

S  r e k l i T ı p E ğ i t i m i D e r g i s i

s t e d

g  n c e

Cilt : 19

Sayı : 2

Mart- Nisan

2010

ISSN 1300-0853



Günce

Türkiye'nin Sağlığını Okumak I
"Kır ve Kentte Sağlık Kuruluşu Dışında Doğum Yapan Kadınlarımız"
Dr. Onur Hamzaoğlu

Okuduklarımızdan II
Yaşlı Sağlığı III
"Birincil Bakımda Yaşlıların Bilişsel Sorunlarının Yönetimi"
Dr. Melahat Akdeniz, Dr. Ferhat Kılınç,
Dr. Hakan Yaman

Mesleki Sorumluluk

VIII

Dr. Orhan Odabaşı, Av. Verda Ersoy

Dergilerden

IX

Dr. Özen Aşut, Dr. Yılmaz Yıldız,

Ne Yapmalı?

XI

Dr. Orhan Odabaşı, Av. Mustafa Güler

STED Fotoğraf Yarışması 2010

XIII



Günce

Merhaba,

Hiç kendinizi bomboş hissettiniz mi? İçinizin boşaldığını, boşaltıldığını, geriye kocaman bir hiç kaldığını duyumsadınız mı? Bu boşluğun birden etrafınızı sardığını – sarmaladığını, bir toz ya da duman bulutunun her değdiğini yok ettiğini, sıradanlaştırdığını, hiçleştirdiğini gördünüz mü? Önceliği içinizin boşalmasına mı, yoksa etrafınızın hiçleşmesine mi vereceğinize kararsız kaldınız mı?

Gündelik işlerin içerisinde, bir koşuşturmanın peşinde duraksadığınız, bildik sorulara yanıtız kalakaldığınız anlarda olup biten içinde bir soluklanmadır güne, ana ilişkin birkaç küçük saptamadır, farkındalıktır günce tutmak. Fotoğraf, anı, öyküleme, birkaç satır imgelem, farklı bir bakış sıradan olana...

*Şiirler yazarım**
basılmaz
basılacaklar ama

*Bir mektup beklerim müjdeli
belki de öldüğüm gün gelir
mutlaka gelir ama*

*Ne devlet ne para
insanın emrinde dünya
belki yüz yıl sonra
olsun
mutlaka bu böyle olacak ama*

Aslında ben de varım, bir başkasının olduğu, olması gerektiği gibi. Benim de sözüm var. Emeğim, yıllardır büyüttüğüm özlemim, özlediklerim olduğu gibi. Bilimsel ve dostça kalın...

Bilimsel ve dostça kalın..

* İyimeserlik Nazım Hikmet Ran, Moskova, 12 Eylül 1957 .



Türkiye'nin Sağlıkını Okumak

"Kır ve Kentte Sağlık Kuruluşu Dışında Doğum Yapan Kadınlarımız"



Dr. Onur Hamzaoglu*

Tablo: Yıllara ve yerleşim yerine göre sağlık kuruluşu dışında doğuran kadınlar*			
	1998	2003	2008
Yerleşim yeri			
Kent	19.8	14.4	6.0
Kır	40.3	35.7	21.0
Hız Oranı(Kır/Kent)	2.04	2.48	3.50
Topluma Atfedilen Risk	28.0	36.6	41.7
Türkiye	27.5	22.7	10.3

*Araştırma tarihinden önceki son beş yılda yapılan doğumlar

Ülkemizde 1993-2008 yılları arasında sağlık kuruluşu dışında doğum yapmak zorunda kalan kadınlarımızın durumunu demografik bölgelerimize göre incelemiştik. Bu defa aynı sorunu yerleşim yeri özelinde inceleyeceğiz. İnceleyeceğimiz zaman dilimi 1998-2008 yıllarını kapsayan 10 yıllık bir süre. Veri kaynağımız bu yıllar arasında üç defa yinelenmiş olan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) raporları. Yukarıdaki tabloda da sunduğumuz, sağlık kuruluşu dışında doğuran kadınların yüzdesinin, sağlık hizmetlerine ulaşım ve sağlık hizmetlerinin kullanım durumunu gösterdiğini daha önce paylaşmıştık.

Ulaştığımız verilere göre, Türkiye geneli itibariyle sağlık hizmetlerine ulaşamama ve sağlık hizmetlerini kullanamama yıllar içerisinde azalmış. Tablonun bu görüntüsüne sevinmemek elde değil. Biz sağlık emekçilerini mutlu etmeye yetecek bir durum. Yüz gebemizden 1998 yılında yaklaşık 28'i, 2003 yılında yaklaşık 23'ü sağlık hizmetlerine ulaşamayıp, sağlık kurumları dışında doğum yapmak zorunda kalırken, bu sayı 2008 yılında yaklaşık 10'a gerilemiş. Bu Türkiye'nin görünen yüzü. Peki, görünmeyeni? Orada da gelişmeler yukarıdaki satırlarda ifade ettiğimiz gibi, bizleri mutlu edebilecek bir seyir izliyor mu?

Yaptığımız ve tabloda sizlerle paylaştığımız çalışma sonuçlara göre; maalesef HAYIR!!! diye haykırmamız gerekiyor. Bin dokuz yüz doksan sekiz yılında kentsel yerleşim yerinde yaşayan gebelerimizden bir tanesinin sağlık kuruluşu dışında doğum yapmasına karşılık, kırsal yerleşim yerinde iki gebemizin sağlık kuruluşu dışında doğum yaptığını görmekteyiz (Hız oranı= 2.04). İki bin üç yılında ise kentsel yerleşim yerinde yaşayan gebelerimizden bir tanesinin sağlık kuruluşu dışında doğum yapmasına karşılık, kırsal yerleşim yerinde yaklaşık iki buçuk gebemiz sağlık kuruluşu dışında doğum yapmak zorunda kalmış. Günümüz itibariyle TNSA'nın son raporundaki verilere göre, yani 2003-2008 yılları arasındaki beş yıllık süre içerisinde durum daha da kötüleşmiş. Kentsel yerleşim yerinde yaşayan gebelerimizden bir tanesinin sağlık kuruluşu dışında doğum yapmasına karşılık, kırsal yerleşim yerinde yaklaşık üç buçuk gebemizin sağlık kuruluşu dışında doğum yapmasına "göz yumulmuş".

Sağlık hizmetlerine ulaşım ve sağlık hizmetlerinin kullanım durumunu sağlık kuruluşu dışında doğuran gebeler üzerinden değerlendirirken topluma atfedilen risk hesaplamasını yaparak da değerlendirdik. Bilindiği gibi, topluma atfedilen risk, yaşanmış olan sorundan ne kadarının önlenebilir olduğunu, yüzde olarak göstermektedir. Bu hesaplamalara göre, sağlık kuruluşu dışında gerçekleşen yüz doğumdan 1998 yılında 28'i, 2003 yılında yaklaşık 37'si önlenebilirken, 2008 yılında yaklaşık 42'si önlenabilir duruma gelmiştir. Kısaca yıllar içerisinde pisi pisine sağlık kuruluşu dışında yapılmış doğumlarımızda artış söz konusudur.

