

ARAŞTIRMA

ŞANLIURFA VE DİYARBAKIR'DA SEÇİLEN YERLEŞİM BİRİMLERİNDE SITMA AKTİF SÜRVEYANSI VE TANI TEDAVİ SORUNLARI

Mehmet Ali KURÇER*, Zeynep ŞİMŞEK**,
İlker KAT*** Süleyman ATAY****, Haydar ÇELİK****

ÖZET

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, Türkiye sıtmanın endemik olduğu ülkelerden biridir. Bu çalışmanın amacı, Şanlıurfa ve Diyarbakır'da seçilen yerleşim birimlerinde aktif sürveyans yöntemiyle sıtmalı hastaları belirlemek ve sıtma tanı ve tedavi sorunlarını tespit etmektir.

Bu tanımlayıcı çalışma 2-30 Eylül 2002 tarihleri arasında Şanlıurfa ili Siverek ilçesinin Şekerli ve Karacadağ Beldelerinin köy ve mezraları ile Diyarbakır'ın Alitaş ve Kavaklı köylerinde yürütülmüştür.

Sıtma olabileceği düşünülerek kan alınan 1316 kişiden 142'sine (%10.8) kalın ve ince yayma yöntemiyle sıtma tanısı konulmuştur. Sıtma tanısı konulan kadınlarla erkekler ve yaş grupları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır. Aktif sürveyans sırasında, sıtma tanısı alan hastalardan 14'üne (%9.9) bölgedeki hekimler tarafından sıtma dışında tanı koyulduğu ve tedavi edilmeye çalışıldığı tespit edilmiştir.

GİRİŞ

Sıtma, tarihçesi M.Ö.1700'e dayanan ve dünya nüfusunun önemli bir kısmını etkisi altına alan, yaşamı tehdit edebilen bir enfeksiyon hastalığıdır. Dünyada özellikle gelişmekte olan tropikal ve subtropikal kuşak ülkelerde 200-300 milyon olgu ve 1-2 milyon ölüme neden olması ile önemini korumaktadır (Donald, J.K.; 1995: 2415-27). Dünya Sağlık Örgütüne göre Türkiye geniş çaplı salgınların rapor edildiği ülkeler içerisinde yer almaktadır (Sabatinelli, G 2000:4-8). Sıtma, özellikle Güneydoğu Anadolu Bölgemizde endemik olarak

görülürken diğer bölgelerimizde sporadik olarak görülmektedir (Kılıç, D.;1997:300-2).

Türkiye'de, Dünya Sağlık Örgütü ve UNICEF işbirliği ile 1957 yılında "Sıtma Eradikasyon Programı" başlatılmıştır. Bu program özetle; hazırlık, hücum, konsolidasyon ve sürdürme dönemlerinden oluşmaktadır. Bu programın yardımıyla 1939'da 120 bin olarak bildirilen sıtmalı olgu sayısı 1970 yılında bin iki yüze kadar düşmüştür. 1969 yılında kabul edilen 1183 sayılı yasa ile sıtma ekipleri azaltılmış ve sürveyans çalışmaları zayıflamıştır (Akdur, R.;1997). Son yıllarda bildirilen sıtma olguları, sıtmanın stabil olmayan salgınlarla karakterize olduğunu göstermektedir. Daha önce bir çok araştırmacı tarafından Güneydoğu Anadolu Projesi nedeniyle sulu tarıma geçilmesi nedeniyle bu bölgede ki sıtma tehlikesine dikkat çekmesine karşın gereken önemin verilmediği görülmektedir (Canda, Ş.;1991:1-12). Özellikle Güney Doğu Anadolu bölgesinde sıtmanın tanı ve tedavisi birinci basamak sağlık hizmetlerinin görevi addedilmekte ve hastalığın yönetimi ile ilgili tüm çalışmaların genel sağlık hizmetleri içerisinde entegre olarak yürütülmesi öngörülmektedir. Ancak pratikte entegrasyonla ilgili sorunlar yaşanmaktadır (Saltuk, A.;1997, Tabuk, T.C.; 2000:26-7).

