Numune Sağlık

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi yayınıdır

ISSN 1309-9213

MART - NİSAN 2012

KRONİK YARA VE TEDAVİSİ

14 Mart Tıp Bayramı ANEAH'ta Çoşkuyla Kutlandı

Afişler Sağlıklı Beslenme İçin Yarıştı

Yara ve Kronik Süreç

Kronik Yara Pansuman Prensipleri ve Kapamalar

Yara ve Hemşirelik Bakımı

Diyabet ve Yara

Numune Sağlık Dergisi

REKLAM ALANI

İlaçta reklam yasağı kapsamında bu sayfada yayınlanan reklamı internet ortamında yayınlayamıyoruz.

Söz konusu reklamı, dergimizin basılı nüshalarında bulabilirsiniz.

REKLAM ALANI
REKLAM ALANI
REKLAM ALANI
REKLAM ALANI
REKLAM ALANI
REKLAM ALANI

Numune Sağlık Dergisi

REKLAM ALANI

İlaçta reklam yasağı kapsamında bu sayfada yayınlanan reklamı internet ortamında yayınlayamıyoruz.

Söz konusu reklamı, dergimizin basılı nüshalarında bulabilirsiniz.

REKLAM ALANI
REKLAM ALANI
REKLAM ALANI
REKLAM ALANI
REKLAM ALANI
REKLAM ALANI

Numune Sağlık

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi yayınıdır

Numune Sağlık Dergisi Sayı: 08
ISSN 1309-9213 Mart - Nisan 2012

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Adına

Yayın Kurulu Başkanı
Prof. Dr. Nurullah ZENGİN
(Başhekim)

Genel Yayın Yönetmeni
Doç. Dr. Serdar GÜLER

Yayın Kurulu
Prof. Dr. Hürrem BODUR
Prof. Dr. Erol GÖKA
Doç. Dr. Ferda ARTÜZ
Doç. Dr. Özlem Evren KEMER
Doç. Dr. Müge ÖZCAN
Doç. Dr. Adem ÖZKARA
Doç. Dr. İrfan PEKSOY
Doç. Dr. Çınar YASTI
Op. Dr. Yıldız ÖZDEMİR
Başeczacı Dr. Ecz. Alper ŞAHİN
Başhemşire Elvan SALMAN

İmtiyaz Sahibi ve
Sorumlu Yazı İşleri Müdürü
Aysun Yayıncılık Matbaacılık Reklam İnş. Tur. San. ve Tic. Ltd. Şti. adına
Aysun PALALI

Genel Yayın Koordinatörü
Cumali KÖKTAŞ

Hukuk Danışmanı
Av. Çiğdem ALTINIŞIK

Bilimsel Danışma Kurulu
1.ABAYLI Ekrem
2.AK Fikri
3.ALLI Nuran
4.ALTIPARMAK Emin
5.ATAN Ali
6.AVŞAR Fatih
7.AYDOĞDU Sinan
8.BALABAN Neriman
9.BELEN Ahmet Deniz
10.BİÇİMOĞLU Ali
11.BODUR (ÇOLAKOĞLU) Hatice
12.CENGİZ Ömer
13.ÇAKIR Bekir
14.COŞKUN Faruk
15.ÇETİNKAYA Mesut
16.DEDE Doğan
17.DERE Hacı Hüseyin
18.DİKMEN Bayazit
19.DİLBAZ Nesrin
20.DOKUZOĞUZ (KUT) Başak
21.ERDOĞAN Bülent
22.ERYILMAZ Adil
23.ESKİOĞLU Erdal
24.GÖĞÜŞ Nermin
25.GÖKA Erol
26.GÜÇTEKİN Ali
27.GÜL Ülker
28.GÜLER Serdar
29.GÜNEL Uğur
30.GÜVENER Engin
31.HASIRİPİ Hikmet
32.HENGİRMEN Süleyman
33.KAMA Nuri Aydın
34.KARAASLAN Yaşar
35.KARADEMİR Mehmet Alp
36.KOCA Yüksel
37.KOÇ Mahmut
38.KOPARAL Salih Suha
39.KULAÇOĞLU Sezer
40.KURAL Gülcan
41.MEMİŞ Ali
42.ODABAŞ Ali Rıza
43.ÖZBAKIR Şenay
44.ÖZDEM Cafer
45.ÖZET Gülsüm Gülistan
46.ÖZKARA Adem
47.ÖZMEN Mehmet Mahir
48.PEKSOY İrfan
49.SAKINCI Ünal
50.SARAÇOĞLU Ömer Ferit
51.SEÇKİN (ERARSLAN) Selda
52.TABAK Abdullah Yalçın
53.TÜMÖZ Mehmet Ali
54.TÜMÖZ Mübeccel
55.UÇANER Ahmet
56.UĞURLU Mehmet
57.ULUSOY Feridun Vasfi
58.ÜNAL Adnan
59.YILDIRIMKAYA Mustafa Metin
60.YÜKSEL Enis

(İsimler soyadlara göre alfabetik olarak sıralanmıştır.)

Yönetim Merkezi
Mahatma Gandi Caddesi No: 105/3
GOP - Çankaya - ANKARA
Tel: 0312 436 44 00
Fax: 0312 447 54 59
iletisim@numunesaglik.com

www.numunesaglik.com

Ankara Numune
Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Tel: 0312 508 40 00
www.anh.gov.tr

Tasarım
AVEC reklam organizasyon
www.avecreklam.com

Numune Sağlık Dergisi Basın Meslek ilkelerine uymaya söz vermiştir. Ücretsizdir. Yayınlanan yazıların sorumluluğu yazarlarına, reklamların sorumluluğu ise reklam verene aittir. Yayınlanan makale ve haberler kaynak belirtilmek suretiyle alıntı yapılabilir.

Baskı: MRK Baskı ve Tanıtım Ltd. Şti. OSB 1254. Sokak D:2 Ostim Yenimahalle-Ankara Baskı Tarihi:01. 04. 2012

Sağlıkta Yeni Dönem

Sağlık değişimin en yoğun yaşandığı hizmet alanlarından biridir. Her geçen gün yeni ilaçların ve yeni teknolojilerin kullanıma girmesi ile sağlık çalışanları yeniliklerle yüzleşmeye diğer meslek gruplarına göre daha alışıktırlar. Yakın dönemde özellikle Sağlıkta Dönüşüm Programı ile bu tür yeniliklere yapısal değişiklikler de eklendi.

Yılların, bazen on yılın alışkınlıklarının ve kurumsal yapıların hızlı bir şekilde değiştiği bir dönemi yaşıyoruz. Bu değişim hızına rağmen önümüzdeki dönemin özellikle ülkemizdeki sağlık yapılanması ile ilgili olarak değişimin yavaşlayacağı değil tam tersine daha da artacağı bir dönem olacağını görememek mümkün değil. Yakın dönemde yürürlülüğe giren konu ile ilgili Kanun Hükmünde Kararname hükümlerinin getireceği yeni yapılanmanın, sağlıkla ilgili yapılanma ve işleyişi temelden etkileyeceği açıkça görülmektedir.

Konu başta sağlık çalışanları olmak üzere kamuoyu tarafından yakından takip edilmektedir. Akla en çok gelen soru sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili vatandaş memnuniyetinin hiç olmadığı kadar yüksek olduğu bir dönemde böylesine bir köklü değişimin gerekli olup olmadığı sorusudur. Aslında bu sorular yeni değişim talebi ve iradesinin bir zorunluluk ve sıkılmışlıktan değil, daha kalıcı bir yapı ile daha iyiye ulaşma amacından kaynaklandığını da akla getirmektedir.

Gerçekten yeni yapılanmaya yakından bakıldığında en az sağlık hizmeti sunumundaki yapı değişikliği kadar başta bakanlık merkez teşkilatı olmak üzere hemen tüm unsurlarda ciddi yenilikler olduğu görülmektedir. Özellikle bakanlık merkez yapısının kendi yetkilerinde olan pek çok konuyu bağlı kurumlara devretmesi dikkat çekicidir. Bu yaklaşımın, modern yönetim anlayışının bir gereği ile yapıların kendi iradesi ile yetkilerini devretmesinin bir örneği olarak ele alınabileceğini düşünüyorum.

Önümüzdeki dönemde yeni yapılanmanın uygulamalarda neleri değiştirdiği çok konuşulacak ve değişik bakış açıları ile yorumlanacaktır. Bütün bunları bunları sağlık çalışanları ve toplum olarak hep beraberce göreceğiz.

Ancak şu bir genel kuraldır ki hangi düşünce ile hazırlanırsa hazırlansın mevzuatlar uygulayıcılarının yaklaşımları ve vizyonları ile pratiğe geçerler ve etkilerini gösterirler.

Modern yönetim anlayışının gereği olarak hazırlandığına inandığımız yeni mevzuatın aynı anlayışla, özellikle yeterli tecrübeye sahip ellerle hayata geçmesi gerekmektedir.

Bu yaklaşım zaten dünya için model olma noktasına gelmiş olan ülkemiz sağlık sisteminin bu amacına da katkı sağlayacaktır.

İÇİNDEKİLER

KÜNYE 02

BAŞYAZI 03

EDİTÖRDEN.....07

BU SAYININ EDİTÖRÜ.....08

YAZI İŞLERİ'NDEN 09

14 MART TIP BAYRAMI.....12

14 MART TIP BAYRAMI ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ'NDE YAPILAN ETKİNLİKLE KUTLANDI 14

AFİŞLER SAĞLIKLI BESLENME İÇİN YARIŞTI 22

RUHUN VE BEDENİN GIDASI.....24

HASTANE TABANLI SAĞLIK TEKNOLOJİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ KONFERANSI VE KURSU 26

KRONİK YARALAR.....28

YARA VE KRONİK SÜREÇ 32

KRONİK YARA'DA ENFEKSİYONDAN KORUNMA VE KONTROL.....34

DİYABET VE YARA 36

İÇİNDEKİLER

KRONİK YARA PANSUMAN PRENSİPLERİ VE KAPAMALAR 38

HİPERBARİK OKSİJEN TEDAVİSİ VE YARA İYİLEŞMESİNDEKİ ROLÜ 42

YAPAY DERİ VE DERMİS KULLANIMI.....44

BASI YARALARI 46

PODOLOJİ VE TÜRKİYE'DE MEVCUT DURUM.....48

PODOLOJİ VE ÜLKEMİZDE PODOLOG EĞİTİMİ.....52

YARA VE HEMŞİRELİK BAKIMI.....56

YOĞUN BAKIMDA ETİK SORUNLAR.....58

HAYVAN DOSTLARIMIZ 62

MEHMET AKİF ERSOY 64

GASTROÖZEFAGEAL REFLÜ HASTALIĞI 68

MİMARİDE ALTIN ORAN 74

AVUCUNUZDAKİ KELEBEK.....78

Numune Sağlık Dergisi

REKLAM ALANI

İlaçta reklam yasağı kapsamında bu sayfada yayınlanan reklamı internet ortamında yayınlayamıyoruz.

Söz konusu reklamı, dergimizin basılı nüshalarında bulabilirsiniz.

REKLAM ALANI
REKLAM ALANI
REKLAM ALANI
REKLAM ALANI
REKLAM ALANI
REKLAM ALANI

Hizmet Etmek

Ankara'nın uzun zamandır karşılaşmadığı soğukları sonunda atlattık. Bu kadar kardan sonra yazın yeşil bir Ankara görmeyi umut ettiğimiz bu günlerde hastanemizin gururlarından birisi olan kronik yarayı detaylandırmak istedik. Kronik yara gerek hasta ve yakınları gerekse de hekimler ve diğer sağlık çalışanları için pek çok yönüyle sıkıntılı bir konu. Hem hastalarımızın hem de bizlerin ciddi şefkat, fedakarlık ve sabır göstermesi gerekiyor. Bu yaraların önemli bir kısmı multidisipliner yaklaşım gerektirebiliyor ki bu yönüyle pek çok kliniği içinde bulunduran, tetkik ve girişim imkanı geniş, gerekli yatak donanımı olan bir tesiste pek çok farklı bölümden sağlık çalışanının ciddi koordinasyonu ile başarılabilecek zorlu bir süreç. Yarayı iyileştirdiğinizde dahi tekrarlama riski çok yüksek olabildiği için koruyucu önlemler, eğitim, sık aralıklarla kontrollere devam etmek gerekiyor. Hastanemiz gerek kronik yara polikliniği, gerek hastanemiz ana kampüsündeki teknik ve sağlık personeli donanımı, fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri, gerekse de uzun süreli hastane içi tedavilerde Akyurt yerleşkemizdeki tesisimiz ile tam anlamıyla hizmet etmektedir. Elimizdeki sayıda, bu süreçleri farklı yönleri ile irdelemeye çalıştığımız konumuzun editörü Doç. Dr. Çınar Yastı konuyu tüm yönleri ile aktarmayı başarabiliyor.

Podoloji maalesef ülkemizde henüz eğitimi ve meslek tanımı bulunmayan ancak bu yaraların gelişmesini önleyebilecek bir bilim dalı. Yakın zamanda bu eksikliğimizin giderilmesi umuduyla konu hakkında bilgi sunmaya çalıştık.

Bu yıl 14 Mart'ı ülkemiz tıbbında özellikle transplantasyon konusunda gelişme haberleri ile mutlu geçirdik.

Sayın Bakanımızın ve Sayın Başhekimimizin 14 Mart mesajları gerek geçirdiğimiz son yılları gözden geçirmekte gerekse ileriye yönelik bilgiler vermekte.

Kurumumuz uluslararası bir toplantıya daha ev sahipliği yaptı: Hastane Tabanlı sağlık Teknolojilerinin Değerlendirilmesi Kursu. Bu da ülkemizin ilgilenmeye başladığı yeni bir konu; hizmete yardımcı olması dileklerimizle aktarıyoruz.

Sağlıkta bulaşıcı hastalıkların kontrolünün sağlanması, giderek gelişen bir toplum olmamız ve bunun getirdiği olumsuz yaşam yaşam tarzı yurdumuzda obezite ve diyabet sıklıklarının artmasına yol açtı. Bakanlığımız son yıllarda her iki konuyla çok daha yoğun ilgilenmeye başladı. Farkındalığı artırmak amacıyla sağlık çalışanları arasında düzenlenen "Sağlıklı Beslenme" afiş-broşür yarışmasına başvuran eserlerin hastanemizdeki sergisi büyük ilgi gördü ve ödül töreni de konferans salonumuzda yapıldı. Bu konularda hastanemizin gerek çalışanlarına gerekse topluma yönelik pek çok projesi hayata geçirilmek üzere; bunlardan sonraki sayılarımızda bahsedebileceğiz.

Büyük şairimiz rahmetli Mehmet Akif Ersoy'u anlatmaya bu dergi yetmez, ancak kısa da olsa anmak istedik.

Bu kadar ağır konu içerisinde biraz huzur bulmak istemez misiniz: Hayvan Dostlarımız, Avucunuzdaki Kelebek, Müzik ve Tıp işte tam bu anlar için. Kısacası yeni sayımızda da gündemi oluşturmaya, hizmet etmeye çalışıyoruz. Okunması zevkli bir eser sunmaya gayret ettik. Saygılarımla...

Kronik Yaralar – Önemi ve Temel Yaklaşım Prensipleri

Teknolojideki gelişmeler, her geçen gün artan bir ivmelenme ile hız kazanmaktadır. Bu gelişmelerin uzağında kalmamak için, ilgi alanımızdaki gelişmelere her an yetişme çabası içerisinde olmalıyız. Tıp alanındaki gelişmeler sayesinde hasta sağ kalımındaki uzamalar, değişen hasta spektrumu olarak karşımıza çıkmaktadır. Daha nadir gördüğümüz problemler artık daha sık görünür hale gelmiştir. Kanser hastalıkları ve tedavisindeki gelişmelerle sağlanan daha uzun sağ kalım süreleri, daha önceleri çok önem verilmeyen konularda karşımıza önemli problemler olarak çıkmaktadır. Buna bir örnek olarak, kolostomi uygulamaları ve kolostomi bakımını gösterebiliriz. Yine bu çerçeveden bakıldığında, hastalarda mortalite nedeni olan çeşitli hastalıklarda, geçmiş yıllara kıyasla, tanı konulması ile mortalitele arasında geçen sürenin uzaması, Kronik Hastalıklar, Kronik Bakım Hastaları ve bunların ek morbiditelerini önümüze getirmektedir. Kronik yaralar da bu "yeni sıklaşan" morbiditeler arasında yer almaktadır.

