları Ortak Olarak;

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi

C) FTR Uzmanı Medikal Direktörlüğünde;

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ankara Fiziksel Tıp Rehabilitasyon Eğitim Araştırma Hastanesi
Kartal Koşu Yolu Eğitim Araştırma Hastanesi

D) Fizyoterapi Yüksek Okulları; (Kardiyopulmoner Rehabilitasyon Ünite/AD ile İlgili Kliniklerin İşbirliğinde)

Hacettepe Üniversitesi
Dokuz Eylül Üniversitesi
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Marmara Üniversitesi
Kütahya Üniversitesi
Denizli Pamukkale Üniversitesi

YOĞUN BAKIM UZMANLIK BELGESİ OLAN GÖĞÜS HASTALIKLARI UZMANLARI

1	Doç. Dr. NALAN ADIGÜZEL	SSK Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi EAH
2	Doç. Dr. MÜGE AYDOĞDU	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
3	Prof. Dr. ÖNER ABİDİN BALBAY	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi
4	Prof. Dr. AYŞIN ŞAKAR COŞKUN	Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi
5	Prof. Dr. TURGAY HÜSEYİN ÇELİKEL	Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
6	Doç. Dr. GÖKAY GÜNGÖR	SSK Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi EAH
7	Prof. Dr. GÜL GÜRSEL	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
8	Uz. Dr. BEGÜM ERGAN	Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt EAH
9	Doç. Dr. EMEL ERYÜKSEL	Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
10	Prof. Dr. SAİT KARAKURT	Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
11	Doç. Dr. ZÜHAL KARAKURT	SSK Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi EAH
12	Prof. Dr. LEVENT KART	Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi
13	Prof. Dr. AKIN KAYA	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
14	Doç. Dr. SAMİ CENK KIRAKLI	İzmir Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi EAH
15	Yard. Doç. EZGİ ÖZYILMAZ	Adana Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
16	Prof. Dr. ERHAN TABAKOĞLU	Edirne Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi
17	Doç. Dr. TURGUT TEKE	Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi
18	Prof. Dr. İRFAN UÇGUN	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
19	Prof. Dr. KÜRŞAT UZUN	Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi



I SON YAZI 'Omnis Finis Est Novum Principium' Her Son Yeni Bir Başlangıçtır

I Metin AKGÜN

Bülten ve İnternet Sorumlusu

Bu bülten, 'Bülten ve İnternet Sorumlusu' olarak görevde bulunduğum süre içerisinde çıkarılmasına katkı verdiğim bültenlerin 6.'sı ve sonuncusu (Haziran 2012, Aralık 2012, Haziran 2013, Aralık 2013, Özel Sayı 2013 ve Haziran 2014). Türk Toraks Derneği'nin ise 28. bülteni.

İki yıl göz açıp kapayıncaya kadar gelip geçti. Haziran 2012'de Osman Elbek'ten devraldığım bayrağı gönül rahatlığı ile Haziran 2014'de emin ellere teslim edecek olmanın mutluluğunu yaşıyorum. Bu dönem içerisinde bülten'e gönderilen her yazıya yer vermeye, bülteni aktif/inaktif olduğuna bakmaksızın her üyemize ulaştırmaya çalıştık. Bu konuda desteğini MYK üyeleri desteklerini hiç esirgemediler. Bülten ile ilgili olumlu/olumsuz her öneriyi daha iyiye ulaşmak bağlamında kılavuz kabul ederek çalıştık. Her sayı için belirlediğimiz Latince motto büyük ilgi gördü. Önceki bültenlerin kalıbının biraz dışına çıkarak bülten kavramına göre daha sıcak, renkli, sosyal içerikli, yeni ve farklı bir yayın tarzı oluşturmaya çalıştık. 'Klasik' bülten ihtiyacını karşılamak için ise "Aylık Bülten" adıyla her ayın birinci günü elektronik ortamda yayınlanan yeni bir bülten çıkarmaya başladık.