Mevzuata göre sıtma sürveyans memurlarının görevi; hekim ve sağlık memurunun direktifleri doğrultusunda çevre sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi olmasına karşın (Sağlık Mevzuatı. www.ttb.org.tr.), uygulamada sıtmanın sürveyans, koruma, tanı ve tedavi hizmetleri büyük ölçüde sıtma birimleri tarafından yürütülmektedir.

Bu çalışmanın amacı, sıtmanın endemik olarak bildirildiği Şanlıurfa ve Diyarbakır'da seçilen Köy ve mezralarda aktif sürveyans çalışması yaparak sıtmalı hastaları belirlemek, Sağlık Bakanlığı uygulamaları ile karşılaştırmak ve sıtma konusunda hekim uygulamalarını tespit etmektir.

* Uzman Dr. , Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
**Yrd. Doç Dr., Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
***Dr. , İl Sağlık Müdürlüğü, Bulaşıcı Hastalıklar Şube Müdürü
****Int.Dr. , Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi

YÖNTEM VE GEREÇ

Bu tanımlayıcı çalışma, Dünya Sağlık Örgütü ve Sağlık Bakanlığı işbirliğiyle yürütülmüştür. Sağlık Bakanlığı Sıtma Savaş Dairesi Bakanlığının 1995-2000 yılları arasında ki kayıtlarına göre, Şanlıurfa'daki olguların % 75'inin Haziran-Ekim aylarında saptanması, % 56'sının Siverek ilçesinin köy ve mezralarında tespit edilmesi nedeniyle çalışma Siverek ilçesi ve çevresinde 2-30 Eylül 2002 tarihleri arasında yürütülmüştür (Akkafa, F; 2002). Aktif sürveyansın yürütüleceği lokaliteler, Ocak-Ağustos 2002 tarihleri arasında sıtma birimine başvuran ve sıtma tanısı alan hastaların yaşadıkları, Karacadağ'a bağlı 17 yerleşim birimi, Söylemez'e bağlı 8 yerleşim birimi, Şekerli'ye bağlı 6 yerleşim birimi ve Diyarbakır'ın Alitaş ve Kavaklı Köylerinden oluşmuştur. Bu köylerde faal sağlık ocağı bulunmamakta ve sıtma kontrolüne yönelik çalışmalar Siverek İlçe Merkezi'nde bulunan Sıtma Birimi tarafından yürütülmektedir.

Çalışmada, Alitaş-Kavaklı, Karacadağ ve Şekerli bölgeleri için 1'er ekip olmak üzere toplam 3 ekip görev almıştır. Her ekipte bir saha denetimcisi, bir doktor, bir intern doktor, bir sıtma sürveyans memuru ve bir şoför yer almıştır. Her ekip çalışmanın yürütüldüğü yerleşim birimlerinde yaşayan toplam 10920 kişiyi ev ve tarla yanındaki geçici barınaklarında ziyaret ederek, öyküsünde sıtma olabileceği düşünülen 1316'sından "rıza formu"nu imzalatılarak kan almıştır. Görüşülen tüm kişiler çalışmaya katılmayı kabul etmişlerdir. Ateş öyküsü olan yetişkinlerden, 5 yaş altı çocuklarda ise ateş, burun akıntısı, ishal gibi non-spesifik hastalık öyküsü bulunan çocuklardan kan alarak kalın ve ince yayma tekniği uygulanmıştır. Lamalar 2 mikroskopist tarafından aynı gün incelenerek sıtma paraziti bulunan hastalar ekiplere bildirilmiştir. Pozitif ve negatif çıkan tüm lamalar Adana Sıtma Enstitüsü tarafından kontrol edilmiştir. Kan alınan hastaların öyküsü ve tartısı alınmış, ateşi ölçülmüş, fizik muayenesi yapılmış ve hasta kartlarına işlenmiştir. Sıtma tanısı alan tüm hastalara klorokin ve primakin kombine tedavisi verilmiştir. Evde bulunan diğer hastaların tanı ve tedavileri de ekiplerdeki doktorlar tarafından yapılmıştır. Çalışmadan elde edilen bilgilerin Epi info 6 paket programı kullanılarak veri girişi yapılmış ve analizlerde ki-kare yöntemi kullanılmıştır.