Kronik yaralar adı altında toplayacağımız, iyileşme sürecinin herhangi bir aşamasında durmuş veya duraklamış yaraların özel önem gerektiren yönü, hastaların hemen tamamına yakınında, yara oluşumuna neden olacak birincil hastalıkların bulunmasıdır. Diyabetik ayak yaralarında ise, bazı hastalara ayak yarası ile hastaneye başvurması neticesinde ancak diyabet tanısı konulmaktadır. Yani, bir komplikasyonu ile hastaya tanı konulmakta ve ne yazık ki, çoğu zaman da tedavi başlatılması için geç kalınmakta ve hastalığın diğer sistem hasarları gelişmiş olmaktadır. Diyabetik ayak örneği, kronik yara hastalarına yaklaşımın en temel öğesinin altını çizmektedir: hastayı sadece yarası olan bir birey olarak değerlendirmemek. Kronik yaralarda ciltte izlenen hasar, aslında bir buz dağının sadece su üzerinde kalan kısmının görülmesi anlamına gelmektedir. Yaraya odaklanmak ve sadece bunun tedavisine yönelmek, hastanın hayatını tehlikeye sokabilecek çeşitli yandaş durumlar için gerekli bazı yaklaşımların ihmali anlamına gelebilmektedir.

Kronik yara ile karşımıza gelen hastada, iyi bir tıbbi hikaye alınmalı, özenli sistemik muayene yapılmalı, hasta ve/veya bakımını üstlenenlerden içinde yaşanılan sosyal çevre ile ilgili detaylı bilgi alınmalı, yandaş hastalıkları ve bunların güncel durumları mutlaka öğrenilmelidir. Yarayı oluşturan nedenler kavranmadan, düzeltilmeden ve devamı engellenmeden, pansumanlar ile yaranın iyileştirilmesini beklemek tıbbi anlamda yetersizlik ifadesidir. Bu noktadan hareketle, kronik yara tedavisi çeşitli bilim dalları arasında ciddi koordinasyon ve konsültasyon gerektiren büyük bir ekip işidir çünkü pek çok etmen kronik yara oluşumuna katılmaktadır.

Yakın zamanlara değin nadir sayıdayken her geçen gün sayısı artan bu hasta grubu genel cerrahi, plastik ve rekonstrüktif cerrahi, ortopedi, damar cerrahisi, endokrinoloji, nöroloji gibi pek çok disiplin arasında dolaşır ve çıkış yolu ararlardı. Günümüzde ve hastanemizde, "kronik yara" bir başlık olarak kabul edilmektedir. Hastanemiz Başhekimi Prof. Dr. Nurullah ZENGİN 'in destekleriyle, hastanemiz bünyesinde kronik yara polikliniği ve yataklı servisi oluşturularak hizmete katılmıştır; bu noktada hastaların birebir muhatapları oluşturularak tedavilerinin koordinasyonu ve kolaylaşması sağlanmıştır.

Kronik yaraların tedavisi için güncel tıbbi gelişmeler çerçevesinde yapılacak yara bakımının başarıya ulaşması; birincil hastalığın kontrol altına alınması, önleyici/koruyucu tedbirlerden taviz verilmemesi ve son olarak da doğru tedavi yaklaşımının doğru aşamada ve doğru şekilde uygulanması ile sağlanabilir. Unutulmamalıdır ki en ucuz ve kolay tedavi, bu yaraların oluşmasının sabır ve özenle engellenmesidir. Yine hastanemiz bünyesinde de bulunan evde bakım hizmetleri, bu yaraların oluşumunun engellenmesinde ciddi görev yüklenmektedir.

Yarınlarda Sosyal Medyanın Yeni Hedefi: Sağlık Sektörü

Dünya insanoğlunun yaşam seyrinden daha hızlı bir şekilde değişiyor, özellikle son çeyrek yüzyılda bunu daha net olarak gözlemlemekteyiz. Teknolojik gelişimlerin paralelinde telekomünikasyon alanındaki gelişmeler dünyayı küçük bir şehir haline dönüştürmeye başladı diyebiliriz. Bu yenidünyada, etki alanı gittikçe büyüyen hatta sonu görünmeyen bir deve dönüşmeye başlayan yeni bir alan doğuyor: Sosyal Medya...

2012 Yılı itibari ile dünya genelindeki internet kullanıcı sayısı 2 milyarı aşmış, ülkemizde ise bu sayı yaklaşık 25 milyon olarak belirlenmiştir. İnternet kullanıcılarının yaş profiline baktığımızda ise; ilköğretim öğrencilerine kadar inen bir portföy görmekteyiz. İlköğretim öğrencilerinin internet kullanımında ilk sıralarda oyun siteleri ile birlikte sosyal medya da yer almaktadır. Çocukların sosyal medya öncelikli olmak üzere interneti kullanımlarında getirilecek teknik kısıtlamalar sorunun çözümüne katkı sağlamakla beraber kalıcı bir sonuç doğurmayacaktır. Gelişecek teknoloji bu soruna yine kendi içinde mutlaka bir çözüm üretecektir; kullanıcıların elektronik izleri paralelinde bireysel yapılandırılmalar vb gibi.

Çok değil birkaç yıl sonrasında devlet işleyişindeki bazı bürokratik işlemler sosyal medya üzerinden uygulanmaya başlanabilecektir.

Hali hazırda internet üzerinden yapılabilen bu hizmetlerin sosyal medyaya indirgenmesi ile kişilerin internet başında geçirdiği süreyi daha verimli ve etkin kullanması sağlanacaktır.

Habercilikten eğlenceye, alışverişten bankacılık işlemlerine kadar hayatımızın birçok alanında var olan sosyal medya, yarınlarda sağlık sektöründe de etkin olacak, interaktif uygulamaları ile sağlık sektöründe de birçok alanlarda tekelleşmeye başlayacaktır.

Hastanelerin, polikliniklerin internet üzerinden yaptığı her hizmet sosyal medyaya taşınacak, randevu alma, hekim seçme, görüş ve önerilerden tutun da hastaların bazı tetkiklerin sonuçları dahi sosyal medya hesaplarına aktarılabilecektir. Hekim – hasta ilişkilerinde sosyal medya verisel bazda yönlendirici bir konuma gelecek, hasta profilinin incelenmesinde sosyal medya çıktıları değerlendirmeye dahil edilecektir.

Sağlık alanında hizmet sunan ilgili kurumlar sosyal medya üzerinden halkla ilişkiler ağını kuracak, internet üzerindeki her kullanıcıyı potansiyel bir hasta veya hasta yakını olarak değerlendirilerek onlara özel sunumlar geliştirecektir.

Sağlık hizmetlerinin sosyal medya yapılandırılmaları 'birey merkezli' olarak hazırlanacak ve kişilerin öznel dünyalarında yaşayan değerler belirleyici olacaktır.

Numune Sağlık Dergisi

REKLAM ALANI

İlaçta reklam yasağı kapsamında bu sayfada yayınlanan reklamı internet ortamında yayınlayamıyoruz.

Söz konusu reklamı, dergimizin basılı nüshalarında bulabilirsiniz.

REKLAM ALANI
REKLAM ALANI
REKLAM ALANI
REKLAM ALANI
REKLAM ALANI
REKLAM ALANI

Numune Sağlık Dergisi

REKLAM ALANI

İlaçta reklam yasağı kapsamında bu sayfada yayınlanan reklamı internet ortamında yayınlayamıyoruz.

Söz konusu reklamı, dergimizin basılı nüshalarında bulabilirsiniz.

REKLAM ALANI
REKLAM ALANI
REKLAM ALANI
REKLAM ALANI
REKLAM ALANI
REKLAM ALANI

14 Mart Tıp Bayramı

Sağlık Bakanından doktorlara "Hasta ve hasta yakınları ile yakın ilişki kurun"

Sağlık Bakanlığı'nın düzenlediği 'Tıp Bayramı ve Yılın Sağlık Çalışanları Ödül Töreni' ATO Congresium'da gerçekleştirildi. Törene katılan Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ, doktor önlüğü ve steteskopla yaptığı konuşmasında sağlık çalışanlarının, hasta ve hasta yakınları ile yakın ilişki kurması gerektiğini belirtti.

Prof. Dr. Recep Akdağ, hastaların tüm problemlerinin yakından bilinmesinin önemine işaret ederek; "Birbirimize yakın durmamız gerekiyor. Masanın bir tarafına doktoru, öbür tarafına hastayı ya da yakınlarını koyarak bu işi olması gerektiği gibi götüremediğimiz bir gerçek. Kimseyi merkeze koymayalım. Herkesi olduğu yere birbirinin eşitleri olarak koyacağımız bir sistemi geliştirmeye devam edeceğiz. Dünyada da Türkiye'de de buna ihtiyacımız var." dedi.

Son 10 Yılda Sağlığa Erişim 2,5 Kat Arttı

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile son on yılda sağlığa erişimin 2,5 kat arttığını söyleyen Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ, anne ve bebek ölüm oranlarında azalma olduğunu ve sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranının yüzde 76 ya çıktığını belirtti. Türkiye'nin sağlık alanında çok hızlı yol katettiğini vurgulayan Akdağ, OECD ülkelerinin 10 yılda aldıkları yolu, Türkiye'nin 8 yılda aldığına dikkat çekti.

Sağlık personeli yetersizliğinin farkında olduklarını, sayıyı arttırmak için gayret gösterdiklerini ifade eden Bakan Akdağ, sağlık çalışanlarına uygulanan şiddete sıfır tolerans gösterdiklerini ve göstermeye de devam edeceklerini söyledi.

Törende Sağlık Bakanlığı personelinin görev yaptığı Van, Antalya, Berlin ve Somali'den canlı yayınlar yapıldı ve oradaki sağlık çalışanlarının görüşlerine yer verildi.

Törende "Yılın Sağlık Çalışanları Ödülleri" ne organ nakillerini yapan ve nakillerin gerçekleşmesini sağlayan ekipler layık görüldü. Sağlık Bakanı Akdağ, sağlık hizmetinin ekip işi olduğunu kaydederek, bunun organ ve doku nakilleri içinde geçerli olduğunu belirtti.

Törende Sağlık Bakanlığı'nın yeni logosu ve yenilenen internet sitesi de tanıtıldı.

Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep AKDAĞ'ın 14 Mart Tıp Bayramı Mesajı

Hayatımızdaki en önemli değerlerimizden biri olan sağlık gibi önemli ve kutsal bir alanda, meşakkatle çalışmalarını yürüten sağlık çalışanlarının özverileri ve gayretleri her türlü övgünün üstündedir. Buna olan tam inancımla başta hekimlerimiz olmak üzere, bütün sağlık çalışanlarımızın 14 Mart Tıp Bayramını takdirle kutluyorum.

Türkiye sağlık hizmetlerinde sessiz bir devrim yaşadı. Halkımızın sağlık hizmetlerine erişim konusundaki memnuniyeti yüzde 76 seviyesine ulaştı. Bu başarı hikayesinin mimarları ve kahramanları, başta hekimlerimiz olmak üzere bütün sağlık çalışanlarıdır.

Dünyanın en zor ama en onurlu işlerinden birini yapan sağlık çalışanlarımız, yüreklerinde barındırdığı insan sevgisi, insan hayatına verdiği değer ve yüksek seciyeli karakteri gereği, büyük bir azim ve fedakarlık örneği sergileyerek, halkımızın gönül tahtına oturdu. Ancak sağlık çalışanları, insanımıza büyük bir sabırla, hoşgörüyle, özveriyle hizmet edebilir; onların sorunlarını, dertlerini paylaşabilir. Hastaların en mahrem sırlarını emanet ettikleri, sonuna kadar güvendikleri, ailelerinin bir ferdi gibi gördükleri insanlar olabilir.

Böylesine zor bir görevi büyük bir aşkla ve şevkle yerine getiren çalışanlarımız sağlık sistemimizin bu günlere gelmesinde en büyük katkıyı yapmıştır.

Hekimlerimiz ve bütün sağlık çalışanlarımızın bu meşakkatli görevi yerine getirirken karşılaştıkları sorunları en aza indirebilmek için göreve geldiğimiz günden beri büyük gayret gösterdik. Sağlık çalışanlarımızın çalışma şartlarından ekonomik sıkıntılarına kadar birçok alanda iyileştirmeler yaptık, yapmaya da devam ediyoruz. Tüm bu yapılanları yeterli görmüyoruz, ülkemizin imkanları dahilinde iyileştirmelere devam edeceğiz. Çünkü tüm çalışanlarımızın özverileriyle, emekleriyle daha fazlasını hak ettiğini, her şeyin en iyisine layık olduğunu düşünüyor ve bunun için gayret gösteriyoruz.

Bu duygu ve düşüncelerle, başta hekimlerimiz olmak üzere tüm sağlık çalışanlarımızın 14 Mart Tıp Bayramı'nı tebrik ediyor, sağlıkta bugünlere gelmemizdeki katkıları için ülkem adına kendilerine şükranlarımı sunuyorum.

14 Mart Tıp Bayramı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Yapılan Etkinlikle Kutlandı

Törende yaptığı konuşmada 14 Martın hekimlerin sorunlarının konuşulduğu ve sağlık alanında gerçekleşen yeniliklerin paylaşıldığı bir platform olmasının getireceği faydaları belirten ANEAH Başhekimi Prof. Dr. Nurullah Zengin; "Önyargıları, politik yaklaşımları, kalıplaşmış bazı bilgileri bir tarafa bırakıp, bir bayram havası içerisinde konuları konuşabilmeye ihtiyacımız var. Hekimler, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları olarak önemli bir görev ifa ediyoruz, ama temel sorunlarımıza ne kadar doğru teşhis koyabiliyoruz, açıkçası ben bunu sizin takdirlerinize bırakıyorum" dedi.

Başhekim Zengin: "Sağlık çalışanları olarak sorunlarımıza doğru teşhis koyabiliyor muyuz?"

ANEAH Başhekimi Prof. Dr. Nurullah Zengin'in konuşmasına şöyle devam etti:

"Değerli hocalarım, değerli meslektaşlarım, sevgili Numuneliler... Öncelikle hepinizin tıp bayramını kutluyor, saygılar sunuyorum. 14 Mart ülkemizde modern anlamda tıp eğitiminin başladığı tarihtir. Tıbbiyenin kuruluş tarihidir.Ama 14 Marta belki esas anlamını veren tarih 1919 yılının 14 Martıdır. Bu tarih işgal yıllarıdır ve tıp fakültesinin kuruluş tarihi gerekçe gösterilerek tıbbiyeliler toplanmışlar ve işgale karşı direnişi insiyatif almışlardır.