Sağlık Bakanı Sayın Akdağ, 2002 yılından beri AKP hükümetlerinin bütün kabinelerinde aynı görevde. Ülke tarihimizde bu kadar uzun

sürelî bakanlık az görülen bir durum. Ancak bu durumun halkımızın sağlığı için bir şans olmadığı olamadığı da ortada. Sayın Akdağ, TBMM Genel Kurulu'nda ceket sıyırıp hatibe saldırmaya kalkmasından sonra yapacaklarını hukuksal zemine taşımaya karar verdiğini öğrendik. "Çıkacak herhangi bir yasaya eklenecek bir madde ile, TTB başta olmak üzere sağlık alanındaki demokratik kitle örgütlerini kapatabileceklerini" söyledi. Söylemi burada da kalmadı, "siyaset yapan bu yönetimleri tasfiye ettikten sonra, yeni bir yasa ile yeniden bu yapıları kurdurabileceklerini" de ekledi. AKP hükümetleri döneminde Sağlık Bakanlığı dahil devletin bütün kurumları tarihlerinin en siyasallaştırılmış ve yandaştırılmış dönemlerini yaşıyorlar. Görünen o ki bu tutum, öncelik olmanın dışında bütün çalışma programlarının içeriğine yerleştirilmiş durumda. Bu durum durdurulamazsa

yukarıdaki tablonun daha da kötüleşeceğini söylemek için başka bir veriye hiç de gerek yok.

Sayın Bakan'dan isteğimiz, "benden sonrası tufan" davranışından bir an önce vazgeçmesi...

İletişim: Dr. Onur Hamzaoğlu
E-posta: ohamzaoglu@kocaeli.edu.tr

Kaynaklar

- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü. (1999) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü. (2004) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü. (2009) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008.
- Kunst AE, Mackenbach JP. (1994) Measuring Socioeconomic Inequalities in Health, EUR/ICP/RPD 416, WHO, Copenhagen-28.

Okuduklarımızdan



Tütün Mücadelesinde Önemli Bir Döküman Tanıtımı: Tütün ve Tütün Kontrolü

Editörler: Karadağ M, Bilgiç H.

Konuk Editörler: Aytemur ZA, Akçay Ş, Elbek O.

Türk Toraks Derneği yayınları arasında Ocak 2010 yılında yerini almış olan Tütün ve Tütün Kontrolü kitabı ülkemizde bu konuda çalışanlar için önemli bir kaynak niteliğindedir. Kitap başlıca Tütün Kontrolü, Tütün ve İnsan Sağlığı, Tütün Bağımlılığı ve Tedavisi bölümlerinden oluşmuştur. Bu bölümler daha ayrıntılı olarak incelendiğinde tütün kontrolünün dünyadaki ve ülkemizdeki geçmişi, kanıta dayalı kontrol ve mücadele yöntemleri, tütün ve sağlık(sızlık) ilişkisi, küresel deneyimler, örnekler, sağlık çalışanları açısından tütün mücadelesinde mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimin önemi, bırakma konusunda gerekli bilgiler gibi pek çok bölüm çok sayıda yazar tarafından kaleme alınmıştır.

Türkiye bilim ortamına ve özel olarak da ülkemizdeki tütün mücadelesine çok anlamlı bir katkı olarak sunulmuş olan 556 sayfadan oluşan Tütün ve Tütün Kontrolü kitabını siz değerli okuyucularımızın dikkatine sunuyoruz.



Dr. Melahat Akdeniz, Dr. Ethem Kavukçu**, Dr. Aylin Yaman***,
Dr. Jürgen Howe****, Dr. Hakan Yaman******

Amerikan Psikiyatri Derneği tanı ve istatistik el kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association) demansı sosyal ve mesleki yaşamı etkileyen zihinsel yetilerin (bilişsel işlev) kaybı olarak tanımlar (1). Demansın bilinen yüzden fazla nedeni vardır; ancak en sık görülen demans tipi tüm demansların %50-70'ini oluşturan Alzheimer hastalığıdır (2).

Bilişsel sorunlar, nüfusun yaşlanması ile birlikte önemli bir sağlık sorunu olmaya başlamıştır.

Dünya Alzheimer Rapor'u 2009'a göre tüm dünyada 2010'a kadar 35.6 milyon kişide demans görülecektir. Bu rakamın her 20 yılda bir ikiye katlanması öngörülmektedir. Buna göre tüm dünyada 2050 yılında demanslı kişi sayısının 115.4 milyon olması beklenmektedir (3) ve bu artış yalnızca gelişmiş ülkelerin sorunu değildir.

Coğrafi, kültürel, ırksal etmenlere göre değişmekle birlikte 65 yaş ve üzerindekiilerin %3-11'inde, 85 yaş ve üzerindekiilerin %25-47'sinde demansın bir formu bulunur (4). Alzheimer hastalığı ve vasküler demans ya da ikisi bir arada yaşlılardaki demansların büyük çoğunluğunu oluştururlar. Demanslı bireylerin %60-70'inde Alzheimer hastalığı; yaklaşık

%20-30'unda ya vasküler demans ya da vasküler demans ve Alzheimer hastalığının kombinasyonu vardır. Lewy cisimcikli demans, frontotemporal demans, alkole bağlı demans, Huntington hastalığı, normal basınçlı hidrosefali, HIV enfeksiyonu, sifiliz, subdural hematoma ve bazı beyin tümörlerine bağlı demanslar daha nadir görülen tablolardır (4).

"Alzheimer's Disease International"ın 2005 yılında tüm Avrupa'da yürüttüğü demans prevalans çalışmasında Avrupa ortalaması %1.13 olarak hesaplanmıştır. Türkiye bu çalışmada 30-74 yaş grubunda 129 715 kişi ile yer almış ve demans prevalansı %0.11 olarak hesaplanmıştır (5).

Demans konusunda sorunlar yalnızca hasta sayılarındaki artış ile ilgili değildir. Demansın toplum üzerine çok büyük etkileri vardır ve hastalık yükü giderek artmaktadır Sağlık sistemi içinde bu hastalara uygun bakım sunma ve bağımsızlıklarını olabildiğince sürdürülebilmeleri için düzenlemeler yapılması gerekmektedir. Hastaların bakım yükü yanında, hastalığın yetersiz tanınması ve tanı konulamaması etiketlenme (stigmatizasyon) demanslı kişiler ve aileleri için önemli sorunlardır. Demans yalnızca bireyin hastalığı değildir; etkilenen kişinin günlük yaşam etkinliklerinde giderek daha fazla yardıma gereksinmesi ve her zaman bağımsız yaşayamaması nedeniyle tüm aileyi etkiler (6).

Alzheimer hastalığında iki primer patolojik süreç vardır, amiloid plaklar ve nörofibriler yumaklar. Bu iki patolojik süreç sinir sistemi içinde yıkıma neden olur. İletim yavaşlar ve yeni anıların formasyonu bozulur. Bu süreçler klasik olarak Alzheimer hastalığında olmakla birlikte ilerleyici supranükleer palsi gibi diğer demanslarda da görülebilir. Bu süreçlerin nedeni kesin olarak bilinmemektedir. Vasküler demans, görülen ikinci sık demans tipidir. Beyin kan akımının azalmasından kaynaklanır. Çoklu küçük inmeler, tek geniş alanlı inmeler en sık nedendir. Sigara içme, hipertansiyon,



Kaynak: www.bursa.bel.tr/?baslik=huzurevinde-yasli-ve.

*Yrd. Doç.; Akdeniz Ü. Tıp Fak. Aile Hekimliği AD, Antalya

**Doç.; Başkent Ü. Adana Hastanesi, Üroloji Kliniği, Adana

***Carola Wilhelmina Teknik Ü. Gerontopsikoloji Bölümü, Almanya

****Prof.; Akdeniz Ü. Tıp Fak. Aile Hekimliği AD, Antalya

diyabet, arteriyoskleroz, hiperlipidemi gibi kardiyovasküler risk etmenleri ile ilişkilidir. Frontotemporal demans (FTD) frontal ve temporal loblarda asimetrik atrofi ile karakterizedir. Genellikle Alzheimer hastalığından daha erken (35 – 75 yaşları arasında) başlar ve daha hızlı ilerler. Lewy cisimcikli demansın nedeni bilinmemektedir. Beyin hücreleri içinde “alpha-synuclein” olarak adlandırılan protein birikimini içeren Lewy cisimcikleri ile karakterizedir. Pek çok yakınması Alzheimer hastalığı ile benzerdir. İnandırıcı halüsinasyonlar, bilinç düzeyinde değişiklik, şiddetli uyku bozuklukları görülür (7).