Bu dönem içerisinde en büyük ivmeyi özellikle derneğin sosyal medya hesaplarında yakaladık. Kasım 2013'te profesyonel destek almaya başladıktan sonra Facebook sayfasındaki beğeni ve Twitter hesabının takipçi sayıları hatırı sayılır oranda arttı. Örneğin Facebook sayfasını

beğenenlerin sayısı Haziran 2012'de 767 iken Kasım 2013'te 1804'e çıktı; Mayıs 2014'te ise 10,000'i aştı. Yine bu dönemde sayfamızın 170,000 farklı kullanıcıya eriştiğini görüyoruz. İki yıllık süreçte en fazla erişimin olduğu yayın, 13.06.2013'te biber gazı soluyanların solunum fonksiyon testine çağrıldığı duyuru oldu. En fazla retweet yine aynı duyuru için yapıldı.

Bu yıldan itibaren yayın dili tamamen İngilizce olan 'Turkish Thoracic Journal' için kısa bir süre içerisinde PubMed/MEDLINE ve SCIE başvuruları için hazırlıklarımızı tamamlamış

olacağız. Tasarımı yenilenen web sayfamız da kısa bir süre içerisinde yayın hayatına başlamış olacak.

Bu bültende sağlık istemindeki değişikliklerin irdelendiği üç ayrı yazıya yer verdik: Sağlıkta Eşitsizlik, Sağlıkta Değişen Yüzü ve sağlık politikalarının Göğüs Hastalıkları alanına etkilerinin ele alındığı yazı. Avukat Turgut Kazan'ın TTD 17. Yıllık kongresinde yaptığı ve büyük beğeni toplayan 'Hukuksal Açıdan Biber Gazı' başlıklı konuşmasının metnine yer verdik. Önceki bültenlerde olduğu gibi yine desteklerini esirgemeyen Salih Topçu renkli, Göksel



Altınılık ise duygusal bir yazı ile bu bültende de yerlerini aldılar. Bülent Karadağ hem kongre sosyal program sorumlusu olarak kongre izlenimlerini aktardı hem de bir sonraki ERS kongresinin yapılacağı Münih şehrini bizlere tanıttı. Bir kısmı kongrede aktarılan farklı bilimsel ve sosyal içeriklerle dolu bir bülten beğeninize sunmaya çalıştık.

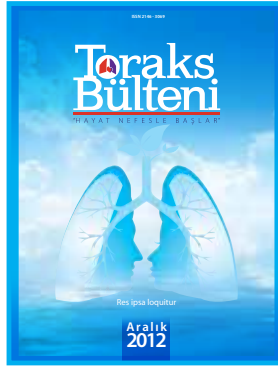
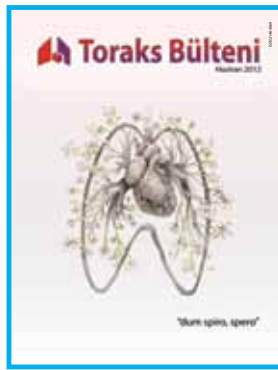
Artık veda zamanı. Bir dönem sona erdi. Yeni bir dönem başlıyor. Bültenin hazırlanmasında özveriyle çalışan Editör yardımcılıkları Aslı Görek Dilektaşlı ve Elif Yılmazel Uçar'a teşekkür ederek bu yazıyı noktalamak istiyorum.

Sürçü lisan ettiysek affola. Yeni seçilecek MYK'ya ve halefime şimdiden başarılar diliyorum.

Sevgi ve Saygılarımla...



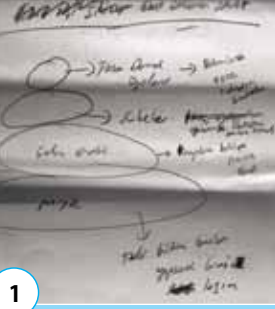
Toraks Bülteni



Bremen'in Mızıkacıları

Yazan: Hikmet Fırat,
Çizen: Metin Akgün

İLK ESKİZ
Ocak 2013 (Toraks Kış Okulu)



**TTD 12. GENEL KURULU İÇİN MERKEZ YÖNETİM KURULU,
DENETLEME KURULU ve ETİK KURUL ADAYLARI**
Ön İsim Alfabetik Sırasına Göre Sıralanmıştır.