Tıp bayramı olarak 14 Martı yıllardır kutluyoruz. Sağlık çalışanları olarak yoğun bir iş yükü altında görevlerimizi yapıyoruz. 14 Martların yoğun koşturmaca altında kaçırdığımız bazı şeyleri gündemimize almamıza bir vesile olmasını diliyorum. Yaşadıklarımızı, sorunlarımızı, sağlık alanında neler yapabileceğimizi uygun bir uslupla dile getirebilmek, 'günümüzde 14 Martları anlamlı kılmanın güzel bir şeklidir' diye düşünüyorum. Açıkçası önyargıları, politik yaklaşımları kalıplaşmış bazı bilgileri bir tarafa bırakıp, bir bayram havası içerisinde konuları konuşabilmeye ihtiyacımız var. Hekimler, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları olarak önemli bir görev ifa ediyoruz, ama temel sorunlarımıza ne kadar doğru teşhis koyabiliyoruz, açıkçası ben bunu sizin takdirlerinize bırakıyorum. Bazen temel konularda aynı rakamları ele alarak farklı yorumlarla karşılaşabiliyoruz. Temel sorunlarımızdan bir tanesi hekim sayısı yeterli midir? konusu. Sonuca varmak için belli değerlendirmeler ve kıyaslamalar yapacağız. Buna rağmen sağlık camiası olarak temel bir tespite ulaşamadığımız ortada. Bu gibi durumlara, daha sakin değerlendirmelere bu 14 Martların vesile olmasını temenni ediyorum. Türk tıbbının buna ihtiyacı var.

"Sağlık, en fazla değişimin olduğu bir alandır"

Değerli meslektaşlarım, değerli Numuneliler... Sağlık alanı farklı açılardan yaklaşılarak belki uzun uzun konuşulabilir. Ben biraz önce bahsettiğim çerçeve içerisinde kalarak rutin mesailer içerisinde her zaman gündemimize alamadığımız bir iki hususu burada bana ayrılan süre içerisinde sizlerle paylaşmayı arzu ediyorum.

Sağlık alanı bir meslek olarak en fazla değişimin olduğu alanlardan bir tanesidir. Bir yandan teknik gelişmeler, yeni cihazların çıkması ya da yeni bir ilacın tedavi alanına girmesi de dahil olmak üzere, sürekli bir değişimin olduğu bir alan. Sadece tedavi alanındaki yenilikler değil, 'daha iyi sağlık hizmetini nasıl veririz' anlayışıyla idari yapı da değişiyor. Özellikle içinde bulunduğumuz bu zaman dilimi, değişimin son derece hızlandığı, her gün yeni bir uygulamaya geçtiğimiz bir dönem. Değişimi çok hızlı yaşadığımız bir zaman dilimin de bulunduğumuzu sanıyorum hepimiz kabul ediyoruz. Bu noktada önemli olanın, değişim dönemini sağlık çalışanları olarak ve kurum olarak olumlu yönde nasıl kanalize ederizi düşünmemiz olduğu kanaatindeyim. Özellikle son üç aydır yaşadığımız bu değişim dalgasına biz idare olarak, bu anlayışla yaklaşmayı temel hedef olarak belirledik. Eğitim ve idari sorumlusu görevini üstlenen arkadaşlarımızla yapmış olduğumuz toplantılarımızda bunları daha geniş bir şekilde ele alma fırsatımız oldu. Değişimi nasıl yöneteceğiz, temel önceliğimiz ne olsun konularında kendilerine ifade ettiğim görüşlerimi burada da sizlerle paylaşmak isterim.

Kurumsal olarak bünyemize en uygun yapının temel hedefimiz olması gerektiğini düşünüyoruz. Kurumsal önceliklerimizi merkeze koymaya çalıştık. Konuyu kişisel tercihler olarak ele aldığımızda önceliklerimiz değişecekti ama 'Ankara Numune Hastanesi bir referans hastane olarak nasıl olması, nasıl yapılanması gerekiyorsa, her şeyi bir tarafa bırakalım bunu hedefleyelim' diye bir anlayışla yola çıktık. Önümüzdeki dönemde bu çerçevede ele aldığımız uygulamaları hayata geçireceğiz. Diğer hastanelerdeki uygulamaları, bakanlığın konuya yaklaşımlarını da yakından takip edeceğiz. Bütün bunların neticesinde önümüzdeki dönemde hastane içi yapılanmamızla ilgili standartlarımızı ve temel prensiplerimizi belirleyecek ve bu süreci kurumumuz adına en kazançlı şekilde geçireceğiz.

Son Kanun Hükmünde Kararname ile gelen değişim dalgasını farklı yorumlamak mümkün olabilir. Ama olaya bir bütün olarak bakıldığında ben bir tespit daha yapmak istiyorum: Bakanlığın merkez yapılanmasının ve hastane yapılanmasının nasıl olacağını henüz tam olarak görmedik, gelecek günlerde göreceğiz. Konuyu Bakanlık merkez teşkilatı olarak ele alacak olursak, aslında bir yetki devri söz konusu. Yani bakanlık üst yönetimi kendi uhdesinde olan pek çok yetkiyi son değişikliklerle bağlı kurumlara devretme konusunda, bir irade ortaya koyuyor. Aslında bir yerde de takdir edilmesi gereken bir şey. Yetkiyi kendinde toplamak yerine gerektiğinde devredebilmek, modern yönetim anlayışının tarzıdır diye düşünüyorum. Bütün bunların etkilerini hep beraber önümüzdeki dönemlerde göreceğiz.

"Hekimlerin özlük haklarında iyileştirmeler olacağını düşünüyorum"

Hekimlik ve sağlık çalışanları olarak hepimizin ortak sorunu diyebileceğimiz birkaç konuda da yine gözlemlerimi sizlerle paylaşmak istiyorum. Özlük hakları ile ilgili bir problemimiz temel konularımızdan bir tanesi. Açıkçası emeklilik döneminde kendini daha net bir şekilde hissettirebilen bu özlük hakları problemimizin yakın zamanda daha ciddi bir şekilde ele alındığını gördüğümü burada sizlerle paylaşmak istiyorum. Bakanımızın konuşmalarına net bir şekilde yansıyan bu konudaki çalışmaların arzu ettiğimiz seviyede özlük hakları mağduriyetimizi gidereceğini ümit etmek istiyorum. Bunu da hep beraber göreceğiz. Artık daha önce ifade edilmeyen bir tarzda konunun ele alındığını ve ifade edildiğini sizlerle paylaşmak istiyorum.

"Sağlık çalışanlarına şiddet, hekim – hasta ilişkisini zedeliyor"

Sağlık çalışanlarına şiddet konusu hepimizin rahatsız olduğu bir diğer konudur. Maalesef şiddetin değişik şekilleri ile yoğun olarak var olduğu bir toplumumuz var. Bunu hiçbir şekilde makul görmek mümkün değil. Ancak hekimlik uygulamalarındaki şiddetin farklı bir boyutu da var. İnsan eşiyle bile paylaşamadığı pek çok konuyu hekim ile paylaşıyor. İşte böyle bir özel ilişkinin şiddetle zedelenmesinin bir bedeli olacaktır hiç şüphesiz. Hekim hasta ilişkisi korunması ve üzerine titrenmesi gereken bir ilişki ve bu durum maalesef sağlık çalışanlarına şiddet algılaması ileciddi bir şekilde zedeleniyor. Bu konuda yakın dönemde hem sağlık çalışanlarında hem de toplum düzeyinde bir hassasiyetin oluştuğu konusunda bizler de iyimser olmak istiyoruz.

"Hastanemizde bir dizi tadilatlar gerçekleştiriyoruz"

Ben bu arada hastanemizle ilgili bazı konularda da görüşlerimi ifade etmek istiyorum. Bildiğiniz gibi bir dizi tadilat yürütüyoruz. Öncelikle bu konudaki anlayışınız için teşekkür etmek istiyorum. Bu tadilatların bir zahmeti var,

ama tüm personelimiz bu konuya çok anlayışla yaklaştı. Yaşanan zorluklara gösterilen anlayış dolayısıyla herkese teşekkür etmek istiyorum.

Hastane olarak en büyük sıkıntılarımızdan bir tanesi, fiziki açıdan yetersizliğimiz. Maalesef bu konuda bir yandan köklü çözümler noktasından arayışlarımız olmakla beraber, diğer yandan mevcut olanı daha iyi yapmak adına bir dizi tadilat devam ediyor. Bütün bunların amacı, hiç şüphesiz daha iyi çalışma şartları ve daha iyi hizmet. Astığımız afişlerde de bunu bu şekilde ifade ettik. Yakın dönemde bir dizi tadilatı sonlandırdık, yeni adımlar attık. Sağlık çalışanları açısından verimli çalışma şartları olmazsa, nereye kadar iyi bir hizmet verebileceksiniz? Bütün bu tadilatlarımızın esas amacı, önce kendi çalışanlarımıza daha iyi şartlar sağlamak ve bu vesile ile hastalarımıza daha iyi sağlık hizmeti sunmaktır.

"Gündüz Kemoterapi Ünitemizde hastalarımızı sanatla buluşturuyoruz"

Radyasyon Onkolojisi Kliniğiz Ankara'da tek olan modern bir cihaza kavuştu. Gündüz Kemoterapi Ünitesi Kolej'deki binada alışılmışın dışında uygulamayı başlattı. Kemoterapi hastalarımıza bir resim uygulaması. Modern manada dünyadaki en son sistemleri kullanırken bir yandan da insan psikolojisine önem veren bir yaklaşımla çalışıyoruz.

Yara bakımı konusunu hem yeni birimler hem de yeni bir organizasyonla ele alacağız.

Kalp Damar Cerrahisi servisimiz açılmak üzere.

Ağrı merkezimiz faaliyette ve gelen hasta sayısı her geçen gün artıyor.

Acil servisimizi yeniledik. Laboratuar hizmetlerinde mekan ve metod olarak yeni bir döneme geçtik. Yoğun bakım tadilatları, semt polikliniklerimize yaptığımız tadilatlar...Bu liste uzayabilir. Bütün bunlarla komple bir referans hastane olarak hizmet verebilmeyi amaçlıyoruz. Hiç şüphesiz iş kapasitemizi arttırarak daha fazla bakım hizmeti ile gelirlerimiz arttırıp, personelimize daha fazla ek ödeme yapabilmeyi hedefliyoruz.

Şunu artık gönül rahatlığıyla ifade edebilirim; hastanemiz özellikle bu yeni birimlerin yapılması ve yeni organizasyonla erişkin hastalar için (çocuk hastalar içi değil) komple bir hastane hüviyetini geliştirdi; bir erişkin hastayı her yönüyle değerlendirilebilecek bir düzeye kavuştu. Bunu en üst düzeyde yaptığımıza inanıyoruz.

Bütün bunların neticesinde yaptığı işten zevk alan, neticesini gören, hem de bunun maddi karşılığını ek ödeme ile alan bir yapıya kavuşmayı canı gönülden arzuluyoruz.

"14 Martta emekli olan hocalarımızı aramızda görmek istedik"

Bu seneki törenimizde emekli olan hocalarımızı da aramızda görmeyi istedik. Gerçekten yıllarca hastanemize emek veren değerli hocalarımızı emeklilikleri ile yeni bir hayata uğradık, ama toplu olarak kendilerine bir daha burada olmalarını istedik. Onlara ANEAH'ı bir kere daha hatırlamaları için bir plaket töreni gerçekleştireceğiz. Buradan huzurlarınızda hocalarıma içten teşekkürlerimi sunuyorum. İnşallah ileri ki 14 Martlar daha güzel geçer, sorunlarımızın azaldığı, belki en iyiyi nasıl yapabilirizi konuştuğumuz 14 Martları hep beraber geçiririz. Ben bu duygu ve düşüncelerle hepinize çok teşekkür ediyor, sevgi ve saygılarımı sunuyorum."

Kemer: "Numuneli olmak bir ayrıcalıktır"

Başhekim Zengin'in konuşmalarından sonra kürsüye gelen Doç. Dr. Özlem Evren Kemer, yaptığı konuşmasında, Numunede hekim olmanın avantajlarını anlatarak, Numuneli olmaktan çok mutlu olduğunu belirtti.

Kemer konuşmasına şöyle devam etti:

"Bugün 14 Mart Tıp bayramı. Bugün şöyle bir durup da mesleğimize baktığımız bir gün. Yıllarca eğitim aldığımız pek çok gençle yarışa girerek kazandığımız tıp fakültesini düşünür isek arkasından en uzun en ağır fakülteyi okuduktan sonra istediğimiz nedir? Beklediğimiz nedir? Bu yaptığımız eğitimini aldığımız ayrıcalıklara bakacak olursak insanın var oluş sebebine yani bedenine müdahale etmek hakkıyla onurlandırılmak. Bu gerçekten büyük bir sorumluluk. Bu sorumluluğun altında sürekli okumak, çalışmak.

Doktorluk bir yaşam biçimi aslında bu bizim tercihimiz, yardım etmek hizmet etmek çalışmak, okumak, öğrenmek, öğretmek ve ondan sonrada insanın bu en değerli varlık sebebine müdahale etme yetkisini alırken bu sorumluluğun altında da insanların bize verdiği güvene de karşılık vermek için sürekli çalışmak.

Peki biz bunları yaptığımız zaman neyi bekliyoruz? Mutlu olmayı ve bunu sergilerken kapasitemizi ortaya koyduğumuzda yaptığımız işten tatmin olmayı bekliyoruz. Yani çalıştığımız hastanede bizim en yüksek verimde çalışabileceğimiz işimizden tatmin olabileceğimiz bir altyapı, yönetim, iletişim, teknoloji, fırsatlar elbette çok iyi bir iletişim ve en vazgeçilmezimiz hastalar.

Peki 'Numuneli olmak' neden özel bir şey? Ben Hacettepe Tıp Fakültesi'nde okudum ve orada ihtisasımı yaptım ve ondan sonra Numune ile tanıştım. İlk zamanlar, geldiğimde pek bilgi sahibi olmadığım bu yerde bu kadar özel olabileceğimi ve kalkıp bu konuşmayı gerçekleştirebileceğimi hiç düşünemezdim. O zaman geldiğimizde sınırlı imkanlarımız vardı buraya özel bir üniversiteden gelmiştim ve burada sadece kitaplarda

okuduğum hastalarla karşılaşma fırsatım oldu. Bu gibi durumlarda bir referans hastane olma statüsünü hissediyor insan. Zaman içinde polikliniklerimiz yenilendi, servisimiz yenilendi, ameliyathanemiz yenilendi, yeni teknolojik cihazlarımız alındı. Bugün sadece çok hasta görüyoruz ve çok bilgileniyoruz değil; daha çok hastaya güncel tedavi veriyoruz, diye mutluyuz. Örneğin iki yıl kadar önce göz bölümüne bir cihaz alındı ve bu Türkiye'de ilk idi. Bunun için tekrar teşekkür ediyoruz. Söz konusu cihaz Türkiye'de ilk idi ve şu anda Türkiye'de sadece iki tane var. İki yıldır bu cihazla biz cerrahilerimizi test ediyoruz. Öyle ki biz bir kongreye gittiğimiz zaman 'Numune tecrübesi nedir' diye soruluyor. Bizim kadar vaka yapanı, bizim kadar tecrübesi olanı yok.

Bir şeyi öğrenmek için (isim vermeyeceğim) çok belirgin üniversite hastanelerinden bizim ameliyatlarımıza geliyorlar. Bu çok sevindirici bir olay. İşte bu yüzden Numuneli olmak bir ayrıcalık. Ben o yüzden büyük keyif alıyorum. Tabi ki sadece göz bölümlü değil, ben kendi bakış açımdan göstermeye çalışıyorum. Bugün cerrahi kliniklerimiz akretide oldu. Yani dünya standartlarında hizmet veriyor. Bu çok güzel bir şey. Hemen her türlü transplantasyonu yapabiliyoruz. Böyle bir hastanenin bir parçası olabilmek büyük bir ayrıcalık.

Bir de işin asistan eğitimi kısmı var. Asistanlar için de bizim hastanemiz bir tercih sebebi. Neden? Eminim dahili branşlar içinde aynı şeyler söz konusu ama cerrahi branşta vaka sayısı ve çeşitlilik oldukça önemli. Biz bugün eğitim verirken kapasiteli insanlar yetiştirdiğimize inanıyoruz. İnsanlar bir göz cerrahının katarakt vakasında en az kaç ameliyat yapmalı sorusuna 20 derken biz bugün asistanlarımıza bunun 5 katını yaptırıyoruz. Buradan çıktıklarında yurdun faklı yerlerine gittiklerinde hastaya dokunmaya korkmuyorlar. Ameliyat etmeye korkmuyorlar.