Yaşlanma konusunda insanların en çok korktuğu durum bedensel yetkinliğin kaybı değil, mental yetkinliğin kaybıdır. Yapılan araştırmalarda en tutarlı bulunan koruyucu etmenler (bilişsel zayıflama riskini azaltanlar)

daha yüksek öğrenim, daha yüksek sosyoekonomik durum, duygusal destek, daha iyi temel biliş işlevi, daha iyi akciğer kapasitesi, ılımlı alkol kullanımı ve vitamin destekleridir (8).

Demans ve özellikle Alzheimer tipi demans sinsisi gelişir. En sık ve genellikle ilk yakınma yakın bellek kaybıdır. Hastalar ve aile üyeleri unutkan olmayı yaşlanmanın normal sonucu olarak değerlendirdikleri için ya da yadsıdıkları için hekimlerine bu sorunu pek getirmezler. Demanslı hastalarda bellek kaybına ek olarak yargılama, soyut düşünme, dikkat, konsantrasyon, yönelim, yeni bilgileri öğrenme, hesap yapma, dili kullanma, sorun çözme, karmaşık işleri yapabilme gibi yüksek biliş alanlarından en az birinde bozulma vardır. Demans olasılığını düşündüren erken yakınmalar yeni bilgileri öğrenme ve geri hatırlamada zorluk, önceleri yaptığı karmaşık işleri yapamama; akıl yürütme, uzaysal farkındalıkta ve dili kullanmada zorluklardır. Kişilik özelliklerinde ve davranış biçiminde değişiklik de sık görülen yakınmalardır (7).

U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) 2003 raporu yaşlı erişkinlerin demans için rutin taranmasına karşı ya da lehte bir öneriyi desteklemek için kanıtların yetersiz olduğunu bildirmektedir. Rapor hekimlerin “doğrudan gözleme, hasta bildirimine ya da aile üyeleri, arkadaşlar ya da bakım verenlerce ortaya konan kayıtlara dayalı olarak bilişsel yetersizlik ya da bozulmadan şüphelenilen her durumda bilişsel işlevi değerlendirmeleri gerektiğini ” işaret etmektedir (4). USPSTF 2009 güncellemesinde de aynı ifade korunmuştur. Erken tanı, bakımı üstlenen kişinin hastalıkla başa çıkmak için daha hazırlıklı olması ve nelerle karşılaşacağını önceden bilmesi açısından önemlidir. Tanı geleceği planlama yolunda atılan ilk adımdır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Yaşlı Dostu Birincil Bakım Enstrüman setinde demansı geriatrinin dört dev sorunundan biri olarak tanımlamıştır (9). Tarama testinde bellek alanında sorunu olan ya da depresif sorunları olan hastalar hekim tarafından enstrümanlar arasında bulunan depresyon ve demansa özgü akış şemaları önderliğinde mini ruhsal durum değerlendirme ölçeği [Mini Mental State Examination (MMSE)] ve Geriyatrik Depresyon Skalası (GDS) ile değerlendirilmektedir (bu ölçeklere www.ailehek.org’dan erişilebilir).



Fotoğraf: “Portre” Sağ. Tek. Özgür Aslan, İstanbul STED Fotoğraf Yarışması 2009 Arşivinden

Birinci basamak hekimi bu değerlendirme sonrası tedavi ya da sevk kararını verebilir (10).

Demans tanısında hekimlerin karşılaştıkları en önemli sorun kesin tanı koymayı sağlayacak bir yönetim olmamasıdır. Alzheimer hastalığı bir dışlama tanısıdır ve ayırıcı tanısını yapmak her zaman çok kolay olmamaktadır. Normal yaşlanmaya bağlı bilişsel azalmalar ve yeti kayıpları, depresyon, deliryum ve tedavi edilebilir demans tablosuna yol açan hastalıkların tanımlanmasında zorluklar yaşanabilir. Bu nedenlerle demans tanısı konmasında öykü ve fizik muayene en önemli tanı araçlarıdır ve en sık başvuru nedeni olan bellek kaybının dikkatle sorgulanması önem kazanır. Bellek kaybı tek klinik bulgu olabilir ve bu tek bulgu demans için tanı kriterlerini karşılamayabilir. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV), demans tanı kriterlerini demans tiplerine göre tanımlamıştır. DSM IV'deki tanı kriterleri de tanıda yardımcı olabilir (1).

DSM IV'e göre uzak ve yakın bellek bozukluğu, yeni bilgileri öğrenmede güçlük ve önceden öğrenilenleri hatırlayamama ile birlikte aşağıdaki bilişsel bozukluklardan birinin ya da daha fazlasının olması durumunda Alzheimer Hastalığı tanısı konulur:

- Afazi (dil bozuklukları).
- Apraksi (kas gücü normal olmasına karşın motor becerilerde bozukluk)
- Agnozi (algısal işlev normal olmasına karşın nesnelere tanıma ve adlandırmada başarısızlık)
- Yönetici (executive) işlevlerde (planlama, düzenleme, sıralama, soyutlama) bozulma. Bu bilişsel eksikliklerin her biri sosyal ya da mesleki işlevlerde önemli bozulmalara yol açar ve hastaların daha önceki iş görme düzeylerinde önemli azalmalar olur. Bilişsel işlevlerdeki azalma yavaş başlar ve sinsi, ilerleyici bir seyir gösterir. Biliş bozuklukları aşağıdakilerden herhangi birine bağlı değildir:
 - Bellek ve bilişte ilerleyici eksikliklere neden olan diğer santral sinir sistemi hastalıkları (ör. Serebrovasküler hastalıklar, Parkinson hastalığı, Huntington hastalığı, subdural hematom, normal basınçlı hidrosefali, beyin tümörü)
 - Demansa neden olduğu bilinen sistemik hastalıklar (Ör. Hipotiroidi, B-12 vitamini ya da folik asit eksikliği, niasin eksikliği, hiperkalsemi, nörosifiliz, HIV enfeksiyonu)
 - Madde kullanımı ile ilişkili durumlar

- Depresyon ve şizofreni gibi bozukluklarla tam olarak açıklanamayan öğrenme sorunları, dizatri, istemsiz hareketler, az hareketli olma, psikoz, depresif duygudurum, somatik ve cinsel fonksiyon bozuklukları, aşırı hareketlilik, bağımlılık, normal dışı cinsel davranışlar, şüpheli davranışlar, endişeli, korkulu, bağımlı kişilik, antisosyal kişilik gibi durumlar.

Öykü, demans tanısı koyma ve ayırıcı tanı yapmada en önemli araçtır. Hastanın kendisinden alınan öyküye aile üyelerinin ya da arkadaşlarının katkıları çok önemli bilgiler sağlayabilir. Öykü DSM-IV tanı kriterlerinin bileşenleri çerçevesinde yapılandırılır. Hastalardan ve yakınlarından unutkanlık, yönelim, günlük yaşam etkinliklerini yapabilme, hangi durumlarda yardıma gereksinimi olduğu gibi konularda bilgi alınır. Demanslı kişilerde unutkanlık önemli bir hastalık bileşeni olduğu için görüşmeye hasta ve aile üyelerinden biri ya da arkadaşı davet edilmeli ve hasta konusunda gözlemleri ve düşünceleri öğrenilmelidir. Hastaya bakım sunan kişiler ve aile üyelerinden, hastanın durumunun aile üyeleri üzerindeki etkileri ve sorun çözme yöntemleri konusunda bilgi alınmalıdır. Hasta ile birlikte bakım veren aile üyeleri ya da kişilerin değerlendirilmesi hastalığın yönetimini planlamada önemlidir (7,9,10).