MERKEZ YÖNETİM KURULU ADAYLARI		
Görev	Adaylar	
Başkan	Arzu Yorgancioğlu	Can Sevinç
1. Başkan Yardımcısı	Sedat Altın	Tuğrul Çavdar
2. Başkan Yardımcısı	Fuat Kalyoncu	Recep Işık
Genel Sekreter	Aylin Özsancağ	Zuhal Karakurt
Mali Sekreter	Adem Yılmaz	Güngör Ateş
Bilimsel Komite Başkanı	Benan Müsellim	Meltem Tor
Okul Başkanı	Oğuz Kılınç	Sezai Taşbakan
Dış İlişkiler Sorumlusu	Bülent Karadağ	Göksel Altınışık
WEB ve Bülten Sorumlusu	Levent Akyıldız	Meftun Ünsal

DENETLEME KURULU ADAYLARI	
Görev	Adaylar
Denetleme Kurulu	Atilla Uysal
	Bülent Çiftçi
	Ertürk Erdinç
	Haluk Çalışır
	Oya İtil
	Salih Topçu

ETİK KURUL ADAYLARI	
Görev	Adaylar
Etik Kurul	Abdullah Sayiner
	Bilun Gemicioğlu
	Fusun Öner Eyüboğlu
	Fusun Topçu
	Gül Öngen
	Mustafa Yüksel
	Özlem Özdemir
	Ülkü Bayındır
	Zeki Kılıçarslan
	Zeynep Ayfer Aytemur

ADAY ÖNERME KOMİTESİ ÜYELERİ; Feyza Erkan (Başkan), Denetleme Kurulu: Eyüp Sabri Uçan, Münevver Erdinç, Peri Arbak, Metin Özkan, Fatma Evyapan



TURKISH THORACIC SOCIETY

3rd WASOG-BAL CONGRESS 2014

MEETING POINT FOR DIFFERENT CULTURES
08 - 11 OCTOBER 2014

EPHESUS SÜRMELİ HOTEL
KUŞADASI / TURKEY

www.wasogbal2014.org



ORGANIZING SECRETARIAT



Burkon Tourism & Congress Çekirge St. No: 51/C 16050, BURSA/TURKEY
Phone: +90 224 233 40 00 Fax: +90 224 233 80 00
www.burkon.com E-mail: kongre@burkon.com

Respiro

salmeterol / flutikazon propiyonat

günde*
2x2

KOAH ve Astım tedavisinde pratik çözüm*

Ara

Bunu mu demek istediniz? **Respiro**



Respiro hakkında medikal bilgi

Türkiye’de üretilen RESPIRO, kombine bir ürün olarak (uzun süre etkili beta 2 agonisti olan Salmeterol ve inhale kortikosteroid olan Flutikazon Propiyonat) kullanımının uygun olduğu durumlarda düzenli astım tedavisinde endikedir, orta - ağır KOAH olgularında, semptomları ve atak sıklığını azaltmaktadır.*

www.deva.com.tr - www.respiroloji.com

Respiro formlar, yaş skalası ve kullanım dozu*

Respiro 25mcg/250mcg aerosol inhale	12 yaş ve üzeri	2x2
Respiro 25mcg/125mcg aerosol inhale	12 yaş ve üzeri	2x2
Respiro 25mcg/50mcg aerosol inhale	4 yaş ve üzeri	2x2