Bir de ayrıca şöyle bir iletişimiz var; bu da Numuneliliğin bir parçası, gördüğüm çok güzel bir şey. Onlar gidip de komplikasyon yaptıkları zaman bir telefon mesafesinde olduğumuzu biliyorlar. Hastaları geldiğinde kendi komplikasyonumuz gibi onun üstesinden gelip hastayı memnun edebiliyoruz bu çok önemli ve çok büyük bir güvence. O zaman Numune Ruhu'nu aşıladığımız kişi bu ruhu yurdun başka yerlerine taşıma imkanı buluyor. Böyle bir ortamın parçası olabilmek çok güzel.

"İyi ki doktor olmuşuz, iyi ki Numuneliyiz"

Tabii ki sadece iş koşullarımız değil paylaştıklarımız da çok önemli. Dostluklarımız, paylaşımlarımız, yemeklerdeki bitmeyen kahkahalarımız, ayaküstü yaptığımız konsültasyonlarımız yoğun iş ortamlarını bile keyfe çevirebiliyoruz. Örneğin sağlık kurullarında; işlerin en sıkışık olduğu, telaşın olduğu, kesimlerde bile stresini yaşıyoruz ama sonunda güzel iletişimle mutlu ayrılabiliyoruz, neşeli olabiliyoruz ve tekrar mutlu gelebiliyoruz. Bence Numuneli olmanın keyfi burada. Eğer sizin bir yakınınız hasta olduğunda 'benim hastaneme gel' demek, hastanenize güveniyorsunuz demektir ve siz orada olmaktan mutlusunuzdur demektir. Bu çok güzel bir durum ve ben Numuneli olduğum için gurur duyuyorum. Elbette işlerimizin olumsuz yönleri var, mutsuz eden yönleri var bunları da konuşmak mümkün ama uzun süredir kaçırdığımız bir nokta var. Genelde bardağın boş tarafına bakıyoruz ama ben istedim ki bu 14 Martta bardağın dolu kısmına bakalım. Biraz da niteliklerimizi özelliklerimizi görelim istedim. Şunu biliyoruz ki; Olduğumuz her ortamda mutlu olmak veya mutsuz olmak bizim seçeneğimiz dahilinde. Ben bu vesileyle hepiniz tıp bayramını kutluyorum ve diyorum ki, iyi ki doktor olmuşuz, iyi ki Numuneliyiz."

Emekli hocalarımıza plaket verildi

Törende uzun yıllar hastanemizde görev yaptıktan sonra emekli olan hekimlere, ANEAH Başhekimi Prof. Dr. Nurullah Zengin tarafından plaket takdim edildi. Plaket takdim edilen hekimler ise; Uz. Dr. Mübeccel TÜMÖZ, Doç. Dr. Mustafa Metin YILDIRIMKAYA, Uz. Dr. Engin GÜVENER, Uz. Dr. Ali GÜÇTEKİN, Doç. Dr. Mehmet Serdar ÇELİKKANAT, Op. Dr. Hikmet HASIRİPİ, Doç. Dr. Şükrü Kürşat ÖZORAN, Doç. Dr. Hilmiye Nesrin DİLBAZ, Doç. Dr. Ferit Saraçoğlu'dur.

Kokteyl yapıldı

Yapılan konuşmalar ve plaket töreni sonrası bütün katılımcılar ve misafirlerle birlikte kokteyle geçildi. Yılların dostluklarını paylaşan sağlık çalışanları kokteyl boyunca bol bol sohbet etme imkanı buldular.

Numune Sağlık Dergisi

REKLAM ALANI

İlaçta reklam yasağı kapsamında bu sayfada yayınlanan reklamı internet ortamında yayınlayamıyoruz.

Söz konusu reklamı, dergimizin basılı nüshalarında bulabilirsiniz.

REKLAM ALANI
REKLAM ALANI
REKLAM ALANI
REKLAM ALANI
REKLAM ALANI
REKLAM ALANI

Numune Sağlık Dergisi

REKLAM ALANI

İlaçta reklam yasağı kapsamında bu sayfada yayınlanan reklamı internet ortamında yayınlayamıyoruz.

Söz konusu reklamı, dergimizin basılı nüshalarında bulabilirsiniz.

REKLAM ALANI
REKLAM ALANI
REKLAM ALANI
REKLAM ALANI
REKLAM ALANI
REKLAM ALANI

Sağlık Bakanlığı Afiş - Broşür Yarışması Sergi ve Ödül Töreni Hastanemizde Gerçekleştirildi

Afişler Sağlıklı Beslenme İçin YARIŞTI

Sağlık Bakanlığı tarafından İl Sağlık Müdürlükleri arasında yapılan ve "Obezite, Diyabet ve Hareketli Yaşam" Konulu afiş/broşür yarışması sergisi 22.12.2011 tarihinde hastanemiz Başhekimlik girişinde ziyarete açıldı. Ev sahipliğini hastanemiz adına Başhekimimiz Prof.Dr. Nurullah ZENGİN'in yaptığı sergi açılış töreninde Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanı Uz. Dr. Hasan IRMAK, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanı Uz. Gıda Müh. Cengiz KESİCİ'nin yanı sıra değerli hocalarımız ve değişik illerden gelen İl Sağlık Müdürlükleri çalışanı da hazır bulundu.

Açılış töreninin ardından Dr.Münif İSLAMOĞLU Konferans Salonunda "İl Sağlık Müdürlükleri Arasında Obezite, Diyabet ve Hareketli Yaşam" Konulu afiş/broşür yarışması ödül törenine geçildi. Saygı duruşu ve İstiklal Marşı'nın ardından başlayan ödül töreni açılış konuşması Uz. Gıda Müh. Cengiz KESİCİ tarafından yapıldı. Cengiz KESİCİ konuşmasında Bakanlığımızca yürütülen "Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı" ve "Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı" kapsamında obezite ve diyabet ile mücadele etmek, sağlıklı beslenme ve hareketli yaşamı desteklemek düşüncesinden yola çıkarak başta sağlık çalışanlarımız olmak üzere toplum bireylerinin sağlıklı davranış biçimleri geliştirmelerine destek sağlamak amacıyla sağlık müdürlüklerimiz ve sağlık çalışanlarımız arasında sağlıklı beslenme, obezite/diyabet ve hareketli yaşamın kişi ve çevre sağlığı üzerine etkilerini içeren fotoğraf ile afiş ve broşür yarışması düzenlendiğine ve bu törenle jüri oylaması sonucu dereceye giren il sağlık müdürlüklerine çeşitli ödüller ve plaketler verilerek teşekkür edileceğini ifade etti.

Ardından Sağlık Bakanlığı Ulusal Obezite ve Diyabet Koordinatörü Doç. Dr. Serdar GÜLER bir konuşma

yaparak günümüz koşullarının gerek hareketsiz yaşam gerekse yetersiz ve dengesiz beslenme alışkanlığının sağlığımızı olumsuz yönde etkileyerek başta obezite olmak üzere birçok hastalığın oluşmasına zemin hazırladığına değindi.

Başhekimiz Prof. Dr. Nurullah ZENGİN ise yaptığı konuşmasında toplum sağlığı açışından böylesi faydalı bir etkinliğe hastanemizin ev sahipliği yapmasından dolayı duyduğu memnuniyeti dile getirerek Koruyucu Hekimlik alanının sağlık çalışmaları açısından çok önemli bir yeri olduğunu vurguladı. Sigara ile mücadelede ülkemizde yaşanan başarılı gelişmeler gibi sağlıklı beslenme, hareketli yaşam ve obezite ile mücadele konularında da başarılı olunabileceğini ifade etti.

Toplumun bilinçlendirilmesi ve sağlık çalışanlarının bol mesaj verebilmesi adına bu etkinliğin çok önemli olduğunu vurguladı. Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanı Uz. Dr. Hasan IRMAK'ın konuyla ilgili yaptığı konuşmasında dünya genelinde birçok hastalık için risk faktörü olan obezite ile mücadeleye yönelik olarak sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivitenin arttırılması ile ilgili programlara önem verildiğini belirtti.

Konuşmaların ardından ödül ve plaket törenine geçildi. Jüri oylaması sonucu dereceye giren İl Sağlık Müdürlüklerine afiş ve broşür dallarında çeşitli ödüller ve plaketler takdim edildi. Törende Başhekimimiz Prof. Dr. Nurullah ZENGİN' e de katkılarından dolayı teşekkür edilerek plaket verildi.

Ödül törenini biterken katılımcılar toplu halde fotoğraf çektirdikten sonra öğle yemeği için hastanemizde misafir edildi.

Doç Dr Adem ÖZKARA, Dr E.Meltem KOÇ
ANEAH Aile Hekimliği Kliniği

Geçmişten Günümüze Müzik ve Tıp – BÖLÜM I

Ruhun ve Bedenin Gıdası

Ses pek çok canlı tarafından kullanılan önemli bir iletişim aracıdır. Daha geniş anlamda bir ritm, tempo ve ahengi çağrıştıran canlı veya cansız sistemlerin çıkardığı seslere kâinatın veya tabiatın musikisi denilebilir (rüzgâr sesi, akan su veya kıyıya vuran dalganın sesi, kuş cıvıltıları vs). Bu bakış açısıyla müzik insanın yaratılmasıyla birlikte hep var olan ve yaşamın her döngüsünde ona eşlik eden hayatın vazgeçilmez bir parçasıdır. Başka bir deyiş ile de müzik, sesin ve sessizliğin belirli bir zaman aralığında ifade edildiği ve kelimelerle anlatılamayan duygu ve düşüncelerin seslerle anlatılması sanatıdır.

Yapılan çalışmalar çocukların melodik ritimleri algılama ve hatırlama, bir bestedeki yükselen ve alçalan ses tonlarını fark etme ve tempo değişikliklerini algılama hususunda muazzam bir kabiliyete sahip olduğunu göstermektedir. İnsan ve hayvanlarla yapılan bu tür bilimsel çalışmalarla müziğin canlı organizmalar üzerindeki fiziksel ve psikolojik etkileri incelenmektedir. Cerrahi ve yoğun bakım hastalarında müzik tedavisinin hastalarda girişim sonucu bozulan hemostazisi yeniden kurarak hemodinamik dalgalanmaları ve postoperatif ağrıyı azalttığı, dolayısıyla postoperatif uyanma ve derlenme döneminin süresini kısalttıkları gözlenmektedir.

Son yıllarda geliştirilen fonksiyonel MR görüntüleme ve otonom fonksiyon testleri (Vasovagal, tilt ve sudomotor akson refleks testleri) müziğin beyin ve merkezi sinir sistemi üzerindeki etkilerinin daha yakından izlenmesinin yolunu açmış ve "nöromüzik" teriminin tıp literatürüne girmesine neden olmuştur. Müziğin ruh ve beden üzerindeki tedavi edici özelliğinin hipotalamik pituatuar adrenal aksta yaptığı modülasyon sonucu serum dehidroepiandrosteron, epinefrin, interleukin–6 ve kortizol gibi diğer stres hormon konsantrasyonlarındaki belirgin azalmalarla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca farklı nörotransmitter, hormon ve sitokinin sentez ve salınımını stimule ederek müziğin fiziksel ve psikiyatrik stresi azalttığı, pozitif duygulanıma neden olduğu ve immun sistemi güçlendirdiği sanılmaktadır. Kansas Üniversitesinde yapılan bir çalışmada müzik tedavisiyle birlikte uygulanan fiziksel egzersizin Parkinson Hastalarında sıklıkla gözlenen Depresyon ve Anksiyeteyi azaltırken, yaşam kalitesini ve fiziksel fonksiyonları artırdığı ortaya konulmuştur.

Müziğin tedavi amacıyla kullanıldığı en eski medeniyetlerin başında Sümerler, Babiller, Asurlar, Şamanlar, Çinliler, Eski Mısır ve Yunanlılar gelmektedir. Milattan sonra sahne alan Endülüs, Emevi, Selçuklu ve Osmanlı dönemi İslam coğrafyası şifahanelerinde müzik, farklı ruhsal ve bedensel rahatsızlıkların tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktaydı. Üzerinde arp çalan rahip ve müzisyenleri gösteren gravürlerin bulunduğu freskler daha M.Ö. 4000 yıllarında müziğin tedavi amaçlı kullanıldığını ortaya koymaktadır. Aslı Yunanca olan müzik kelimesi 'musica' sözcüğünden gelmektedir. Birçok araştırmacıya göre Musica'nın etimolojisi muse-şifa dağıtan peri veya melek anlamına gelmektedir. Daha antik çağlarda Bergama'da Asklepion teraiasında ruh hastaları flüt ve lirle yapılan müziğin iyileştirici etkisiyle tedavi edilirdi.

Yaklaşık M.Ö. 3000'li yıllarda da Orta Asya'da kopuz gibi ritm enstrümanlarıyla müzik eşliğinde yapılan dans benzeri dini ritüeller şamanlar tarafından bazı hastalıkların tedavisinde kullanılmaktaydı.

Eski Yunanlılara göre her türlü erdemin kökeni olan müzik ruhun arındırılması ve eğitilmesinde önemli bir rol almaktadır. 'Paignio' bu dönemde hastalıklardan ve dertlerden kurtulmayı sağlayan neşe ve sevinç içeren şarkılara verilen isimdir. Apollon'un oğlu, eski Yunan müzisyeni Orphee de lir adı verilen bir çalgı çaldığı bilinmektedir. İnanışa göre lir insanların sıkıntılarını, dertlerini gideren bir çalgıdır. Tıbbın babası sayılan Hippocrates' in de 2400 yıl önce, hastaları ilahiler eşliğinde tapınağa götürdüğü bilinir. Xenokrates, Hipocrate, Asclepiade, Colinos Areteus, Cacleius, Theofraste, tıbbi tedaviden fayda görmeyen hastalarda müzik tedavisini kullanmıştır.

M.Ö. 9. yüzyılda yaşayan Yunan şairi Homeros yazmış olduğu Odyssiea adlı eserinde, müziğin kanamaya karşı iyi geldiğini iddia etmiştir. Ayrıca ameliyatlarında müziği kullanarak, etkili olduğunu göstermiştir. M.Ö. 585–500 yıllarında, yaşayan filozof ve matematikçi Pythagoras, umutsuzluğa düşen ve çabuk öfkelenen hastaları tedavi edebilmek için çeşitli yollar araştırmıştır. Bunun için farklı melodiler ile tedavi fikrini öne sürmüştür. Aesculape ise sağırlığın tedavisi için trampet kullanmıştır. Yunanlıların büyük filozoflarından olan Sokrates'in öğrencisi Platon' da (Eflatun) M.Ö. 400 yıllarında ahenk ve ritimle müziğin ruhun derinliklerine etki ederek kişiye hoşgörü ve rahatlık sağladığından bahsetmektedir.

Xenokrates, akıl hastalarını at kemiklerinden veya içi boşaltılmış bir çeşit bitki sapından yapılmış aletlerle musiki çalarak tedavi ediyordu. Afrika'lı bir hekim olan Caeleius Aurelianus, M.S. 5. yüzyılda kronik hastaları tedavi etmek için Frigya usulü obua çalmayı salık veriyor. Özellikle bazı psikiyatrik hastalıklarda müziğin etkili olduğunu savunuyordu.

Roma'da ise Celsus ve Areteus, müziğin ruhu rahatlatıp yatıştırdığını ve ruh hastalarına iyi geldiğini belirtmiştir. Eski Roma'da müziğin sara, histeri, böcek sokmaları, mikrobik hastalıklar, konuşmama ve ağrılar için kullanıldığı bazı kaynaklarda yazılı olarak belirtilmiştir. Özellikle histeri hastalarının flüt ile tedavi edildiğine dair yazılı kaynaklar bulunmaktadır. Roma hekimlerinden Asclepiades'in psikiyatrik hastalıkların tedavisinde müzik terapisini kullandığı bilinmektedir.