Fizik muayene bulguları demansın etiyolojisine ilişkin ipuçları verebilir. Örneğin fokal nörolojik bulgular vasküler hastalık kaynaklı bir demansı işaret ediyor olabilir. Normal sistemik muayene yanında biliş alanları da (konuşma, motor bellek, algılama, sıralama vd) değerlendirilmelidir (7,11).

Biliş alanlarının değerlendirilmesinde birincil bakımda demans için tanısız olmamakla birlikte mini ruhsal durum değerlendirme ölçeği (Mini Mental State Examination =MMSE) kullanılabilir. Uygun bir biçimde kullanıldığında, MMSE yüksek riskli hastalarda bilişsel bozulmayı tanımlamak için geçerli ve güvenilir bir testtir. MMSE yönelim bozukluğu, dikkat, bellek, dil, talimatları anlama ve yapma gibi becerileri değerlendirir. Uygulama ve skorlama ortalama 10 dakika alır (4, 7,12,13). Bilişsel yetersizlikten çok işlevsel sınırlılıkları değerlendiren İşlevsel Etkinlikler Anketi [Functional Activities Questionnaire (FAQ)] gibi testler de demans tanısını desteklemede kullanılabilir (4).

Hastaların çoğunluğunda öykü ve fizik

muayene ile bilişteki bozulmanın nedeni büyük olasılıkla tanımlanacaktır. Ancak potansiyel olarak tedavi edilebilir demans nedenlerini (depresyon, vitamin B12 eksikliği ve hipotiroidi ve bazı eşzamanlı hastalıklar) dışlamak için laboratuvar testleri ve norodiyagnostik testler kullanılmaktadır.

Yaşlı hastalarda demans depresyonu, depresyon da demansı taklit edebilir. Çoğu kez de depresyon ve demans bir arada bulunabilir. Bu nedenle depresyon tanısı alan yaşlı hastalar depresyonun tedavisi süresince düzenli aralıklarla demans açısından değerlendirilmelidir (13).

Demans ve deliryum da bazen birbirleri ile karıştırılabilir. Ayırım genellikle öykü ve fizik muayene ile yapılır. Deliryumda da bellek kaybı, konfüzyon ve yönelimde bozulma vardır. Ancak demansdan farklı olarak bu bulgular genellikle geri dönüşlüdür. Deliryum akut bir durumdur ve bulgular çok hızla ortaya çıkarken, demans kronik bir durumdur ve çok yavaş gelişir. Bazı ilaçlar ve alkol kullanımı, metabolik durum bozuklukları, enfeksiyonlar deliryuma neden olabilir. İlaç bırakıldığında ya da altta yatan durum düzeltildiğinde deliryum sona erer. Bu nedenle öykü alırken hastanın kullandığı ilaçlar ve alkol kullanımı, eşzamanlı hastalıkları sorgulamak önemlidir (11).

Hipotiroidi gibi metabolik hastalıklar, sistemik hastalıklar ve enfeksiyon hastalıkları bu durumlara özgü laboratuvar testleri ile dışlanabilirler.

Nörogörüntüleme; vasküler hastalıklar, normal basınçlı hidrosefali, tümörler, abse ya da subdural hematoma tanısı koymada yararlıdır. Ancak demansın potansiyel olarak geri dönüşlü nedenlerini tanımlamada nörogörüntülemenin yararı azdır (7).

Nöropsikolojik test, zeka ve davranış işlevlerini de içermek üzere; yüksek biliş işlev alanlarını kapsamlı olarak değerlendirebilir (13). Nöropsikolojik testler eğitilmiş bir psikolog ya da psikometrisyen tarafından yapılır.

Günümüzde demans için tam iyileşme sağlayan bir tedavi yoktur. Geçerli farmakolojik girişimlerin birincil amacı hastalığın ilerleyişini geciktirmek ve yavaşlatmak, yakınmaları iyileştirmektir. İkincil amaç hastanın işlevlerini koruyarak bağımsızlığını ve yaşam kalitesini artırmaktır. Tedavinin bir diğer hedefi demansın etkilediği aile ya da bakıcının yükünü azaltmaktır (11, 13, 14, 15).

İlaç tedavisi alan demanslı hastalar her altı ayda bir MMSE ölçeği ile işlevsel ve davranışsal olarak yeniden değerlendirilmelidir. Bu değerlendirmeler tedavinin etkinliğini değerlendirmek ve hastanın durumunu aile ya da bakım veren kişi ile görüşmek, ailenin karşılaştığı sorunlara çözüm üretmek için yapılır. Aile ve bakım veren kişiler ile görüşülmeli ve onların sağlık durumları da değerlendirilmelidir. Aileler hastalığın seyri ve ortaya çıkabilecek sorunlarla nasıl başa çıkabilecekleri, hangi durumlarda hekime başvurmaları gerektiği konusunda ve varsa sosyal destek ağları konusunda bilgilendirilmelidir. Hastalara ev ziyaretleri yapılarak yaşadıkları ortam kaza riski açısından değerlendirilmeli ve yapılabilecek değişiklikler konusunda aile üyelerine ya da bakım verene bilgi vermelidir.

Alzheimer hastaları izlem ziyaretlerinde ihmal ve istismar açısından da değerlendirilmelidir (9).

Birinci basamak hekimleri demanslı hastalarını izleyebilirler. Ancak hastanın tanısında ve bakımında bir nörolog ya da psikiyatrist ile işbirliği yapmalıdır. Önemli kişilik değişiklikleri, ekstrapiramidal bulgular, hızlı ilerleme, serebellar bulgular, erken üriner inkontinans ve yürüme bozuklukları olduğunda hastanın sevk edilmesi uygundur. Ayrıca genç demans, hızlı ilerleyen demans, eşlik eden psikiyatrik ya da nörolojik hastalık varlığında da uzman yardımı gerekir (11).

DSÖ demansın bir halk sağlığı önceliği olduğunu bildirmiştir. Demanslı hastalar ve ailelere uygun ve erişilebilir hizmet ve destek sunmak için stratejiler geliştirmek gerekmektedir. DSÖ bir strateji olarak özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde ruhsal sağlık hizmetlerinin birincil bakımla bütünleştirilmesini ve bu amaçla birincil bakımın eğitim, işgücü, kaynak olarak desteklenmesini önermektedir (9,10).

Giderek artan hasta sayısı, hasta yanında tüm aile bireylerini etkilemesi nedeni ile bilişsel sorunların yönetimi yaşamsal önemdedir. Bu hastaların başka nedenlerle de olsa ilk başvuru noktalarının birincil bakım olması bu hastalığın tanı ve yönetiminde birinci basamağın önemli rol oynayabileceğini göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün WONCA ile işbirliği içinde hazırladığı ruhsal sağlık hizmetlerinin birincil bakımla bütünleştirilmesi (Integrating mental



Kaynak: www.bursa.bel.tr/?baslik=huzurevinde-yasli-ve.

health into primary care: A global perspective) (16, 17) bağlamında birincil bakımda çalışan hekimlerin demansı çağrıştıran yakınmalarla başvuran hastaları doğru değerlendirmeleri ve yönetmeleri önem taşımaktadır.