BULGULAR

Şanlıurfa ili Siverek ilçesinde kan alınan 1316 kişiden 142'sine (%10.8) kalın ve ince yayma yöntemiyle sıtma tanısı konulmuştur. Olguların tümü yerlidir ve parazit türü

Plasmodium vivax'dır. Tablo 1'de görüldüğü gibi, Şekerli beldesinde olgu sıklığı diğer beldelere göre daha fazladır (p=0.001). Sıtma tanısı alan olguların cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde, kadınlarda %11.3, erkeklerde %10.1 olduğu görülmektedir (Tablo 2). Cinsiyetler arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır (p=0.476). Yaş gruplarına göre sıtma tanısı alan olgular incelendiğinde (Tablo 3); 29 ve altı yaş gruplarında sıtma hastalığına (%10.4-12.9), 30 ve üzeri yaş gruplarına göre (%7.3-8.2) daha sık rastlanmasına karşın aradaki fark anlamlı bulunmamıştır (p=0.270).

Aktif sürveyans sırasında, sıtma tanısı konulan 142 hastadan 14'ü (%9.9) daha önce götürüldükleri hekim tarafından çeşitli tanılar almışlar ve uygulanan tedavilere yanıt alamadıklarını belirtmişlerdir. Bu hastalardan da ekipler tarafından kan alınmış ve sıtma oldukları belirlenmiştir. 14 hastaya uygulanan klorokin+primakin tedavisi sonrasında tamamen iyileştikleri görülmüştür. Geriye kalan 128 hasta daha önce hekime başvurmamış ve ilk tanılarını çalışmayı yürüten ekipler tarafından konulmuştur.

Sıtma dışı tanı alan 14 hastadan 9'una (%64.2) tifo tanısı konulmuştur. Diğer 5 (%35.8) hastaya; gelişim geriliği ve anemi, epilepsi, gaz sancısı tanılarının konulduğu, 1 hastanın splenektomi ameliyatı geçirdiği, 1 hastanın ise 1 ay hastanede yatırıldığı ancak tanı konulmadığı bildirilmiştir.

TARTIŞMA

Bu çalışmada aktif sürveyans ile kan alınan kişilerden %10.8'ine sıtma tanısı konmuştur. Şanlıurfa'da 2001 yılında sıtma birimleri tarafından yapılan aktif sürveyans ile % 0.3 oranında sıtma tanısı konulmuştur. Bu veriler sıtma birimleri tarafından yapılan aktif sürveyans çalışmalarının gerektiği şekilde yapılmadığını göstermektedir. Şanlıurfa'da 2001 yılında pasif yöntemle kan alınan kişilerin %2.8'ine sıtma tanısı konulduğu göz önüne alındığında, pasif sürveyansla aktif sürveyansdan 5 kat daha fazla tespit edildiği yaygın görüşüne de şüpheyle bakmamıza neden olmaktadır. Bazı araştırmacılar sıtmanın endemik olduğu bölgelerde sıtma savaş teşkilatını zor durumda bırakacağı ve tüm çalışma etkinliğini bloke edeceği düşüncesiyle aktif sürveyansı önermemektedirler (Özcel, M.A.; 2000; 11-15). Ancak sıtmanın endemik olduğu Güney Doğu Anadolu Bölgesinin kırsalında faal durumda sağlık ocağı bulunmaması nedeniyle aktif sürveyans çalışmalarının erken tanı ve tedavide ve dolayısıyla ile sıtmanın kontrolünde