Eski Mısır'da hastalara tedavi öncesinde müzik dinletilir, böylece hastaların tedavi öncesinde büyük bir güç kazandıkları düşünülürdü. Ayrıca doğum sırasında da müziği kullandıkları bilinmektedir.

Meşhur Çin filozofu Konfüçyus "müzik ile insanlar arası ilişkilerin düzeldiğini, gözlerin parladığını, kulakların keskinleştiğini, kanın hareketi ve dolanımının sakinleştiğini" ifade ederek müziğin insan vücudu üzerindeki etkilerine dikkati çekmiştir. Müziğin büyük önem taşıdığı Çin toplumunda gür ses veren "Lo" isimli gongun kötü cinleri ve ruhları hastanın yanından uzaklaştırdığı inancı ile hastalara iyi olmaları için bu gong çalınırdı.

İnsanlık tarihinin her döneminde yer alan müziğin insan sağlığı üzerine çok olumlu etkilerinin gözlenmesi tarih boyunca müzik ile tedavinin her toplumda yaygın olarak kullanılmasına neden olmuştur.

Hastane Tabanlı Sağlık Teknolojilerinin Değerlendirilmesi Konferansı ve Kursu

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Türk toplumunun sağlık statüsünün gelişmesine katkıda bulunmak amacıyla "Numune Toplantıları" adı altında periyodik etkinlikler düzenlemeye başladı. Numune Toplantıları'nın birincisi 12-13 Ocak 2012 tarihlerinde ANEAH Dr. Münif İslamoğlu Konferans Salonu'nda gerçekleştirilmiştir.

ANEAH Başhekimi Prof. Dr. Nurullah Zengin başkanlığında 12-13 Ocak tarihinde 2 gün olarak gerçekleştirilen 'Hastane Tabanlı Sağlık Teknolojilerinin Değerlendirilmesi Konferansı ve Kursu' ile ülkemizde kaynakların akılcı kullanımı ve teknolojilere dair alınan kararların son güncel bilimsel verilere dayanarak alınmasını teşvik etmeyi hedeflemektedir.

Saygı duruşu ve İstiklal Marşının okunmasıyla başlayan programda, açılış konuşmalarını Maliye Bakanlığı Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdür Yrd. Murat UĞURLU, Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürü Prof. Dr. Uğur DİLMEN, SGK Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürü Prof. Dr. Murat KARAŞEN, T.B.M.M Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu Başkanı Ankara Milletvekili Prof. Dr. Cevdet ERDÖL yaptı.

Konferansın bilimsel konuşmalarını ise; İtalya Agostino Gemelli Sağlık Teknolojilerinin Değerlendirilmesi Birim Direktörü Dr Marco Marchetti, Agostino Gemelli Sağlık Teknolojilerinin Değerlendirilmesi yüksek lisans program direktörü Prof Americo Cicchetti ve İspanya Barselona Klinik Hastanesi İnovasyon Direktör Yardımcısı Dr Laura Sampietro-Colom'un ve Sağlık Bakanı danışmanlarından Dr Hakkı Gürsöz ve Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uluslar arası İlişkiler Birimi Sorumlusu Dr Rabia Kahveci tarafından yapıldı. Kurs bölümünün eğitimleri Dr Marco Marchetti, Prof Americo Cicchetti ve Dr Laura Sampietro-Colom tarafından verildi. Uluslararası olarak gerçekleştirilen bu kursa ilgili kamu kuruluşları, hastaneler, üniversiteler ve özel sektörden çok sayıda kişi katıldı.

Başhekim Prof Dr Nurullah Zengin yaptığı konuşmada Ankara Numune Eğitim ve Araştırma hastanesinin Türk

sağlık sistemindeki rolünü vurgulayarak, referans hastane olma özelliğinin kuruma yüklediği sorumlulukla sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesi konusunda öncülük etme kararı aldıklarını belirtti ve bu alanda hastane tarafından başlatılan Akılcı Human Albümin kullanımı çalışma sürecini anlattı. Başhekim Zengin, son birkaç yıldır giderek artarak gündeme gelen, ulusal düzeyde yapılacak yatırımların bilimsel temelli olması ve bu hususta gerek tıbbi gerekse ekonomik mevzuların detaylı olarak incelenmesi tartışmalarının bu toplantı ile artık hastanelerde de gündeme geldiğini, hastanelerde teknolojik yatırımlarla ilgili tıbbi gerekçelerin, hukuki, kültürel, etik ve sosyal mevzuların ekonomik verilerle birlikte inceleneceği "Hastane tabanlı sağlık teknolojilerinin Değerlendirilmesi" alanının ülkemizde gelişmesine Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi öncülük etmekte olduğunu vurguladı.

Prof. Dr Cevdet Erdöl ise konuşmasında ülkemizin sağlık alanında elde ettiği başarılardan ve bu başarıların Sağlık Bakanlığı ile Sosyal Güvenlik Kurumunun senkronize çalışmalarının sonucu olduğunu belirterek, kaynak tahsisinde akılcı karar almanın sağlık teknolojilerini değerlendirme çalışmaları ile ilişkisine değindi ve çok önemli olan bir konuda yapılan bu örnek çalışmadan dolayı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesine teşekkürlerini ifade etti.

Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürü Prof Dr Uğur Dilmen ise, konuşmasında kaynakların akılcı kullanımının artan önemini vurguladı. Sağlık Bakanlığı bünyesinde yeni yapılandırılan bu genel müdürlük bünyesinde STD çalışmalarının da yer alacağını belirten Dilmen diğer ülke örneklerinde olduğu gibi sadece kurum çalışanlarının değil kurum dışındaki akademisyenlerin de sürece katkı vermesinin önemine değindi.

Program akışı diğer konuşmacıların konunun önemi üzerine yaptıkları vurgular ve teşekkürlerini ifade etmeleri ile devam etti. Programın konferans bölümü saat 13.00'da bilimsel konuşmaların da tamamlanmasıyla bitti.

Kurs Programı 12 Ocak Perşembe günü saat 14.00'da başladı. Eğitimin ilk oturumunda teorik bilgiler üzerine yoğunlaşıldı. Programın ikinci gününde ise katılımcılara Hastane Tabanlı Sağlık Teknolojileri bakış açısını kazandırabilmek amacıyla tüm gün uygulamalı grup çalışmaları yapıldı. Program 13 Ocak Cuma günü saat 17.30'da katılımcılara katılım sertifikasının verilmesi ile sona erdi.

Sağlık Teknolojilerinin Değerlendirilmesi (STD) Nedir?

STD bir sağlık teknolojisi kullanımının, ilişkili teknolojiler grubunun veya teknoloji ile ilişkili bir mevzuun kısa ve uzun vadeli sonuçlarını inceleyen bir politik araştırma şekli olarak tanımlanır. Sağlık teknolojileri, ilaçlar, cihazlar, cerrahi işlemler ve sağlık bakımının sunulduğu organizasyonel ve destekleyici sistemlerdir. STD teknoloji kullanımı ile ilgili tıbbi, ekonomik, kültürel, etik, hukuki ve sosyal mevzuları ortaya koyarak karar vericiye bilimsel destek sağlamayı hedefler. STD araştırmalar ile klinik ve politik kararlar arasında köprü vazifesi üstlenir.

Hastane Tabanlı STD Nedir?

STD geleneksel olarak makro düzeyde politik kararlara destek vermeye odaklanmıştır. Ancak son zamanlarda STD prensiplerinin ve yöntemlerinin uygulamasında organizasyonel bakış açısı gündeme gelmiştir. Son birkaç yılda STD metodolojisinin hastane düzeyinde yönetim kararlarını desteklemek için kullanılması ihtiyacı doğmuştur. Hastanelerde STD mantığının yayılması, hastane yöneticilerinin üç ana çevresel baskıya verdikleri tepki olarak kabul edilebilir: 1. Sağlık kurumlarında verimlilik kaygısı artmıştır; 2. Sağlık teknolojileri kullanımından doğacak avantajlar her sağlık kurumunun kaynak ve imkanlarına göre değişkenlik gösterir, bu nedenle veriler aynı ortamdan toplanıp analiz edilmelidir; 3. Kanıta dayalı tıp kültürünün gelişmesi ile birlikte hastane yöneticileri ve tüm sağlık profesyonelleri güncel bilimsel kanıtları klinik uygulamalara ve organizasyonel süreçlere aktarmak durumundadırlar. "Hastane tabanlı STD" hastane yöneticilerinin teknolojik kaynakların alım ve dağıtımı hususlarında kararlarını desteklemek için kullanılmaktadır.

Doç. Dr. Bülent ERDOĞAN
ANEAH Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Uzmanı

Kronik Yaralar

Kronik Yara Nedir?

Kronik Yara denildiğinde, yaklaşık 4 haftada hiç iyileşme belirtisi göstermeyen ya da 8 haftada iyileşmeyen, bası yaraları (yatak yaraları), diyabetik ayak yaraları, damarsal kökenli bacak yaraları ve diğer iyileşmeyen yaralar anlaşılmaktadır. Tariften de anlaşılacağı üzere, bu yaraların kronikleşmesinde vücuda ait bazı bozukluklar (örn. diyabet) veya çevresel nedenler (bası yaraları için basınç) rol almaktadır. Ayrıca bu hastaların tedaviye hiç ulaşamamaları ya da yanlış tedaviler de iyileşmeme nedeni olabilir. Yani kronik yara tarifinde yaranın süresi, iyileşmeyi olumsuz etkileyen faktörler, tedavi sürecindeki eksik ve yanlışlıklardan söz edilebilir.

Tedavi sürecindeki eksikler arasında, yabancı literatürden alınan şu rakamlar verilebilir;

Yara İyileşmesini Olumsuz Etkileyen Faktörler

İntrensek	Ekstrensek
Dolaşım yetersizliği	İlaçlar
Yaşlı hasta	Yaşam biçimi
Vücut yapısı	Enfeksiyon
Kronik yara eksüdası	Mekanik stres
Beslenme durumu	Isı
Birlikte hastalıklar	Uygun olmayan pansuman
Diyabet	Radyoterapi
Renal hastalık	
Romatoid artrit	
Psikososyal faktörler	

- Kronik yaraların ancak %50 si uygun tanısal incelemeden geçmektedir.
- Venöz bacak ülserlerinin %40 ı kompresyon tedavisi almamaktadır.
- Ayak ülserlerinin %35 inde diyabet soruşturması yapılmamaktadır.
- Bası yaralarının %50 si basınç giderici tedavi almamaktadır.

Ayrıca yetersiz ve yanlış pansumanlar da tedavi sürecinin uzamasına yol açmaktadır.

Kronik Yaraların Görülme Oranı Nedir?

Türkiye'de sağlıklı bir istatistik olmamakla birlikte, yansıtmalar sonucunda kronik yaralarla ilgili oranlar tahmin edilebilir. Amerika'da %2 oranında, yaklaşık 5 milyon kronik yara hastası mevcuttur. En iyimser tahminle, Türkiye'de %1 – 1.5 oranı kabul edilse dahi 1.000.000 dan fazla kronik yara hastası olduğu söylenebilir.

Sıklıkla Görülen Kronik Yaralar Nelerdir?

Bütün dünyada olduğu gibi, ülkemizde de en sık görülen kronik yara

Diyabetik ayak yarasıdır. Daha sonra sırasıyla; Bası yaraları, Damarsal kökenli bacak yaraları, Kronik yanık ve travma

yaraları, Lenfödem yaraları, Tümörler ve Diğer dermatolojik problemler sayılabilir.

Diyabetik Ayak Yaraları:

Diyabetik ayak yaraları bu hastalarda %2-4 oranında görülüp, Türkiye'de 5 milyondan fazla erişkin diyabetli olduğu düşünülürse, yaklaşık 150.000 den fazla diyabetik ayak yarası olduğu ortaya çıkar. Ülkemizde bazen ayağında yara ile hastaneye başvuran ve diyabetli olduğunun burada farkına varılan hastalar olmaktadır.

Diyabet yani şeker hastalığı vücutta birçok sistemi birden etkiler.
Ayak bölgesinde duyu ve dolaşım bozukluklarına yol açar. Bu hastaların ayakları giderek sıcak, soğuk ve ağrıyı iyi algılayamadığından, en küçük travmada, üzerine eklenen dolaşım bozukluğu nedeniyle kolayca yara açılır. Şeker hastalığı nedeniyle yaralar normal iyileşmediği için bunlar birer kronik yara olarak devam eder. Sonuçta doğru ve yeterli tedavi yapılmazsa parmak ya da ayak kayıplarına kadar ulaşan sonuçlar doğurabilir.

Diyabetik hastalar bu nedenle ayak bakımına özen göstermelidir.

Diyabette Ayak Bakımı:

Diyabette ayak bakımı ve korunmasının önemi vurgulanmalı, ayak yaralarının ampütasyonlarla sonuçlanabileceği hastalara anlatılmalıdır. Uygun koruma ve tedavi ile yara bakımı kliniklerinde ampütasyonlar %80-85 oranında azaltılabilmektedir.

Korunma tedbirleri nelerdir?

- Ayak hijyenine dikkat edilmeli, çatlaklar oluşmasına yol açmamak için temizliğe özen gösterilmeli, özel nemlendirici ayak bakımı kremleri kullanılmalıdır.
- Ayaklar sıcak-soğuktan korunmalıdır. Örn. diyabetli hasta kızgın kumlar üzerinde çıplak ayakla yürümemelidir, ya da yatağında ayak ısıtıcıları, termofor vb. şeyler kullanmamalıdır.
- Bol ya da dar ayakkabılardan kaçınmalı, diyabetli hastalara önerilen ayakkabılar giymelidir.
- Seçilen çoraplar ayakta aşırı terlemeye yol açmayan pamuklu vb. türden olmalı, sentetik yapı içermemelidir.
- Ayakkabı içinde silikon tabanlık, koruyucu kullanılmalıdır.
- Ayakta izlenen kızarıklıklar yakından izlenmeli, en küçük sıyrık, yara açılması gibi hallerde ilgili doktora başvurulmalıdır.

Bası Yaraları:

Yapılan istatistiklerde 65 yaş üzeri hastalarda, hastanede yatanlarda ve yoğun bakım hastalarında bası yarası oranları oldukça yüksektir (%10 ile 20 arasında). Özellikle yatalak felçli hastalar ve yaşlı bakımevlerinde kalanlarda bası (Yatak) yarası oranı daha da artmaktadır.

Bası yaraları bazı tedbirlerle ÖNLENEBİLİR yaralardır.

Bu konuda yapılacak en önemli iş de basıncın giderilmesidir. Normal insanlar dahi 15 – 30 dakika ara ile oturur ya da

yatar durumda iken pozisyon değiştirirler. Bu işi bilinçli olarak yapamayan felçli, yatalak, yaşlı ve yoğun bakım hastalarında hiç olmazsa 2 saatte bir hastanın pozisyonunun değiştirilmesi en önemli tedbirdir.

Hiçbir zaman sadece özel yataklara güvenilerek hasta pozisyon değiştirmeden uzun süre bırakılmamalıdır.

Pozisyon değişimi hasta yatağa sürtülerek değil, kaldırılarak yapılmalıdır.

Kullanılan çarşaf, nevresim vb. materyel, pamuklu kumaştan yapılmış olmalı, kırışık olmamalı ve sık değiştirilmelidir.

Hastanın kuyruk sokumu, kalça uyluk, sırt ve topuklar gibi ağırlık taşıyan bölümleri sürekli gözlenmeli, deri bakımı için kremler kullanılmalı, oluşan kızarıklık ve yüzeyel yaralar için doktor önerisi ile uygun pansuman malzemeleri kullanılarak pansuman yapılmalıdır.

Bası yaralarının genişleyip derinleşmesi tedavisi zor, yaşamı tehdit edebilecek önemli sorunlar doğurur.