İletişim: Dr. Hakan Yaman

E-posta: hakanyaman@akdeniz.edu.tr

Kaynaklar

- 1- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
- 2- What is dementia. WHO /mental disorder. Erişim: http://www.searo.who.int/en/Section1174/Section1199/Section1567/Section1823_8057.htm. Erişim tarihi: 30. 11.09
- 3- World Alzheimer Report 2009, Executive summary, AZ Alzheimer's Disease International Erişim: www.alz.co.uk/.../WorldAlzheimerReportExecutiveSummary.pdf. Erişim tarihi: Erişim tarihi: 30. 11.09
- 4- U.S. Preventive Services Task Force. Screening for dementia: recommendations and rationale. June 2003. Erişim: <http://www.ahcpr.gov/clinic/3rduspstf/dementia/dementtr.htm>. erişim tarihi: 21.11.09
- 5- Alzheimer's Association. 2009 Alzheimer's disease facts and figures. Available at: http://www.alz.org/national/documents/report_alzfactsfigures2009.pdf. Erişim tarihi: 20.11. 2009.
- 6- Major and chronic disease report 2007 Prevalence and Incidence. Erişim: http://www.euro.who.int/HEN/HTResults?language=English&HTParentPage=30256&HTCode=chronic_disease. Erişim tarihi: 30. 11.09
- 7- Adelman AM, Daly MP. Initial Evaluation of the Patient with Suspected Dementia. Am Fam Physician 2005;71:1745-50.
- 8- Stokowski LA. Cognitive Health for an Aging Population. Erişim: <http://www.medscape.com/viewarticle/712095> erişim Tarihi: 16.11.09.
- 9- Yaman H (Çeviri Editörü). Yaşlı Dostu Birincil Bakım Merkezi Enstruman Seti. Cenevre: DSO. 2007. <http://www.ailehek.org>. Erişim tarihi: 20.11.2009
- 10- Yaman H, Kanevetci Z, Akdeniz M. Ülkemizde Beklenen Demografik Değişime Hazırlık: Yaşlı Dostu Birincil Bakım Merkezleri. RNA Aile Hekimliği Dergisi. 2008 ; 2(2) :14-21.
- 11- Dementia, A NICE-SCIE Guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care. Erişim: [nice.org.uk](http://www.nice.org.uk). Erişim tarihi 26.11.09.
- 12- Boustani M, Peterson B, Hanson L, Harris R, Lohr KN. Screening for dementia in primary care: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2003;138:927-37
- 13- Thibault JM, Steiner RWP, M.D. Efficient Identification of Adults with Depression and Dementia. American Family Physician 2004;70 (6), 1001-110
- 14- Qaseem A et al. The Joint American College of Physicians/American Academy of Family Physicians Panel on Dementia, Current Pharmacologic Treatment of Dementia: A Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians and the American Academy of Family Physicians
- 15- McDaniel SH, Campbell TL, Hepworth J, Lorenz A. Aile Yönelimli Birincil Bakım. Çeviri Editörü: Yaman H. İstanbul: Yüce Yayınevi. 2007.
- 16- Integrating Mental Health into Primary Care: A Global Perspective. Erişim: www.who.int/mental_health/.../mentalhealthhintopriarycare/.../index.html Erişim tarihi: 21. 07.2009.
- 17- Akdeniz M, Yaman A, Yaman H. Mental (Ruhsal) Sağlığın Birincil Bakıma Entegrasyonuna İlişkin Çalışmalar: Wonca ve DSÖ Belgeleri Çerçevesinde Bir İrdeleme. RNA Aile Hekimliği Dergisi 2009;3(5). <http://www.ailehekimligidergisi.org/Journal/Default.aspx?Ctrl=Contents>; Erişim tarihi: 10.02.2010.



Dr. Orhan Odabaşı, Av. Verda Ersoy***

Olgu 2.

Sağlık Ocağı'nda çalışan hemşire HM, aynı kurumda çalışan Dr. ZS'nin poliklinik odasında hasta muayenesi sonrasında kendisine onur kırıcı hakaretlerde ve fiili saldırıda bulunduğu konusunda Tabip Odası'na şikayette bulunmuştur.

Dr. ZS gerek sözlü gerekse yazılı savunmasında HM'ye fiili saldırıda bulunmadığını ve omuzlarından tutarak odadan çıkarmaya çalıştığını, hakarete bulunmadığını, sadece yalnızca çalışmasını engellediğinden odayı terk etmesi için "defol git" dediğini söylemektedir.

Hemşire HM'nin dilekçesinde olaya tanık olduğunu belirttiği çalışma arkadaşları ifadelerinde, tartışmaya tanık olduklarını, ancak fiili bir saldırı olmadığını belirtmişlerdir.

Hemşire HM, daha sonra verdiği dilekçesinde olayın yargıya da intikal ettiğini, aynı tanıkların oradaki ifadelerinin daha önceki ifadelerinden farklı olduğunu, hekimin kendisine yönelik fiili saldırısı ve hakaretinin olduğunu belirttiklerini, bunların somut kanıtlar olduğunu, istenirse bu ifadelerin alınıp incelenebileceğini belirtmiştir.

Mesleki sorumluluk yönünden bu olguyu nasıl değerlendirirdiniz?

Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'nün 37. maddesi uyarınca; "Tabip ve dış tabipleri, kendi aralarında iyi meslektaşlık münasebetlerini idame ettirmeli ve manevi bakımından birbirine yardım etmelidirler. Meslekle ilgili anlaşmazlıklarını, evvela kendi aralarında halletmeğe çalışmalı ve bunda muvaffak olamadıkları takdirde mensup oldukları tabip odalarına haber vermelidirler." Aynı tüzüğün 38. maddesinde de hekimlerin meslektaşlarını zemmedemeyeceği gibi onları küçük

düşürecek diğer tavır ve hareketlerde de bulunamayacağı, hekimlerin herhangi bir şahsın haysiyet kırıcı hücumlarına karşı meslektaşlarını koruyacağı düzenlenmiştir. Burada belirtilen hekim tutumunun, hekim meslektaşlardan başka tüm çalışma arkadaşlarına karşı alınması gerekeceğine kuşku yoktur. Nitekim Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'nün 40. maddesinde "Tabip ve dış tabibi, paramedikal meslek mensupları ile mesleki münasebetlerinde, onların bağımsızlığını ihlal etmemeli, kendilerine nezaket göstermeli, onları hastalarına karşı müşkül bir duruma koyabilecek hareketlerden sakınmalıdır." denilerek bu durum açıkça ifade edilmiştir.

Ekip çalışması gerektiren özellikle sağlık alanlarda çalışanların birbirlerine karşı davranışlarında özenli, duyarlı ve hoşgörülü olmaları, sunulan hizmetin niteliği bakımından da büyük önem taşımaktadır.

Hekimin mesleki sorumluluğu açısından bu olguda, gerek tabip odasının soruşturma dosyasında, gerekse şikayetçinin ikinci dilekçesinde sözünü ettiği mahkeme dosyasında yer alan kanıtlar ve hekimin savunması birlikte değerlendirilmelidir. Yapılan inceleme sonucunda hekimin meslektaşına karşı sözlü ve/veya fiili saldırıda bulunduğu ya da nezaketsiz davrandığı sonucuna varılması durumunda, şikayet edilen hekim hakkında cezai işlem yapılması gerekeceği düşünülmüştür.

Bu olgu ile ilgili değerlendirmelerinizi www.info.dr.tr/hu/olgular/mesleki-sorumluluk/olgu-02 adresine "Mesleki Sorumluluk Olgu 2" konu başlığı ile iletebilirsiniz. Bir sonraki sayımızda sizin değerlendirmelerinize yer vermek istiyoruz.



Erken Önlem Alınmasıyla Demans Önlenebilir mi?