www.deva.com.tr - www.respiroloji.com

*RESPIRO KISA ÜRÜN BİLGİSİ: FORMÜLÜ: RESPIRO 25 mcg/50 mcg, 25 mcg/125 mcg ve 25 mcg/250 mcg aerosol inhale süspanسیون; her bir süspanسیون sırasıyla her püskürtmede; 25 mcg salmeterol’e eşdeğer 36,3 mcg salmeterol kinafoat ile birlikte 50 mcg, 125 mcg ve 250 mcg flutikazon propiyonat ve HFA 134a içermektedir. ENDİKASYONLARI: RESPIRO 25 mcg/50 mcg, 25 mcg/125 mcg ve 25 mcg/250 mcg aerosol inhale; astım semptomlarının düzeltilmesi ve kontrol altına alınması amacıyla kullanılır. Astım hastalığının basamaklı tedavisinde 3.basamaktan itibaren kullanılır. Inhale kortikosteroidlerle ve “gerekliğinde” kullanılmak üzere cabuk etki eden inhale beta2 agonisti ile yeterince kontrol edilemeyen hastalarda, gerek inhale kortikosteroidlerle, gerekse uzun süre etkili beta2 agonistlerle kontrol edilen hastalarda salmeterol, flutikazon ile birlikte düzenli kullanıldığında orta ve ağır KOAH olgularında, semptomları ve atak sıklığını azaltmaktadır. KONTRENDİKASYONLARI: RESPIRO etkin madde veya yardımcı maddelerden birine karşı aşırı duyarlılığı olan hastalarda kontrendikedir. UYARILAR/ÖNERİLER: RESPIRO hızlı ve kısa etkili bir bronkodilatörün gerektiği akut astım semptomlarının tedavisinde kullanılmamalıdır. Hastalarda bir alevlenme sırasında veya anamlı şekilde kötüleşen veya akut şekilde şiddetlenen astım hastalıkları varsa RESPIRO tedavisi başlatılmamalıdır. RESPIRO şiddetli kardiyovasküler bozukluk, kalp ritim anormallikleri, diabetes mellitus, tirotozikoz, pulmoner tüberküloz, düzeltilmemiş hipokalemi veya düşük serum potasyum düzeylerine eğilimli olan hastalarda dikkatli şekilde kullanılmalıdır. Dozlamadan sonra hırıltıda hızlı bir artışla paradoksisal bronkospazm meydana gelebilir. RESPIRO derhal kesilmeli, hasta değerlendirilmeli ve gerektiğinde alternatif tedaviye başlanmalıdır. YAN ETKİLER/ADVERS ETKİLER: Ağız ve boğazda kandidiyazis, pnömoni, bronşit, deride aşırı duyarlılık reaksiyonları, hipokalemi, bay ağrı, tremor, palpasyon, nazofarenjit, boğaz irritasyonu, ses kısıklığı/difonisi sinüzit, kas krampları, travmatik özellikler ve kontüzyonlardır. Ürünün kullanımından sonra suyla gargara yapılarak hem ses kısıklığı hem de kandidiyazis insidansı hafifletilebilir. İLAÇ ETKİLEŞİMLERİ: Selektif ve selektif olmayan beta blokerler kullanımları için güçlü gerekçeler olmadığı sürece astım hastalarında kullanılmamalıdır. Ketokonazol veya diğer potent CYP3A ve CYP3A4 inhibitörleri ile eşzamanlı tedaviden kaçınılmalıdır. KULLANIM ŞEKLİ VE DOZU: Erişkinler ve 12 yaş ve üstündeki adolesanlarda; günde iki kez iki inhalasyon halinde 25 mikrogram salmeterol ve 50 mikrogram flutikazon propiyonat veya 25 mikrogram salmeterol ve 125 mikrogram flutikazon propiyonat veya 25 mikrogram salmeterol ve 250 mikrogram flutikazon propiyonat. Astımın hızlı şekilde kontrol edilmesi gereken, orta dereceli inatçı astım olan erişkin veya adolesan hastalarda kısa süreli bir RESPIRO denemesi başlangıç tedavisi olarak kabul edilebilir. Bu durumlarda, önerilen başlangıç dozu günde iki kez iki inhalasyon olarak 25 mikrogram salmeterol ve 50 mikrogram flutikazon propiyonat’tır. 4-12 yaş arası çocuklarda: Günde iki kez iki inhalasyon halinde 25 mikrogram salmeterol ve 50 mikrogram flutikazon propiyonat’tır. Çocuklarda RESPIRO inhale ile verilen maksimum onaylı flutikazon propiyonat dozu günde iki kez 100 mcg’dır. 4 yaşından küçük çocuklarda RESPIRO inhale kullanımlarına ilişkin veri yoktur. RESPIRO 25 mikrogram/ 50 mikrogram dozu şiddetli astımı olan erişkinlerde ve çocuklarda kullanıma uygun değildir. GEBELİK VE LAKTASYONDA KULLANIM: Gebelik kategorisi C’dir. Salmeterol kinafoat ve flutikazon propiyonatın gebelik ve emzirme döneminde kullanımı ilgili deneyimler yetersizdir. Emzirme döneminde terahen kullanılmamalıdır. FİCANI TAKDİM ŞEKLİ VE HİYATİ RESPIRO 25 mcg/50 mcg 120 Doz Aerosol Inhale (Ruhsat tarihi ve no: 12.05.2011-2225) 72,14 TL, RESPIRO 25 mcg/125 mcg 120 Doz Aerosol Inhale (Ruhsat tarihi ve no: 12.01.2012-239/49) 56,03 TL, RESPIRO 25 mcg/50 mcg 120 Doz Aerosol Inhale (Ruhsat tarihi ve no: 12.01.2012-239/40) 39,00 TL, (Ocak 2013). Reçete ile satılır. Ruhsat sahibi: Deva Holding A.Ş., Halkalı Merkez Mah. Basın Ekspres Cad. No:1 34303 Küçükçekmece - İstanbul. Son güncelleme tarihi: Ocak 2013.