Damarsal Bacak Yaraları:

Damarsal bacak yaraları oranı en iyimser tahminle %0.1 olarak verilmekte olup, bu da Türkiye'de en az 70.000 vasküler bacak ülseri anlamına gelir.

Venöz bacak yaraları (toplar damar varislerine bağlı), kronik venöz yetmezliği ve bacak varisleri olan hastalarda, özellikle ayak bileği çevresinde sık görülür. Bu yaralar nemli, çevrelerindeki deri renginde değişiklikler, koyu lekeler olan yaralardır. Uygun yara bakımı yanında mutlaka, kompresyon bandajı adı verilen, tek ya da çok katlı bandajlarla hastanın tedavisi gerekir. Yaralar iyileştikten sonra da bandaj tedavisi sürdürülmeli ya da hasta kompresyon çorabı kullanmalıdır.

Arteriyel bacak yaraları (atar damar tıkanması), ayak çevresinde görülür. Yaralar kuru ve soluktur. Bu hastalara mutlaka bir Vasküler Cerrahi girişimi gerekir.

Diğer Kronik Yaralar:

Ülkemizde sık rastlanan yanık ya da travmalar sonrası da karşımıza uzun süre iyileşmeyen ya da iyileştiği halde tekrar tekrar açılan kronik yaralar çıkabilmektedir. Özellikle bu hastalar deri kanseri gelişimi açısından çok dikkatli izlenmeli, yaralardan alınacak parçalar patolojik olarak incelenmeli ve gerekli materyeller kullanılarak en kısa sürede, gerekirse cerrahi olarak bu yaralar kapatılmalıdır.

Kronik Yaraların Tedavisi:

Bütün kronik yara hastaları ayrıca yüksek tedavi maliyetleri, uzun süreli ve bazen kalıcı iş gücü kaybı ve daha da önemlisi büyük sağlık sorunları, organ eksiklikleri, sakatlıklar nedeniyle, çok önemli sorunlar olarak karşımıza çıkmaktadır.

Ülkemizde halen kurumlar bünyesinde iyi organize yara bakımı klinikleri mevcut değildir. Değişik bilim dallarında (Plastik Cerrahi, Genel Cerrahi, Vasküler cerrahi, Ortopedi, Dermatoloji, Fizik tedavi vb.) konuya ilgi duyan hekimler kendi hastanelerinde sınırlı sayıda kronik yara hastası ile ilgilenebilmekte, çoğu kez bir modern yara bakımı malzemesine sahip olmanın güçlüğü içinde, tedavi için çaba sarf etmektedir.

Yara Bakımı Klinikleri kurulması, kronik yaraların tedavisi konusunda önemli bir yeniliktir.

Yara bakımı aktivitelerinin başarısı, kullanılacak modern yara bakımı ürünleri ve cihazlarının temini ile de yakından ilgilidir. Bu ifade, modern ürünler olmazsa yaralar iyileşmez anlamında değildir. Ancak iyileşme süresinde kısalma, sakatlıklardan kurtulma, ayrıntılı ameliyatlardan hastanın kurtarılması ve işgücü kaybının önlenmesi önemli kazançlardır. Zaten bütün batı toplumlarında bu konuda 'maksimum maddi yarar' denildiğinde, 'maksimum hasta yararı' anlaşılmaktadır. Sonuçta uzun süreli konvansiyonel tedavi, kısa süreli modern tedaviden, her yönüyle daha pahalıdır.

Numune Sağlık Dergisi

REKLAM ALANI

İlaçta reklam yasağı kapsamında bu sayfada yayınlanan reklamı internet ortamında yayınlayamıyoruz.

Söz konusu reklamı, dergimizin basılı nüshalarında bulabilirsiniz.

REKLAM ALANI
REKLAM ALANI
REKLAM ALANI
REKLAM ALANI
REKLAM ALANI
REKLAM ALANI

Doç. Dr. Faruk ÇOŞKUN
ANEAH Genel Cerrahi Uzmanı

Yara ve Kronik Süreç

Yara iyileşmesi karmaşık fakat koordinasyon içinde iç içe geçmiş bir dizi biyokimyasal, hücresel ve dinamik olaylar sürecidir. İyileşmenin ana öğesi hücre üremesidir. Üreyen hücreler ihtiyaç olan yerlere gider. Kollajen sentezi, yara iyileşmesinin tüm aşamalarında kilit rol oynar. Üreyen hücreler tarafından sentez edilen kollajen lifler, çapraz bağlanarak doku sağlamlığını ve bütünlüğünü temin eder.

Yara iyileşmesi

1. İnflamatuar, substrat (biyokimyasal-hazırlık) evresi,

2. Proliferasyon (üreme), kollajen yapım evresi,

3. Maturasyon (olgunlaşma) ve remodelizasyon (yeniden şekillenme) evrelerinden oluşur.

Kronik yaralar, enflamasyon ve proliferasyon aşamasından 3. aşamaya yani maturasyon aşamasına geçememiş yaralardır. 2-3 aylık bir sürede tam iyileşmeyen ve genelde tekrar eden yaralar kronik yara olarak kabul edilir.

Kronik Yaraların Sorunları: 1.İnfeksiyon, 2.Doku kuruluğu, 3.Isı kaybı, 4.Alttaki dokuların korumasız kalması, 5.Yara yüzeyinden kayıplar, 6.Lökositlerin derinlere göçüdür.

Bu yaralar hastada, dokuda kan dolaşımının zayıf olması veya bir basınç gibi altta yatan bir patolojik durumun varlığının kanıtı olarak görülebilir. Bunların dışında ileri yaş, beslenme bozukluğu, sigara ve diyabet de kronik yara oluşumunda önemli nedenler arasındadır.

Diyabetik ayak, bası yaraları, venöz bacak ülserleri kronik yaralara örnek olarak gösterilebilir. Kronik yaraların başarılı bir şekilde tedavi edilebilmesi için kişinin bir bütün olarak incelenmesi gerekir. Tedavisi güç, tedavi maliyeti yüksektir. Hastaların yaşam kalitesini, uzuvlarını ve hatta hayatlarını tehdit eder. Bundan dolayı kronik yaraya neden olan sebeplerin düzenlenmesi ve kontrolü gerekir. Ayrıca lokal yara bakımı (pansuman, cerrahi debridman) ve yara iyileşme sürecinin takibi multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir.

Kronik yara tedavisinde yara pansumanı tedavinin en önemli unsuru olmasına rağmen tedaviye sadece pansumandan ibaret olarak bakmak bilgisizliktir. Kronik yara tedavisi hastanın genel durumuna bağlı olan birbiriyle bağlantılı birçok karışık hücresel aktivitenin bütünüdür. Doğru tedavinin seçilmesi, yaradaki dinamik değişiklikler dikkate alınarak yapılmalıdır. Bugün, pansumana yaradaki olumsuz koşulları gideren, canlı hücre ve dokulara optimum çevre koşulları sağlayan önemli bir tıbbi işlem olarak bakılmaktadır.

Pansumandan beklenenler;

- Optimum çevrenin (hijyen, basıya maruz bırakmama vb.) sağlanması,
- Yarada nemli bir ortam temini,

- Isı kaybının engellemesi,
- Yaranın fiziksel etkilerden (travmadan) korunması,
- Oksijen geçişine izin vermesi,
- Bakteri geçişine izin vermemesi,
- İnfeksiyonun önlemesi, varsa tedavisi,
- Otolitik debridmanın hızlandırılması,
- Granulasyon dokusu oluşumunu hızlandırılması,
- Ağrının azaltması,
- Ucuz, kolay ve uygulanabilir olmasıdır.

Kronik yaranın sebep olduğu işgücü kaybı yanında çevresine bağımlı hale gelmesinden kaynaklanan sosyal ve psikolojik sorunlar aynı zamanda ciddi bir sosyal problem oluşturmaktadır. Bu yaraların uzuv amputasyonuna sebep olabilmesi (kesilmesi) veya kansere dönüşmesi gibi önemli sonuçları da göz önüne alındığında konunun tıbbi önemi yanında ne denli önemli sosyal bir problem haline gelebileceği daha iyi anlaşılacaktır.

Diabetes Mellitus'un önemli komplikasyonlarından biri olan ve diyabetin yarattığı olumsuz zeminde gelişen diyabetik ayak ülserleri en sık olarak görülen kronik yaralardır. Tüm diyabetlilerin %15'i hayatları boyunca bir kez diyabetik ayak ülseri (yarası) sorunu yaşarlar, travmatik olmayan amputasyonların (uzuv kesilmelerinin) %50'si diyabetik ayak nedeniyledir. Diyabet, bağışıklık (immün) sistemini de bozması nedeniyle ayak yaraları vücut savunmasındaki bu bozukluk dolayısıyla enfeksiyona yatkındırlar ve bu durumun daha da kötüye gitmesine yol açar.

Diyabetli hastaların ayak ülserlerinden korunmaları bazı kurallara uyarak kolaydır ve mümkündür. Öncelikle diabetin diet ve ilaçların düzenli kullanılmaları suretiyle kontrol altında tutulması gerekir. Kontrolsuz diabet zaman içerisinde özellikle ayakların küçük çaplı damarlarında tıkanmalara ve ayakta duyu ileten sinirlerde iletim kaybı oluşmasına neden olur. Ayaklarda ağrı hissi kaybolduğundan ayak travmaya duyarsız hale gelir. Örneğin sıkı bir ayakkabının oluşturduğu travmatik ağrıyı hissetmeyiz ve bu bir yara açılmasına neden olur. Beslenme bozukluğu ayakta aynı zamanda bir üşüme hissine sebep olur ve ütü ile ısıtma çoğu ayak yanıklarının ve açılan kronik yaranın önemli bir nedeni olarak karşımıza çıkar. İyi bir ayak bakımı bu komplikasyonu önleyecektir. Bunun için;

- Ayak hijyenine çok dikkat etmek gerekir. Ayakları her gün sıcaklığını elimizle kontrol ettiğimiz ılık sabunlu suyla yıkayıp iyice kuruladıktan sonra ciltteki kuruluğa karşı nemlendirici kremler sürmek gerekir.
- Ayaklarımızı üşümeye karşı kışın yumuşak yün yazın ise rahat pamuklu çoraplar giyilmelidir.
- Çorabın konç'unun bileğimizde kan dolaşımını engelleyebilecek derecede sıkı olmamasına dikkat edilmelidir.
- Ayakkabılar yumuşak derili ve çok rahat olmalı yeni giyilen ayakkabılar 2-3 saat sonra çıkartılıp sıkma nedeniyle ayağımızda bir kızarıklık yapıp yapmadığı kontrol edilmelidir.
- Özellikle yazın ayağımızı çarpmalardan korumak için önü açık terlik giymemeye ve çıplak ayakla dolaşmamaya dikkat edilmelidir.

Kronik yara maalesef tıpta bir disiplin tarafından sahiplenilmemiş ve çeşitli disiplinler yara iyileşmesinin herhangi bir fazında devreye girip tedaviye müdahil olmakta ancak bu durum tedavide başarısızlığın en önemli nedeni olabilmektedir. Ancak bu durumdan bu tedavinin sadece bir disiplin tarafından tedavisinde güçlükle karşılaşılacağını önemli bir göstergesidir ve kanımca bu hastalara multidisipliner bir yaklaşım göstermek gerekir. Kronik yarada etkili tedavi özellikle uzuv kaybına neden olmadan yaranın mümkün olan en kısa süre içinde kapatılmasıdır. Cerrahi debridman, enfeksiyonun kontrolü, uygun pansuman ve gerekirse rekonstrüksiyon değişik disiplinlerin işbirliği içerisinde olmasını zorlamaktadır. Son yıllarda hiperbarik tedavi gibi yeni bir yöntemin de kronik yarada etkinliğinin gösterilmesi yeni bir disiplini daha işin içerisine sokmuştur.

Halen ülkemizde bir kronik yara bakım merkezi yoktur. Hastanemizde genel cerrahi kliniklerimiz kronik yara tedavisini üstlenmiş olup halen Türkiye'de en çok sayıda kronik yara tedavisi yapan merkez durumundadır. Bu durum bize ve idareye bu hastaların ve hasta sahiplerinin yaşadıkları tedavi ile ilgili problemlerin yanında ne denli önemli sosyal problemleri olduğunu fark etmemize neden olmuştur.

Başhekimimiz Prof.Dr. Nurullah Zengin'in desteği ile bu hastaların ayakta tedavi ve pansumanlarını kolaylaştırmak amacıyla hastanemizde sırf bu hastalara hizmet veren kronik yara polikliniği açılmıştır. Bu poliklinik günde ortalama 50 hasta ile Türkiye'nin en çok hasta bakan merkezi durumundadır.

İlave olarak inşaatı bitmek üzere olan kronik yara yataklı tedavi servisi Akyurt hastanemizde çok yakında hizmete girecektir. 25 yataklı olarak planlanan bu merkez içinde 10 kişilik hiperbarik tankı, fizik tedavi, plastik ve genel cerrahi üniteleriyle multidisipliner etkin tedavi olanağı sağlayacaktır.

Mutlu ve sağlıklı günler sizinle olsun.

Uz. Dr. Pınar ÖNGÜRÜ
ANEAH Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

Kronik Yara'da Enfeksiyondan Korunma ve Kontrol

Yara, doku bütünlüğünün bozulması ile karekterize bir durum olup herhangi bir dış etken ile ya da yapılan bir cerrahi girişim ile gelişebilmektedir. Bu nedenle yara enfeksiyonları; cerrahi alan enfeksiyonları ve diğer yara enfeksiyonları (travmatik yaralar, lokal yaralar, sistemik nekrotizan yaralar, bası yarası, yanık yarası enfeksiyonu, diyabetik ayak gibi) olarak iki grupta incelenebilir.

Yara gelişiminde değişik faktörler etkilidir. Beslenme yetersizliği, sigara içme, kronik hastalıklar, immünite bozuklukları, malignite, periferik damar hastalıkları gibi konak faktörleri enfeksiyon gelişme riskini arttırmaktadır. Tükrük ve dışkı gibi sekresyonlarla bulaşın olduğu yaralar ile vücudun nemli bölgelerinde oluşan yaralarda enfeksiyon riski daha yüksektir.

Yaralanma tipi enfeksiyon gelişiminde etkilidir. Kesici aletlerle olan yaralarda enfeksiyon riski, kör uçlu ezici aletlere göre daha azdır. Ayak yaralarındaki enfeksiyon riski, vücudun üst kısımlarına göre daha yüksektir.

Yarada enfeksiyon etkenleri genellikle normal cilt florasındaki mikroorganizmalardır. Hastanede yatan hastalarda ise antibiyotiklere daha dirençli olan hastane kökenli mikroorganizmalar sıklıkla etken olarak karşımıza çıkmaktadır.

Cerrahi Alan Enfeksiyonları (CAİ):

Hastanede gelişen enfeksiyonların yaklaşık %20'sini oluşturmaktadır. Cerrahi girişimi takiben otuz gün içinde, implant kullanılmış ise bir yıl içinde gözlenen; cerrahi müdahale edilen bölge ile ilişkili enfeksiyonlardır.

Cerrahi işlem boyunca kontamine olma riskine göre yaralar; temiz, temiz kontamine, kontamine ve kirli-enfekte olmak üzere dört gruba ayrılmaktadır.

Kontamine ve kirli yaralarda enfeksiyon gelişme riski, diğerlerinden daha yüksektir. Yara türünü değiştirmek mümkün değildir fakat yüksek riskli yaralarda uygun teknik ile antisepsi kurallarına uyularak yapılan yara bakımı ile CAİ gelişimini azaltılabilmektedir.

CAİ önlenmesi için el yıkama, asepsi-antisepsi kurallarının uygulanması, en uygun cerrahi tekniğin uygulanması, uygun antibiyotik profilaksisi başarılı bir koruyuculuk için gereklidir.