Uzmanların tahminlerine göre, tüm yaşlarda daha sık spor yapılması, orta yaşlardan başlanarak obezitenin önlenmesi, kan basıncının normal değerler içinde tutulması ve kolesterol düzeyinin düşürülmesi ile demans riski % 15 azaltılabilir. Bu sağlıklı yaşam önerilerine uyulduğu takdirde, 2012'den itibaren her yıl demans prevalansı %2 oranında düşürülebilir.

BMJ Clinical Evidence. Çevrimiçi yayın tarihi 1 Nisan 2010.

İnsülin Enjeksiyonlarının Atlanma Nedenleri

Tip 1 ve tip 2 diyabetli 502 erişkin üzerinde Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada, insülin kullanan hastaların yarısından fazlasının insülin enjeksiyonlarını zaman zaman, yaklaşık %20'sinin ise düzenli olarak bilinçli bir şekilde atladıkları ortaya kondu. Enjeksiyonların atlanmasına ilişkin olarak genç yaş, düşük gelir, ileri eğitim düzeyi, tip 2 diyabet, diyete uymama, günde çok sayıda enjeksiyon gereksinimi, enjeksiyonların günlük aktiviteleri sekteye uğratması, enjeksiyona bağlı ağrı ve utanç duymanın risk faktörleri olduğu belirlendi.

Diabetes Care. 2010;33(2):240-245.

Erken Çocukluk Çağında Astım Gelişiminde Rinovirus Enfeksiyonlarının Rolü

Moleküler tanı yöntemleri, rinovirusların bebeklerde ve küçük çocuklarda hisiltıya sıklıkla yol açan patojenlerden biri olduğunu göstermiştir. Bu yaşlarda rinovirusa bağlı hisiltı görülmesinin, ileride astım gelişmesine yönelik yüksek oranda risk artırıcı bir faktör olarak olduğu düşünülmektedir.

Curr Opin Allergy Clin Immunol. 2010;10(2):133-138.

Sigarayı Bırakmaya Çalışıp Çalışırken Kilo Almam Endişesi Kaygısı Olan Kadınlarda Kombinasyon Tedavisinin Etkinliği Yüksek

Sigarayı bırakmasının ardından kilo almaktan korkan kadınların, bu korkularına özel olarak değinen bilişsel davranışçı tedavi ile bupropion kombinasyonunun, yalnızca bupropiondan ve standart bilişsel davranışçı tedavi ve bupropion kombinasyonundan daha etkili olduğu, relapsı geciktirdiği, altıncı ay sonundaki sigara kullanmama oranını artırdığı görüldü.

Arch Intern Med. 2010;170:543-550.

Her Gün Egzersiz, Yalnızca VKİ'si Normal Kadınlarda Kilo Vermeyi Sağlıyor

15 on beş yıllık bir süreyi ve 34079 sağlıklı kadını kapsayan ileriye dönük bir kohort çalışmasında, günde yaklaşık 60 dakikalık orta şiddette egzersizin yalnızca vücut kitle indeksi 25kg/m²'nin altında olan kadınlarda kilo vermede tek başına yeterli olduğu saptandı.

JAMA. 2010;303:1173-1179.

D Vitamini Düzeyi Yüksek Olan Kadınlarda Pelvik Taban Hastalıkları Daha Az Görülüyor

D vitamini eksikliğinin kas gücünde azalma ve kas kütlesi kaybına yol açtığı uzun süredir bilinmekte ve insan iskelet kasında D vitamini reseptörlerinin varlığı nedeniyle D vitamininin kas üzerine doğrudan bir etkisi olduğu düşünülmektedir. 20 yaş üzerinde ve gebe olmayan 1881 kadını kapsayan kesitsel bir çalışmada, yüksek D vitamini düzeylerinin pelvik taban rahatsızlıklarında azalma ile ilişkili olduğu görüldü. Bu ilişki, idrar inkontinansı olan ileri yaşta kadınlarla daha belirgindi. Fekal inkontinans ile D vitamini düzeyi arasındaki ilişki de benzerdi, ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı.

Obstet Gynecol. 2010;115:795-803.

Antitrombotik Tedavi, Tekrarlayan Abortuslarda Olumlu Sonuçları Artırmıyor

ALIFE çalışmasının sonuçlarına göre, yalnızca aspirin tedavisi ya da da aspirin ile bu amaç için sıkça kullanılan düşük moleküler ağırlıklı heparin türevi nadroparin kombinasyonu, iki ya da daha fazla nedeni anlaşılmayan iki veya daha fazla düşük yapan kadınlarda canlı doğum sayısını plaseboya kıyasla artırmıyor.

N Engl J Med. Çevrimiçi yayın tarihi 24 Mart 2010.

Asemptomatik Ateroskleroz ve Aspirin

İskoçya'da 1998-2008 arasında İskoçya'da genel populasyondan seçilen 50-75 yaşları arasındaki 28980 asemptomatik bireyin ayak bileği-kol indeksi ölçülerek, indeksi düşük bulunan 3350 kişinin plasebo ya da 100 mg enterik kaplı aspirin alacak biçimde randomize edildiği Asemptomatik Ateroskleroz için Aspirin (AAA) çalışması sonuçlandı. Bireyler ortalama 8.2 yıl boyunca izlendi. Ölümcül olan ya da olmayan akut koroner sendrom, anjina, inme, geçici iskemik atak, intermitan klaudikasyon gibi vasküler olaylar ve herhangi bir nedenle ölüm göz önüne alındığında, aspirin grubu ile plasebo grubu arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Ancak şiddetli kanama gibi yan etkiler, aspirin grubunda anlamlı düzeyde daha fazla bulundu. Bu sonuçlar, bilinen kardiyovasküler hastalığı olmayan bireylerde aspirinin zararlarının yararlarından daha fazla olduğunu düşündürüyor.

JAMA 2010; 303:841-848.

Amerikan Kanser Derneği, Prostat Kanseri Taraması Önerilerini Güncelledi

Yeni önerilerde bireylerin bilinçli olarak karar verme hakkı üzerinde duruluyor. Taramanın; belirsizliklerinin, risklerinin ve olası yararlarının bireylere aktarılmasından sonra yapılması öneriliyor. Dijital rektal muayenenin sadece yalnızca sınırdaki prostat-spesifik antijen (PSA) değerlerinde anlamlı olabildiğini vurgulayan yeni kılavuz, muayene yapılsa da, yapılmasa da PSA ölçümünü öneriyor. 4.0 ng/ml, ileri inceleme gerektiren sınır PSA değeri olarak verilmeye devam edilse de, 2.5-4.0 ng/ml arasındaki değerler için yeni bir öneri, bu hastalarda aile öyküsü, geçmiş biyopsi sonuçları ve rektal muayene bulguları

gibi faktörlerin de değerlendirilmesiyle bireysel risk hesaplanmasını içeriyor. 40 yaşında başlangıç PSA değeri ölçümünün de yeniden üzerinde duruluyor.

CA Cancer J Clin. Çevrimiçi yayın tarihi 3 Mart 2010.

Venöz Ülserlere Yaklaşım

Venöz ülserler (staz ülserleri), alt ekstremitelerde ülserlerinin %80'ini oluşturmaktadır. Venöz ülser gelişimi için risk faktörleri arasında ileri yaş, obezite, alt ekstremitelerde travması, derin ven trombozu ve flebit sayılabilir. Venöz ülserlerin standart tedavisi elastik ya da elastik olmayan bandajlarla kompresyon tedavisidir. Temel yara bakım ilkelerine uyulması önemlidir. Venöz yetmezlikli hastalarda günde 3-4 kez 30'ar dakika bacak elevasyonu, ödemi azaltır. Pentoksifilin (3x400mg) tek başına ya da kompresyon tedavisi ile birlikte yararlıdır. Aspirin de (günde 300mg) kompresyon tedavisi ile birlikte verildiği sürece etkilidir. Sistemik antibiyotikler rutin olarak önerilmez, ancak selülit şüphesi varsa oral antibiyotik verilmelidir. Büyük ülserler, uzun süredir var olan ya da medikal tedavi ile iyileşmeyen ülserler en kısa zamanda cerrahi girişim açısından değerlendirilmelidir.