Daha geniş bilgi için firmamıza başvurunuz. **DEVA HOLDING** Halkalı Merkez Mah. Basın Ekspres Cad. No:134303 Küçükçekmece / İSTANBUL Tel: (0212) 444 DEVA (3382)

EastPharma



www.respiroloji.com

www.deva.com.tr

twitter.com/DEVA_Holding

facebook.com/DEVA



Şimdi rahat bir nefes alın!



FORMÜLÜ: Her bir BREQUAL inhalasyon kapsülü içinde 50 mcg Salmeterol'e eşdeğer Salmeterol ksinafoat ve sırasıyla 100, 250, 500 mcg Flutikazon propiyonat vardır. **ENDİKASYONLARI:** Salmeterol/flutikazon kombinasyonu astım semptomlarının düzeltilmesi ve kontrol altına alınması amacıyla astım hastalığının baskımlı tedavisinde 3. basamaktan itibaren verilir. Orta ve ağır KOAH olgularında semptomları ve atak sıklığını azaltır. **KONTRENDİKASYONLARI:** BREQUAL, ilaçlarından herhangi birine karşı ağır duyarlılığı olan hastalarda kontrendikedir. **UYARILAR/ÖNLEMLER:** BREQUAL hızlı ve kısa etkili bir bronkodilatör (örneğin salbutamol) kullanımını gerektiren akut belirtileri rahatlatmak için değildir. Hastalara rahatlamak için kullanmaları gereken ilaçları her zaman yanlarında bulundurmaları tavsiye edilmelidir. Alevlenme ve pnömoninin klinik özellikleri sıklıkla birbirleriyle örtüştüğünden, hekimler KOAH'lı hastalarda pnömoni gelişmesi olasılığına karşı dikkatli olmalıdır. Kortikosteroid içeren tüm inhale ilaçlarla olduğu gibi, aktif veya sessiz akciğer tüberkülozu olan hastalarda BREQUAL dikkatli kullanılmalıdır. Uzun süre inhale kortikosteroid tedavisi alan çocukların boyunun düzenli olarak izlenmesi tavsiye edilmektedir. **YAN ETKİLER/ADVERS ETKİLER:** BREQUAL kullanımına bağlı olarak çok yaygın olarak baş ağrısı, ağız ve boğazda kandıdyazis, pnömoni, bronşit, hipokalemi, palpitasyon, nazofarenjit, kontüzyonlar, kas krampları ve travmatik kırıklar görülebilir. **İLAÇ ETKİLEŞİMLERİ:** Kullanımı zorunlu olmadıkça, selektif veya selektif olmayan beta-blokerlerin kullanılmasından kaçınılmalıdır. Ritonavirin (oldukça güçlü sitokrom P450 3A4 inhibitörü), flutikazon propiyonatın plazma konsantrasyonlarını büyük oranda artırabilir ve serum kortizol konsantrasyonlarında anlamlı oranda azaltılabilir. Flutikazon propiyonata sistemik olarak maruz kalma potansiyeli artacağından, güçlü P450 3A4 inhibitörleri (örneğin ketokonazol) ile birlikte kullanıldığında dikkatli olunmalıdır. **KULLANIM ŞEKLİ VE DOZU:** BREQUAL sadece inhalasyon yolu ile uygulanır. Hastalar, belirtileri olmasa dahi optimum fayda için BREQUAL'ı düzenli olarak kullanmaları gerektiği konusunda uyarılmalıdır. **Astım:** Doz, belirtileri etkili olarak kontrol eden en düşük doza ayarlanmalıdır. 