Yara Bakımı

Doku bütünlüğü bozulduğunda yaranın türü, şekli ve derinliğinin belirlenmesi, yaranın iyileşme seyrinde en iyi çevresel koşulları sağlamak açısından önemlidir. Kanama varsa kontrol altına alınmalı, doğal yara iyileşme süreci iyi bilinmeli ve bu süreci bozabilecek her türlü uygulamadan sakınılmalıdır. Yaranın iyileşme sürecinde enfeksiyon belirti ve bulguları yakından izlenmeli, dirençli mikroorganizma ile enfeksiyondan şüphelenildiğinde,

Enfeksiyon Kontrol Komitesinin (EKK) önerilerine uyulmalıdır. Çapraz kontaminasyonun önlenmesi için; yıkama, doğru eldiven kullanımı, atık yönetimi, tek kullanımlık steril pansuman malzemesi kullanımı, uygun sterilizasyon-dezenfeksiyon çok önemlidir. Yara pansumanında pens kavanozu ve tromel kullanılmamalı, bunun yerine tek kullanımlık steril paketlerde hazırlanan malzemeler tercih edilmelidir. Yara enfeksiyonu bulgularına rastlanıldığında yara kültürü alınmalıdır. Üreyen mikroorganizmaya göre antibiyotik tedavisi seçilmeli, ampirik başlanan antibiyotik, duyarlılık sonucuna göre modifiye edilmelidir.

Diyabetik ayak yaralarının yaklaşık 1/4'ü uygun bakım ve tedaviye rağmen iyileşmeyebilmektedir. Diyabetik ayak yaralarının en önemli nedenleri, periferik nöropati ve periferik damar hastalığıdır. İmmun yetmezliğe bağlı lökosit aktivitesi bo-zuklukları, lokal doku hipoksisi ve infeksiyonlar ise yara iyileşmesini geciktirerek amputasyona neden olabilmektedir. Bu tip antibiyotik tedavisine yanıt vermeyen yaralarda, eğer büyük damarlardaki kan akımı yeterli ise hiperbarik oksijen tedavisi ile yara iyileşmesi hızlandırılabilmektedir.

Pansuman:

Pansuman yaradaki olumsuz koşulları gidermek, canlı hücre ve dokular için uygun çevre koşullarını sağlamak amacıyla yapılmaktadır.

Etkin bir pansuman bakteri transferine izin vermemelidir. Emici (hidrofil) özelliği olmalıdır ve böylece yara yüzeyinde, yara boşluklarında ve doku aralarında bakteri üremesini kolaylaştıran besleyici sıvıların birikmesi engellenmelidir. Pansuman ısı kaybını engellemelidir. Optimum iyileşme 37-39 °C arasında olur. Düşük ısıda hücre üremesi durmakta, damarlarda vazokontsrüksiyon gelişmekte, lokal direnç bozulduğu için bakteri üremesi artıp enfeksiyon gelişimini hızlandırmaktadır. Uygun pansuman ile ölü dokuların uzaklaşması (debridmanı) hızlanmaktadır. Pansumanın değiştirilmesi sırasında doku ve hücrelere zarar vermeden pansuman materyalinin yaradan kolayca ayrılması sağlanmalıdır. Bunlara ilaveten, pansuman ağrıyı dindirmeli ve ucuz olmalıdır.

Açık yarada enfeksiyon etkenlerinin yok edilmesi amacıyla; antiseptik maddelerin kullanımı (%10 povidon iyot gibi) mikroorganizmanın kendisinden çok vücut dokusuna zarar vermektedir. Bu nedenle açık yaraların temizliğinde ve pansumanında cilt antisepsisi için tercih edilen antiseptik maddeler kullanılmamalıdır.

Yarada Enfeksiyon Kontrolü

Mikroorganizmaların enfeksiyon nedeni olmalarını engellemek için; patojen mikroorganizmanın dokudan uzaklaştırılmasına yönelik olan asepsi antisepsi kurallarına uyulmalıdır. Temiz ve kontamine alan ve malzeme doğru tespit edilmeli, enfekte hasta ve malzemeleri izole edilmelidir.

Açık yara oranı fazla olan ve izole edilen hastalarda (yanık hastaları gibi) daha sıkı önlemler alınmalıdır:

- Yara bakımı sırasında özel giysiler giyilmelidir
- Steril eldiven, maske kullanılmalıdır
- Eksudalı bir yaraya bakım verirken su geçirmez bir önlük giyilmelidir
- İzolasyondaki hastaya bakım veren hemşirenin ayrılması sağlanmalıdır

Yara Enfeksiyonlarından Korunma

Yara enfeksiyonlarından korunmada tüm işlemlerden önce ve sonra uygun el yıkama çok önemlidir. Eldiven giyilse bile el yıkama mutlaka yapılmalıdır. Eldiven giyildikten sonra hiçbir yüzeye dokunulmamalı, eldiven giymeden önce ve çıkarıldıktan sonra eller yıkanmalıdır. Hasta bakımı sırasında standart temas önlemlerine uyulmalıdır. Yara bakımından sonra yer yüzey dezenfeksiyonu için kullanılacak en iyi dezenfektan çamaşır suyudur. Hastanın yarası ile gözle görünür biçimde kontamine olan yüzeyler 1/10 oranında sulandırılmış çamaşır suyuyla, gözle görünür kirlenmenin olmadığı yüzeyler ise 1/100 oranında sulandırılmış çamaşır suyu ile temizlenmelidir.

Yara bakımı aseptik koşullarda yapılmalıdır. Yara çevresi uygun bir antiseptik solüsyon ile silinmeli, yaranın kendisi içilebilir nitelikte çeşme suyu ile veya steril serum fizyolojik ile yıkanmalı, gerektiğinde uygun debridman işlemi sonrası aseptik şartlarda pansuman materyali ile kapatılmalıdır. Yaraya lokal uygulanacak topikal ajanlar ile granülasyon doku gelişimi arttırılmalı, dirençli mikroorganizma kolonizasyonu önlenmelidir.

Günümüzde hastane enfeksiyonu oranları sağlık kuruluşlarının kalite göstergelerinden birisidir. Hastanede yatan her birey güvenli ve temiz sağlık bakımı alma hakkına sahiptir. Hasta ile temas eden her sağlık çalışanı hastane enfeksiyonunun önlenmesinden sorumludur. Bu konuda EKK'nin hazırladığı enfeksiyon kontrol talimatlarına uyulmalıdır. Yara enfeksiyonlarının önlenmesi ve kontrolü hastane enfeksiyonu oranlarının önemli ölçüde azalmasına katkıda bulunacaktır.

Doç. Dr. Dilek BERKER
ANEAH Endokrinoloji Uzmanı

Diyabet ve Yara

Diyabet hastalarında yara önemli bir sorundur. Özellikle ayak yaraları oldukça sıktır. Bu yaraların birçoğu dikkatli ayak bakımıyla önlenebilir.

Yaraların Sebepleri

Azalmış Kan Akımı: Uzun süreli kan şekeri yüksekliği kan damarlarına zarar verebilir ve ayaklara giden kan miktarını azaltır. Azalmış kan akımı nedeniyle cilt zayıflar ve yaraların oluşmasına zemin hazırlanır ve yara iyileşmesi bozulur. Kan şekeri yüksek olunca da mikroplar oluşan bu yaralara kolayca bulaşabilir ve yaraları daha kötü hale getirir.

Daha ciddi durumlarda derin cilt ve kemik enfeksiyonları da oluşabilir. Bu durumlar kangrene de yol açabilir ve bunu tedavi etmek için ayakların veya ellerin amputasyonu (kesilmesi) gerekebilir. Diyabet hastalarının yaklaşık %5 kadarında amputasyon gerekir. Bu trajik durum birçok hastada kan şekerinin düzeltilmesi ve günlük ayak bakımıyla önlenebilir.

Sinir Hasarı (Nöropati): Kan şekeri yüksekliği zamanla ayak sinirlerine zarar verebilir ve kişinin ağrı ve basınç hissetme yeteneğini azaltabilir. Bu duyuların zarar görmesi, cilt, yumuşak doku, kemik ve eklemlerin fark edilmeden yaralanmasına yol açar. Zamanla kemik ve eklemler ayağın şeklini değiştirir. Nöropati olarak adlandırılan sinir hasarı ayrıca ayak kaslarını zayıflatabilir ve ileride ayak bozukluklarına sebep olabilir.

Risk Faktörleri

Daha önceden ayak yaraları oluşan hastalar yeni yara gelişimi için de risk altındadırlar. Sinir hasarı, kan dolaşımının bozulması ve kan şekerinin uzun süredir yüksek olması da ayak yaraları oluşumunu arttırır.

Rahat ayakkabılar giymek önemlidir. Çok sıkı ayakkabılar basınç yaralarına sebep olabilir. Çıplak ayakla dolaşmaktan evde dahi kaçınmak gerekir, çünkü bu ayağın yaralanma riskini arttırır.

Ayak Muayenesi

En az 5 yıllık tip1 diyabet hastaları yılda en az bir defa ayak muayenesi yaptırmalıdır. Tip 2 DM hastaları da yılda bir ayak muayenesi yaptırmalıdır.

Ayak muayenesi sırasında sağlık çalışanı kan dolaşımını, sinir hasarını, cilt değişikliklerini ve deformiteleri kontrol eder. Hastalar da fark ettikleri problemleri belirtmelidir. Muayene esnasında azalmış refleksler veya basınç duyusunda, titreşim duyusunda azalma veya sıcaklık algılamasındaki değişiklikler saptanabilir.

Yaraların Önlenmesi

Kan şekerinin kontrolü damarların ve sinirlerin hasarını önleyerek yara oluşumunu engeller. Bir yara oluştuğunda ise kan şekerini kontrol etmek amputasyon riskini azaltır.

Sigarayı bırakma: Sigara kalp ve damar problemlerini kötüleştirebilir ve kan dolaşımını azaltabilir.

Ayağı incitecek hareketlerden kaçınma: Çıplak ayakla yürümek, sıcak su torbaları kullanmak, sıcak suya kontrol etmeden girmek gibi bazı hareketler ayak incinmesi riskini arttırır ve tavsiye edilmez.

Tırnakları dikkatlice kesmek: Tırnaklar parmak ucunun şekline göre kesilmeli ve keskin köşe bırakılmamalıdır. Tırnakların etrafını saran ölü deri asla kesilmemelidir. Su toplayan yerler patlatılmamalıdır.

Ayakları günlük yıkama ve kontrol etme: Ayakları yıkamak için ılık su ve sabun kullanılmalıdır. Sonrasında ayaklar dikkatlice kurulanmalı ve krem veya losyonlarla nemlendirilmelidir. Ayaklar, cilt sıyrıkları, su toplama, şişlik, kızarıklık, parmak araları ve tırnaklardaki hasarlar açısından kontrol edilmelidir. Kontrol esnasında görülmeyen yerler için bir ayna kullanılabilir veya bir aile bireyinden yardım alınabilir.

Çorap ve ayakkabı seçimi: Hafifçe saran pamuk çoraplar tercih edilmeli ve çoraplar günlük olarak değiştirilmelidir. Ayakkabılar tam oturmalı ancak dar olmamalıdır. Yeni ayakkabılar yavaşça giyilmelidir. Eğer ayak şekli bozulmuşsa veya ayakta yaralar varsa özel yapım ayakkabılar kullanmakta fayda vardır bu ileride oluşabilecek yaraları engeller. Tabanlıklar topuğa gelen basıncı azaltarak yardımcı olabilir.

Ayak muayenesi: Ayak yaraları için tarama doktor ziyaretlerinin bir parçasıdır. Doktor ziyareti sırasında ayak kontrolü için doktora hatırlatmada bulunmaktan kaçınılmamalı ve yılda bir muayene olmalıdır eğer ayaklarda değişiklik varsa daha sık muayene olunmalıdır.

Diyabetik Ayakta Kan Şekeri Kontrolü

Diyabet hastalarında gelişen insülin eksikliğinin diyabetik yara gelişimde etkili olduğu da bilinmektedir. Diyabetik yara gelişen hastalarda daha iyi kan şekeri kontrolü sağlanması oldukça önemlidir. Bu nedenle yara gelişen daibetik hastalarda insülin tedavisine geçilmesi tavsiye edilir. Yaranın ciddiyeti arttıkça insülin tedavisinin yoğunluğu arttırılmalıdır. İnsülinin büyüme faktörü özelliği nedeniyle yara iyileşmesini kolaylaştırıcı etkisi de vardır.

Yeni Tedaviler

Yaraların tedavisi için bazı deneysel tedaviler de mevcuttur. Sentetik yara kaplamaları, labaratuvarda üretilen deriler, iyileşmeyi uyaran ve mikroplarla savaşan hücreleri arttıran maddeler, elektrik uyarısı ve yüksek oksijen seviyelerine maruziyet bunlardan bir kısmıdır.

Diyabet hastaları, ayak yaraları için her zaman risk altındadır. Ancak bunlardan korunmak için bir plan oluşturmak ve tamamen sağlıklı olmak mümkündür. Diyabetik ayak bakımı hakkında mümkün olduğunca bilgi sahibi olmak oldukça önemlidir. Rutin tibbi muayene önemli olsa da, asıl önemli olan günlük ayak bakımının yapılarak yaraların daha başlanmadan önlenmesidir.

Op. Dr. Murat KENDİRCİ – Doç. Dr. Ahmet Çınar YASTI
ANEAH Genel Cerrahi Uzmanı

Kronik Yara Pansuman Prensipleri ve Kapamalar

Öncelikle yaranın etyolojisi incelenmeli ve detaylı bir anamnez alınmalıdır. Yaranın fizik muayenesinde derinliği, konfigurasyonu, yaradaki nekrotik ve enfekte dokuların varlığı, yaranın viabilitesi, yabancı cisim olup olmadığı dikkatlice incelenmelidir. Antibiyotik tedavisine ihtiyacı gözden geçirilmelidir.

Yaranın ilk değerlendirmesini takiben tercihen lokal anestezi eşliğinde yara temizliği sağlanmalıdır. İçilebilir kalitede çeşme suyu veya izotonik NaCl solüsyonu ile yaranın tüm alanları irrige edilmeli ve bu sayede olası yabancı cisimler yaradan uzaklaştırılmalıdır. Yüksek basınçla yapılan irrigasyon yabancı cisimlerin ve nonviable dokuların yaradan uzaklaştırılmasında daha etkili olacaktır. Iodine, povidone-iodine, hidrojen peroksit ve organik bazlı antibakteriyel bileşenlerin nötrofil ve makrofajlarda hasar yaratarak yara iyileşmesine zarar verdiği gösterildiğinden kullanılmamalıdır. Bunlar ancak yara etrafının temizlenmesinde kullanılabilir, yara sathına temas ettirilmemelidir. Mevcut hematomlar dikkatlice değerlendirilmeli, drene edilmeli, kanama odakları bulunup hemostaz sağlanmalıdır. Tespit edilen tüm apse odakları mutlaka tek tek drene edilmeli, yarada koleksiyon alanlarının kalmadığından emin olunmalıdır.

Yara anestezisi sağlanıp irrige ve debride edildikten sonra yara çevresi temizlenip incelenmeli ve cerrahi müdahale ihtiyacı olup olmadığı belirlenmelidir. Yarayı çevreleyen alan povidone-iodine vb. solusyonla temizlenip steril örtüler ile kapatılmalıdır. Cerrahi girişim endikasyonu olmayan olgular belirlenen sürelerde düzenli pansumanlarla takip edilerek kapama aşamasına hazırlanmalıdır. Cerrahi girişim gerektiren yaralarda ise canlı dokuya ulaşıncaya kadar, gerekirse birden fazla seans halinde agresif debridmanlar yapılıp tüm nekrotik ve enfekte dokular yaradan uzaklaştırılmalı ve yara canlılığının devamı sağlanmalıdır.