Am Family Physician. 2010;81:989-996.

Obez Gebelerin Çoğu için Kilo Vermek ya da Az Kilo Almak Önerilmiyor

5550 obez gebe kadını kapsayan üzerinde yapılan bir kohort çalışmada, gebelerde obezitenin şiddeti arttıkça aşırı kilo alımının azaldığı ve kilo kaybının arttığı görüldü. Obez kadınlarda gebelik süresinde kilo kaybı; gestasyonel yaşa göre düşük ağırlık, spontan preterm doğum ve tıbbi endikasyonla preterm doğum ile; fazla kilo alımı ise gestasyonel yaşa göre fazla ağırlık ve tıbbi endikasyonla preterm doğum ile ilişkili bulundu. Gestasyonel yaşa göre düşük ya da fazla ağırlık prevalansının %10 ya da altında olduğu, spontan ya da tıbbi endikasyonlu preterm doğumların ise en az olduğu kilo alımları vücut kitle indeksi 30-34.9kg/m² olanlar için 9.1-13.5kg, 35-39.9kg/m² olanlar için 2.2-9kg, ≥40kg/m² olanlar için ise 2.2-5.0kg olarak saptandı.

Am J Clin Nutr. Çevrimiçi yayın tarihi 31 Mart 2010



Dr. Orhan Odabaşı, Av. Mustafa Güler***

Sağlık ocağı hekimi Dr. DY 11 yıllık hekimdir. Meslek yaşamına Giresun İli Tirebolu Devlet Hastanesi'nde acil servis hekimi olarak başlamıştır. Kısa bir süre sağlık ocağında da çalışan hekimin daha sonra Ankara İli Hasanoğlan İlçesi'nde bir sağlık ocağına tayini çıkmıştır.

Aynı sağlık ocağında çalışan hekimin memurluğunun asalet onayı ve sonrasındaki meslek yaşantısı boyunca sicil amirleri kimler olmuştur?

Bu sicil kayıtları hekimin atama ve terfi işleminde ne kadar belirleyici olmaktadır? Dr. DY'nin bu sicil kayıtlarına erişip inceleme olanağı var mıdır?

Devlet memurlarının mesleki yeterlilikleri ile kişiliklerinin amirler tarafından değerlendirilmesi "sicil" olarak adlandırılır. Sicil raporları bütün memurlar için genel nitelikli hükümler içeren Devlet Memurları Sicil Yönetmeliği'ne göre düzenlenir ve "Devlet Memurlarının ehliyetlerinin tesbitinde, kademe ilerlemelerinde, derece yükselmelerinde, emekliye çıkarma ya da hizmetle ilişkilerinin kesilmesinde özlük ve sicil dosyaları başlıca dayanaktır."

Sicil amirleri, sicil raporu da memurların mesleki, yöneticilik ve yurt dışı görevlerdeki ehliyetlerinin belirlenmesini sağlayan soruların her birini 100 tam not üzerinden değerlendirir ve sorulara verdikleri notların toplamını soru sayısına bölerek memurların sicil notunu tespit ederler. Her bir sicil amirince bu şekilde belirlenen sicil notlarının toplamının sicil amiri sayısına bölünmesi ile de memurların sicil notu ortalaması bulunur ve buna göre sicil notu ortalaması:

- 60'dan 75'e kadar olanlar orta,
 - 76'dan 89'a kadar olanlar iyi,
 - 90'dan 100'e kadar olanlar çok iyi
- derecede başarılı olmuş, olumlu; 59 ve daha aşağı not alanlar ise yetersiz görülmüş, olumsuz sicil almış sayılır.

Memurların sicil notu, sicil amirlerince takdir olunan notların aritmetik ortalamasına göre saptanır. Ancak birinci ve ikinci sicil amirlerince yapılan değerlendirmelerin memurun sicilinin olumlu ya da olumsuz

olmasına etki etmesi ya da ortalama sicil notunda 10 ya da daha fazla fark olması halinde varsa üçüncü sicil amirinin kanaatine başvurulur ve üçüncü sicil amirinin değerlendirmesi esas alınır.

Sicil amirleri tarafından her memur, mesleki değerlendirmenin yanı sıra kılık kıyafetinden, davranışlarına; kavrayışından alışkanlıklarına kadar bir dizi kişilik unsuruna göre de değerlendirilir.

Yetersiz olarak değerlendirilmiş bulunan memurlar, bu duruma neden olan kusur ve noksanlarını gidermeleri için, sicil raporlarının bunların muhafazası ile görevli makamlara en son teslim tarihini takip eden bir ay içinde, atamaya yetkili amirlerce gizli bir yazı ile uyarılırlar.

İki defa üst üste olumsuz sicil alan memurlar başka bir sicil amirinin emrine atanırlar, burada da olumsuz sicil almaları halinde memuriyetle ilişkileri kesilerek haklarında T.C. Emekli Sandığı Kanunu hükümleri uygulanır.

Belirtmek gerekir ki, sicil raporları memurların liyakatinin tespitinden disiplin cezası verilmesi gerektiğinde takdir hakkının kullanılmasına kadar, önem taşıyan niteliği dikkate alınarak amirler tarafından nesnel değerlendirmelerle doldurulmalıdır. Memurlar sicil raporlarını öğrenme hakkına sahiptir. Amirlerin sicil değerlendirmelerine karşı itiraz ve sonrasında gerekirse idari dava açma olanağı da bulunmaktadır.

Memurların sicil amirleri her kurumun çıkardığı sicil amirleri yönetmeliği ile belirlenir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak çalışanlar için bu değerlendirmelerin kimler tarafından yapılacağı 10 Aralık 2005 tarih ve 26019 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiş olan Sağlık Bakanlığı Sicil Amirleri Yönetmeliği ekinde yer alan çizelgede gösterilmiştir.

sürelerde çalışıldığı varsayımına göre yapılmıştır.)

Bir görevde altı ay ya da daha fazla bir süre bulunup başka göreve atananların sicil raporları, bunların atanmalarından önceki sicil amirlerince ayrıldıkları tarihi takip eden on beş gün içinde doldurulur ve yeni görev yerlerine gönderilmek üzere ilgili makamlara teslim edilir.

Buna göre, soruda belirtilen somut çalışmalara göre Dr. DY'nin sicil amirlerini belirleyelim

Giresun İli Tirebolu Devlet Hastanesi'nde acil servis hekimi	Birinci sicil amiri baştabip yardımcısı, ikinci sicil amiri baştabip, üçüncü sicil amiri sağlık grup başkanıdır.
Kısa süre Tirebolu Sağlık Ocağı'ndaki çalışması	Sağlık ocağının sorumlu tabibi olarak görev yapmış ise, sicil amirleri sırasıyla Sağlık Grup Başkanı, Kaymakam ve Validir. Sağlık ocağında tabip olarak görev yapmış ise sicil amirleri sırasıyla sorumlu tabip, sağlık grup başkanı ve kaymakamdır.
Hasanoğlan Sağlık Ocağı'nda süren çalışma	Sicil amirleri Tirebolu Sağlık Ocağı'ndaki açıklamadaki gibidir

Buna göre, soruda belirtilen somut çalışmalara göre Dr. DY'nin sicil amirlerini belirleyelim:

Son olarak belirtmek gerekir ki, bir memur hakkında amir tarafından sicil raporu düzenlenebilmesi için memurun ilgili amir yanında en az üç ayı fiili çalışma olmak üzere, altı ay ya da daha uzun süreyle çalışmış olması gerekir. (Yukarıdaki değerlendirmeler bu

Sicil raporlarının doldurulma zamanı gelmeden ve yeni sicil amirine sicil raporu doldurmak için yeterli süre kalmadan görevlerinden ayrılan sicil amirleri en az 6 ay beraber çalıştıkları memurların sicil raporlarının kendilerine ait bölümünü, görevlerinden ayrılmadan önce doldurarak sicil raporlarını saklamakla görevli makamlara teslim ederler.