4 yaş ve üzeri çocuklarda günde 2 kez 1 inhalasyon BREQUAL 100 mikrogram kullanılır. 4 yaşından küçük çocuklarda BREQUAL kullanımı ile ilgili bilgi yoktur. 12 yaş ve üzeri adolesanlar ve yetişkinler günde 2 kez 1 inhalasyon BREQUAL 100 mikrogram veya 250 mikrogram veya 500 mikrogram kullanabilirler. **Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH):** Yetişkin hastalar için tavsiye edilen doz günde 2 kez 1 inhalasyon 50/250 mikrogram - 50/500 mikrogram'dır. Günde iki kez alınan 50/500 mikrogram maksimum BREQUAL dozunun tüm nedenlere bağlı ölümleri azalttığı gösterilmiştir. **GEBELİK VE LAKTASYON:** Gebelik kategorisi: C'dir. Ne salmeterol ksinafoatın ne de flutikazon propiyonatın genetik toksisite potansiyeline sahip olduğu gösterilmiştir. Salmeterol süte geçer. Emzirme döneminde terchen kullanılmamalıdır. **DOZ AŞIMI:** Salmeterolün aşırı dozu ile beklenen belirtiler ve bulgular tremor, baş ağrısı, taşikardi, sistolik kan basıncında artış ve hipokalemi gibi tipik ağır beta2-adrenerjik stimülasyonuna bağlıdır. Flutikazon propiyonatın inhalasyonu ise geçici olarak hipotansiyon-hipofiz-adrenal ekseninin baskılanmasıdır. Bu durum acil önlem alınmasını gerektirmez; adrenal fonksiyonlar birkaç gün içinde eski haline döner. Tercih edilen antidotlar, bronkospazm hikayesi olan hastalarda dikkatli kullanılması gereken kardiyoselektif beta-bloker ajanlardır. **TİCARİ TAKDİM ŞEKLİ VE AMBALAJ NİTELİĞİ:** BREQUAL 100, 250, 500 mikrogram, 60 kapsüllük Alüminyum-Alüminyum blister ve Qhaler inhalasyon cihazı içeren karton kutularda satılmaktadır. 20.08.2013 tarihi itibarıyla KDV dahil PSF: BREQUAL 100 mikrogram: 37,27 TL, BREQUAL 250 mikrogram: 58,09 TL, BREQUAL 500 mikrogram: 73,54 TL'dir. **RUHSAT SAHİBİ:** Abdi İbrahim İlaç San. ve Tic. A.Ş., Reşitpaşa Mahallesi, Eski Büyükdere Cad. No:4 34467 Maslak / Sarıyer / İSTANBUL **RUHSAT TARİHİ VE RUHSAT NO:** BREQUAL 100 mikrogram: 24.05.2013 251/32, BREQUAL 250 mikrogram: 24.05.2013 251/33, BREQUAL 500 mikrogram: 24.05.2013 251/34'tür. **İMAL YERİ:** Abdi İbrahim İlaç San. ve Tic. A.Ş. Hadimköy/İstanbul. Daha geniş bilgi için firmamıza başvurunuz: Abdi İbrahim İlaç San. ve Tic. A.Ş. Reşitpaşa Mahallesi, Eski Büyükdere Cad. No:4 34467 Maslak / Sarıyer / İSTANBUL T. +90 212) 366 84 00 F.+90 212 276 20 20 www.abdiibrahim.com.tr