Tablo 1. Yerleşim birimlerine göre aktif sürveyans sonuçları

Yerleşim birimleri	Kalın Yayma Sonuçları				Toplam	
	N negatif		Pozitif		Sayı	%**
	Sayı	%*	Sayı	%*		
Karacadağ	481	90.4	51	9.6	532	40.4
Söylemez	271	91.6	25	8.4	296	22.5
Şekerli	162	80.6	39	19.4	201	15.3
Alitaş-Kavaklı	260	90.6	27	9.4	287	21.8
Toplam	1174	89.2	142	10.8	1316	100.0

*Satır yüzdesi, **Sütun yüzdesi, $\chi^2=18.550$; p=0.001

Tablo 2. Cinsiyete göre aktif sürveyans sonuçları

Cinsiyet	Kalın yayma sonuçları					
	Negatif		Pozitif		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Kadın	657	88.7	84	11.3	741	56.3
Erkek	517	89.9	58	10.1	575	43.7
Toplam	1174	89.2	142	10.8	1316	100.0

*Satır yüzdesi, **Sütun yüzdesi, $\chi^2=0.525$; $p=0.476$

Tablo 3. Yaş gruplarına göre aktif sürveyans sonuçları

Yaş Grupları	Kalın yayma sonuçları					
	Negatif		Pozitif		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
0-9	500	87.7	74	12.9	574	43.6
10-19	189	89.6	22	10.4	211	16.0
20-29	168	89.4	20	10.6	188	14.3
30-39	124	92.5	10	7.5	134	10.2
40-49	115	92.7	9	7.3	124	9.4
50+	78	91.8	7	8.2	85	6.5
Toplam	1174	89.2	142	10.8	1316	100.0

*Satır yüzdesi, **Sütun yüzdesi $\chi^2=6.393$; $p=0.270$

önemli olduğu söylenebilir. Ayrıca genel olarak sıtmanın endemik olduğu bölgelerde hastalığın kontrol altına alınmasında en etkili yöntemin aktif sürveyans olduğu belirtilmektedir (Akdur, R.;2001; 10, Harisoa, L.J.;2001:21-6). Sıtma hastalığı ile cinsiyet ve yaş grupları arasında anlamlı fark bulunmaması Hung ve arkadaşlarının çalışmaları ile uyumludur (Hung, Q.; 2002). Sıtma yaş ve cinsiyet farkı göstermeden herkesi etkileyen bir hastalıktır (Doğan, F.; 1991;97-107).

Bu çalışmada önemli bir diğer nokta, hekimler tarafından sıtma tanısı konulamamış ya da farklı tanımlarla tedavi edilmeye çalışılmış hastaların varlığıdır. Bu durumun ortaya çıkışının nedenleri arasında; sıtmanın eradike edildiğine dair yanlış inançlar, sıtma tanısı ve tedavisinin halen sıtma sürveyans işçileri tarafından yürütülmesi, tıp fakülteleri müfredatında sıtma hastalığının yeterince yer almaması ve başta sağlık ocakları olmak üzere sağlık kuruluşlarının sıtma savaşı çalışmalarına entegre edilememesi olduğu düşünülmektedir. Sıtmanın kontrolünde erken tanı ve tedavinin öncelikli olduğu düşünüldüğünde, bir halk sağlığı sorunu olan sıtmanın erken tanı ve tedavisi ile korunma yollarının tıp eğitiminde kapsamlı olarak yer almasının, ayrıca her düzeyde sağlık hizmetlerine sıtma kontrolü çalışmalarının entegre edilmesi gerekmektedir. Sıtma özellikle Güney Doğu Anadolu bölgemizde önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü, sıtma kontrol stratejilerinin en başında sıtmanın erken tanı ve tedavisini önermektedir (WHO Expert Committee 2000, Harisoa, L.J.;2001:21-6). Aktif sürveyans yöntemi, olguların erken tanı ve tedavisine olanak sağlayacağından sıtmanın kontrolünde önemli olduğu düşünülmektedir.