İletişim: Dr. Orhan Odabaşı

E-posta: odabasi@ttb.org.tr

http://www.yenipbs.saglik.gov.tr/

En çok ziyaret edilenler 2009 — Mesleki Sağlık ... STED Admin STED — STED TTB Sürekli Tıp Eğitimi... Windows L

S.B. Personel Bilgi Sistemi

T.C. Sağlık Bakanlığı
Personel Bilgi Sistemi

Kullanıcı İşlemleri
Kura Başvuru ve Takip İşlemleri
Personel Bilgi Sorgulama
Personel Gizli Sicil Sorgulama
Kullanım Kılavuzu
Sıkça Sorulan Sorular

Duyuru
Personelimiz Kendisine Ait İzin Bilgilerini Personel Bilgi Sorgulama Bölümünden Görebilir
Sağlık Bakanlığı Personeli Gizli Sicil Notlarını öğrenmek için Yandaki "Personel Gizli Sicil"
1. Adım : Gizli Sicil Notunu Öğrenmek ile ilgili başvuru yapabilmemiz için eğer PBS kullanıcı
2. Adım : "Personel Gizli Sicil Sorgulama" Bölümüne girmelisiniz. Burada size TC Kimlik N°
3. Adım : 2. Adımdan sonra karşımıza çıkan ekrandan "Gizli Sicil Kodum Yok Yeni Oluştur"
4. Adım : Karşınıza çıkan formda Gizli sicil notunuzu öğrenmek için kullanacağınız Gizli Si
tanımlaması yapabilmemiz için size sorulacak sözcüklerdir. Bu alanlara unutmayacağınızı
5. Adım : 4. Adımdaki Formu doldurup önce kaydetme daha sonrada formdan 2 adet yaz
6. Adım : Bu formu gerekli yerlerini önce siz, daha sonra kurumunuzdaki en üst düzey a
7. Adım : Gönderdiğiniz form Personel Genel Müdürlüğü Terfi Şubesi tarafından değerler
Yeni PBS sistemini ilk defa kullanmaya başladığınız PBS yi kullanabilmemiz için Öncelikli
Kullanıcı oluşturmanız için Sistem Size T.C. Kimlik Numaranızı, Adınızı, Baba Adınızı, Doğru
doğru olarak cevapladığınız takdirde Kullanıcı Oluşturma Ekranına geçebilirsiniz. Kullanı
olarak T.C. Kimlik Numaranız ve şifreniz olarak Kullanıcı Oluşturma Ekranında Tanımladığ
Ekranını Kullanabilirsiniz.

Kura Başvurularınız ile ilgili teknik sorunlar yaşıyorsanız lütfen
0312 310 99 72 numaralı telefonu arayınız.

http://www.yenipbs.saglik.gov.tr/



TTB - STED Fotoğraf Yarışması, onuncu yılına ulaştı. Fotoğrafa meraklı okurlarımızın emeğinin ürünü olan eserler yıllardır dergimizin kapağına ve içeriğine değer katıyor. Artık gelenekselleşen bu yarışmanın 2010 yılında da başarıyla gerçekleştirilebilmesi için fotoğraf çeken ve ürünlerini STED okurlarıyla paylaşmak isteyen tüm dostlarımızı TTB - STED Fotoğraf Yarışması - 2010'a katılmaya davet ediyoruz.

Yarışma Kuralları:

- Yarışmaya; tüm sağlık çalışanları ve tıp öğrencileri katılabilir.
- Yarışmaya gönderilen eserlerin daha önce herhangi bir yarışmada derece almamış olması gerekmektedir.
- Her katılımcı en fazla beş adet renkli fotoğrafla yarışmaya başvurabilir.
- Yarışma konusu "serbest"tir.
- Fotoğraflar 20 X 30 cm boyutunda fotoğraf kağıdına basılı olmalıdır. Farklı boyutta olan ve siyah-beyaz fotoğraflar değerlendirmeye alınmayacaktır.
- Fotoğraflar herhangi bir yüzeye yapıştırılmamalı, etrafında çerçeve ya da paspartu oluşturacak biçimde boşluk ya da çizgi bulunmamalıdır.
- Gönderilecek her bir fotoğrafın arkasına, sol üst köşeye bir etiket yapıştırılarak yarışmacı tarafından belirlenecek (en az beş harf ya da rakamdan oluşan) bir rumuz ve sıra numarası yazılmalıdır ('RUMUZ - 1', 'RUMUZ - 2', ... gibi).
- Aşağıda basılı Katılım Formu fotokopi ile çoğaltılarak ya da STED'in İnternet sayfalarından ulaşıp, çıktısı alınarak eksiksiz doldurulmalıdır.
- Katılım formu küçük bir zarfa konularak ağız kapatılacak ve bu zarfın üzerine yalnızca yarışmacı tarafından belirlenen rumuz yazılacaktır.
- Katılım formunun bulunduğu zarf ve fotoğraflar, ulaşım sırasında hasar görmeyecek biçimde paketlenip aşağıda belirtilen adrese posta ya da kargo ile gönderilebilir ya da elden teslim edilebilir.
- Yarışmaya gönderilen fotoğraflar iade edilmez. TTB, katılımcıların fotoğrafları ile ilgili izinler ve telif hakları ile ilgili herhangi bir sorumluluk üstlenmez. Katılımcı, yarışmaya gönderdiği fotoğraf(lar)ın, isminin ve eser adının belirtilmesi koşuluyla, TTB yayınlarında ve sağlıkla ilgili eğitim, sanat vb. etkinliklerde kullanım hakkını ve buna bağlı olarak Fikri ve Sınai Haklar Kanunu ve ilgili mevzuat gereğince eser(ler)in çoğaltma, yayma, temsil, umuma iletim, faydalanma ve gerekli diğer haklar için TTB'ye izin verdiğini kabul eder.
- Yarışmaya fotoğraf gönderen katılımcılar yukarıda belirtilen koşulları kabul etmiş sayılırlar.

Yarışma Takvimi:

Son katılım tarihi: 30 Eylül 2010

Seçici Kurul'un değerlendirmesi ve sonuçların duyurulması: Ekim 2010

Ödül töreni ve Yarışma sergisi: Kasım 2010

Ödüller:

Büyük Ödül: Bir adet fotoğraf makinesi, TTB yayınlarından oluşan bir armağan paketi ve plaket (bir kişiye),

Başarı Ödülü: Tanınmış fotoğraf sanatçılarının albümleri, TTB yayınlarından oluşan birer armağan paketi ve plaket (üç kişiye).

Seçici Kurul tarafından uygun görülmesi halinde başka ödüller de verilebilir. Yarışmada ilk altıya giren fotoğraflar 2011 yılında STED'in kapağında, diğer fotoğraflardan uygun görülenler iç sayfalarda yayımlanacaktır. Yarışmada ödül alan ve seçici kurul tarafından sergilenmeye değer bulunan diğer yapıtlar TTB etkinliklerinde sergilenebilecektir.

Başvuru Adresi: "STED Fotoğraf Yarışması", TTB, GMK Bulvarı, Şehit Daniş Tunalıgil Sok. No:2 Kat:4 Maltepe 06570 Ankara