Araştırmanın sınırlılıkları; Araştırma bütçesinin kısıtlılığı nedeniyle sıtma tanısı ve tür identifikasyonunda PCR, ELISA gibi seçiciliği ve duyarlılığı yüksek yöntemler yerine kalın damla ve ince yayma yöntemi kullanılmıştır.

TEŞEKKÜR

Bu çalışma, Dünya Sağlık Örgütü ve Sağlık Bakanlığı'nın işbirliği sağlanarak gerçekleştirilmiştir. Sağlık Bakanlığı Sıtma Savaş Dairesi Başkanlığı çalışanlarına, Şanlıurfa Sıtma Birimi sorumlusu Şeyhmus Baytak,, sıtma mikroskopistleri Zeki Kurt ve Tahsin Mızraklı başta olmak üzere, sahada emek veren Siverek sıtma birimi sorumlusu Hüseyin Yeşiltaş ve sıtma sürveyans memurları Mehmet Bulut, İzzet Kızılkeçi ve İbrahim Halil Akalın'a, Stajyer doktorlar Cuma Şen, Celal Güneş ve İbrahim Halil Çetin'e, ayrıca çalışmaya katılan tüm ailelere teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

- Akdur. R. (1997). "Sıtma Eğitim Notları". Ankara: Cem Matbaası
Akdur. R. (2001). "Sıtma". Ankara Bizim Büro Basımevi
Akkafa F, Şimşek Z, Dilmeç F, Baytak Ş. (2002). "Şanlıurfa İlinde Sıtma Epidemiyolojisi "Türkiye Parazitoloji Dergisi; 26 (2): 143-6K
Canda Ş. (1991): "Sıtmanın Ekopatolojisi ve Ülkemiz Açısından Önemi" Türkiye Parazitoloji Dergisi; 15 (1): 1-12K
Doğan, F.; (1991)"Sıtma kontrolünü etkileyen faktörler ve epidemiyolojik yöntemler. Türkiye Parazitoloji Dergisi; 15 (3-4): 97-107
Donald JK. (1995): "Plasmodium species (malaria)".In: Mandell G Bennet JE. Dolin R.Eds. Mandell Douglass and Bennett's Principles and practice of infectious diseases. 4th ed. New York:2415-27
Harisoa LJ, Pietra V, Tombo ML, Albonico M, Ranaivo LH, De Giorgi F, Razanakolona J, D'Ancona FP, Sabatinelli G, Raveloson A, Modiano D, Rakotondramarina D. (2001) "Epidemiologic surveillance system and control of malaria in the central highlands of Madagascar": Results. Arch Inst Pasteur. Madagascar;67(1-2):21-6
Hung le Q, Vries PJ, Giao PT, Nam NV, Binh TQ, Chong MT, Quoc NT, Thanh TN, Hung LN, Kager PA. (2002)
Control of malaria: a successful experience from Viet Nam. Bull World Health Organ;80(8):660-6
Kılıç D, Arslan H, Tekeli E. (1997): "1984-1995 yılları arasında hastaneye yatırılan 60 malaryalı olgunun incelenmesi." Flora; 1;4:300-2
Özcel, MA. (2000) II. Ulusal Tropikal Hastalıklar Kongre Kitabı. Şanlıurfa; 11-15
Sabatinelli G. (2000), "The malaria situation in the WHO European region" Med Parazitol (Mosk) Apr-Jun;(2):4-8
Sağlık Mevzuatı. www.ttb.org.tr.21.03.20033
Saltuk A. (1997)Sıtma Epidemiyolojisi Ders Notları Trakya Üniversitesi Matbaası Edirne
Sıtma : www. tr.net.com.tr. .21. 03. 2003
Sıtma: www.infeksiyon.org. 21.03.2003
Tabuk TC, Ulger S. "The malaria situation in Turkey". Med Parazitol (Mosk) 2000 Apr-Jun;(2):26-7
WHO Expert Committee. (2000) WHO Technical Report Series-892, WHO. Geneva