Yara temizliği yapılırken üzerinde oluşmuş biyofilm dikkat ile araştırılmalı ve varlığında özenle temizlenip kaldırılmalıdır. Oluşan biyofilm, uygulanacak pansumanın yara iyileşmesine olumlu katkılarını engelleyeceği gibi bakteriyel çoğalmanın invazif enfeksiyona dönüşmesine ve bunun ikincil etkilerinin ortaya çıkmasına neden olacaktır.

Yara çeşitli pansuman, yara örtüleri veya negatif basınç yardımlı kapama teknikleri ile iyileşmesi sağlanıp kapamaya hazırlanmalı ve sonrasında primer kapama, greft, flep veya sentetik ürünler vasıtası ile yaranın nihayi iyileşmesi planlanmalıdır.

Antibiyotikler sadece yara enfeksiyonu belirlendiğinde kullanılmalıdır. Birçok yara kontaminedir veya bakteri kolonizasyonu oluşmuştur. Yarada eritem, selülit, sızıntı ve pürülan akıntı enfeksiyon varlığına işaret eder. Dirençli bakteri oluşumundan kaçınmak için rastgele antibiyotik kullanımına engel olunmalıdır. Antibiyotik seçiminde kültür ve antibiyogram değerlendirmesine ek olarak hastanın kronik süreci, mevcut

yandaş hastalıkları da göz önünde bulundurulmalı ve bu şekilde olası komorbiditelere karşı önlem alınmalıdır.

Uygulanacak yara pansumanının amacı yara iyileşmesi için ideal çevresel şartların oluşturulmasıdır. Yara örtüsü optimal iyileşme için gerekli major değişimleri sağlamalıdır. Bir yarayı bir pansuman ile kapatmak epitelin bariyer (engelleyici satıh) rolünü taklit eder ve daha fazla hasar oluşumunu önler. Ek olarak kompresyon uygulanması hemostazı sağlar ve ödemi sınırlar. Pansuman ile yaranın kapatılması hidrasyon seviyesi ve oksijen basıncı kontrolünü sağlayarak iyileşmeye yardımcı olur. Ayrıca yara yüzeyinden gaz ve su buharının atmosfere geçişine de izin verir. Kapatma hem dermisi hem de epidermisi etkiler, açık bırakılan yaraların kapatılmış yaralara kıyasla daha inflame olduğu ve daha fazla nekroz geliştiği gösterilmiştir. Kapatma ayrıca dermal kollagen sentezi ve epitelyal hücre migrasyonuna yardımcı olur ve doku ayrılmasını sınırlar.

Primer pansuman idrekt olarak yaraya uygulanır ve sıvı emilimini sağlayıp yara ayrılmasını, infeksiyonu ve sekonder pansumanın yapışmasını önler. Sekonder pansuman daha ileri koruma, absorbsiyon, kompresyon ve okluzyon için primer pansuman üzerine uygulanır. Yaranın, dolaşımı bozmayacak oranda basınçlı kapama altına alınması yara iyileşmesini olumlu etkilemektedir.

Absorbent (emici) pansumanlar

Yara sıvısının birikimi, maserasyon ve bakteriyel aşırı çoğalmaya neden olur. İdeal olan pansumanın kendisi emilmeden yara içeriğini emerek içine hapsetmesidir. Çoğunlukla bu tabakanın üzerine ikincil kapama uygulanarak muhtevanın dışarıya sızması engellenmelidir.

Nonadherent (yapışmayan) pansumanlar

Nonadherent pansumanların hazırlanmasında parafin, petrol jeli veya suda çözülebilir jel malzemeye emdirilmiştir. Ayrılmayı ve infeksiyonu önlemek için sekonder pansuman ile kapatılmalıdır.

Okluziv ve yarıokluziv pansumanlar

Temiz, minimal eksudatif yaralar için iyi bir çevre oluştururlar. Bu film örtüler mikropları geçirmezken su buharı ve oksijen için geçirgendir.

Hidrofilik ve hidrofobik pansumanlar

Hidrokolloid ve hidrojel örtüler "emici ve okluzyon" etkilerin birleşimini sağlar. Su ile kompleks yapılar oluşturur. Hidrojel yüksek su içeren bir cross-linked polimerdir, yara hidrasyonunu bozmadan yüksek buharlaşma oranlarının elde edilmesini sağlar ki bu özellik yanık tedavisi için özellikle çok önemlidir.

Alginatlar

Kahverengi alglerden elde edilirler ve mannuronik ve glukuronik asidi de içeren polisakkarid uzun zincirleri içerirler. Yara eksudası varlığında iyon exchange ile çözünmüş halde sodyum alginata dönüşür, polimerler jelleşir, şişer ve büyük miktarlarda sıvı absorbe eder. Alginatlar medium eksudasyonlu cilt kaybı olan açık cerrahi yaralarda ve tam kat kronik yaralarda kullanılır.

Absorbabl materyaller

Kollagen, jelatin, oksidize selluloz ve oksidize rejenere selluloz içerir ve yarada hemostat olarak kullanılırlar.

İlaçlı örtüler

Pansumanda emdirilmiş ajanlar benzoil peroksid, çinko oksid, neomisin ve basitrasin-çinko içerebilir. Bu ajanların epitelizasyonu %28'e kadar artırdığı gösterilmiştir.

Pansumanın tipi yara drenajı miktarına göre değişir; drenajı olmayan bir yara yarıokluziv bir örtü ile kapatılabilir, 1-2 ml/günden daha az drenajı olan bir yara için yarı okluziv veya absorbent nonadherent pansuman gerekebilir. Orta derecede (3-5 ml/gün) drenajı olan bir yara için ise nonadherent bir primer tabaka üzerine absorbent sekonder tabaka üzerine oklusiv pansuman uygun olabilir. İleri derecede (>5 ml/gün) drenajı olan yara ise yüksek oranda absorbent sekonder tabaka gerektirebilir.

Mekanik ürünler

Mekanik tedavi eksudayı absorbe eder, kötü kokuyu giderir, pansumanın fonksiyonlarını sağlayıp etkiyi artırır. Vakum yardımlı kapama sistemi, yara yüzeyi ve kenarlarına negatif basınç uygulayarak yara kapanmasına yardımcı olur. Bu negatif basınç yara ve kaviteye veya flep/grefte göre kesilmiş özel bir köpük- sünger üzerine uygulanır. Sürekli negatif basınç yaradan eksudayı uzaklaştırmakta oldukça etkilidir. Bu tedavi kronik açık yaralar (diabetik ayak yaraları, evre 3 ve 4 bası yaraları), akut ve travmatik yaralar, flep ve greftler ve subakut yaralarda etkili bulunmuştur.

Yara pansumanında yukarıda da belirtildiği üzere birçok seçenek vardır. Kullanılacak pansuman yöntemi yara iyileşmesini desteklemeli, hasta konforunu gözetmeli, ağrı ve kötü koku kontrolü sağlamalı, nonallerjik ve nonirritatif olmalı, hava geçirmeli, güvenli olmalı, değişim sırasında travma oluşturmamalı, kolay uygulanabilir olmalı ve düşük maliyetli olmalıdır.

Deri replasmanları

Konvansiyonel deri greftleri

Kısmi kalınlıktaki deri greftleri epidermisin tamamı ile dermisin bir kısmını içerirken tam kat deri greftleri dermis ve epidermisin tamamını içerir. Otogreftler hasta vücudunun uygun bir alanından alınıp yaraya uygulanırken allogreftler diğer canlı insan veya kadavralardan, heterogreftler ise insan dışı canlı türlerinden alınırlar. Kısmı kalınlıklı deri greftleri daha az kanlanma desteği gerektirir, tam kalınlıklı olanlar ise daha güçlü mekanik kuvvet ve yara kontraksiyonu sağlar.

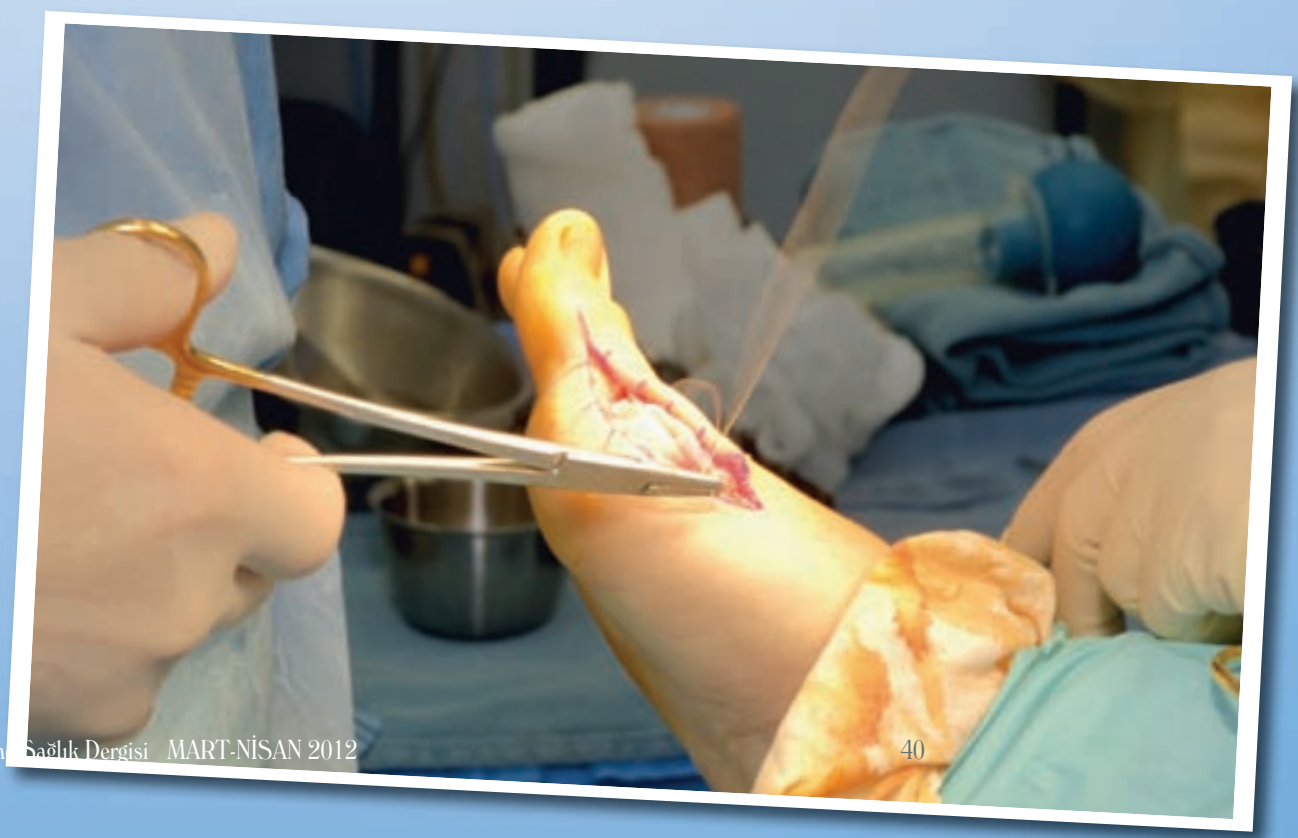
Öncelikle otogreftlerin yetersiz olduğu çok geniş yara alanları için önerilmektedir. Kullanıma hazır olmaları, ağrısız uygulanmaları, cerrahi girişim gerektirmemeleri avantajdır. Sitokin üretimini ve hücreleri uyararak büyüme hormonu lokal üretimini sağlayarak yara iyileşmesini desteklerler. Sınırlı kullanım süreleri, birden çok uygulama gerektirmeleri ve yüksek maliyetleri ise dezavantajlarıdır.

Üretilen allogenik keratinosit greftler, dermal replasmanlar ve çift katmalı deri eşdeğerlerinin birbirine bir takım avantaj ve dezavantajları vardır. Temel olarak aseluler komponentleri bir yapı iskelesi gibi davranıp hücre migrasyonu ve büyümesini uyarır ve doku rejenerasyonunu ve remodellingi aktive eder. Selluler komponent ise kayıp doku ve ilgili fonksiyonları giderir, ekstraselluler matriks komponentlerini sentezler,sitokin ve büyüme faktörü gibi esansiyel mediatörleri üretir ve proliferasyon ve migrasyonu uyarır.

Üretilmiş epitelyal otogreftler (CEA) hastanın kendi derisinden ekspande edilir, alttaki bağ doku büyümesi ile birlikte reepitelizasyonu uyarır. Bir pul kadar alandan elde edilen karetinositler fibroblastlar ve büyüme faktörleri ile kültüre edilerek çok geniş alanları kapatacak kadar büyük normal deri elde edilmesini sağlar. Bu epitelyal yapraklar yeterince genişleyinceye kadar yara okluziv pansuman yada geçici allo veya heterogreftlerle kapatılmalıdır.

Yara ve çevresinde büyüme hormonu yetersiz veya etkisizliğinin iyileşmeyen yaralara neden olduğu bilindiğinden bir veya birçok büyüme faktörünün uygulanmasının yara iyileşmesini ve reepitelizasyonu başlatacağını düşünülebilir. Bu konuda hayvan çalışmaları son hızla devam etse de klinik uygulama henüz çok kısıtlıdır. Klinikte otolog veya rekombinant büyüme faktörleri kullanılabilir. Otolog büyüme faktörleri hastanın kendi trombositlerinden elde edilir. Bu yöntem hasta spesifik faktörlerle tedaviyi sağlar.

Şu anda ABD'de platelet derive büyüme faktörü BB (PDGF-BB) diyabetik ayak ülseri tedavisinde kullanılmak üzere FDA onayı almıştır. İnsan rekombinant PDGF-Bbnin jel suspansiyon içinde yaraya uygulanması iyileşme insidansını artırmış ve iyileşme süresini kısaltmıştır. Birçok diğer büyüme faktörü klinik olarak denenmekte ancak hiçbirinden net bir sonuç elde edilememiştir. Bu konuda daha birçok çalışmaya ihtiyaç olduğu açıktır. Ülkemizde de yakınlarda epidermal büyüme faktörü içeren yara bakım ürünü piyasada bulunmaktadır. Tıbbın gelişmelerine paralel ülkemizde yapılan üretimlerle yara iyileşmesinde daha büyük kolaylıklar sağlanacağını düşünmekteyiz.



Numune Sağlık Dergisi

REKLAM ALANI

İlaçta reklam yasağı kapsamında bu sayfada yayınlanan reklamı internet ortamında yayınlayamıyoruz.

Söz konusu reklamı, dergimizin basılı nüshalarında bulabilirsiniz.

REKLAM ALANI
REKLAM ALANI
REKLAM ALANI
REKLAM ALANI
REKLAM ALANI
REKLAM ALANI

Uzm. Dr. Gamze SÜMEN
ANEAH Su Altı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp Uzmanı

Hiperbarik Oksijen Tedavisi ve Yara İyileşmesindeki Rolü

Yeryüzündeki canlıların temel yapı taşı hücre, hayati fonksiyonlarını devam ettirebilmek için başta oksijene ihtiyaç gösterir. Oksijen protein sentezi, hücre bölünmesi gibi enerji gerektiren süreçler, epitelizasyon ve bağ dokusunun güçlenebilmesi için de gereklidir. Oksijen eksikliğinde hücrede enerji açığa çıkaran biyokimyasal reaksiyonlar zincirinde aksamalar gelişerek, hücre ölümü, organ hasarı gelişebilir. Oksijenin dokuda yetersizliği yara iyileşmesini geciktirebildiği gibi uzuv kaybına ilerleyen sonuçlarla da karşılaşılabilir.

Hiperbarik oksijen tedavisi (HBOT) günümüzde modern tedavi yöntemlerinden biri olarak kabul görmüştür. Tıp tarihinde 1937'lİ yıllardan günümüze yayın sayıları ile 7000'li rakamlara ulaşmış olan bu medikal tedavi ile değişik endikasyonlarda hastalara etkin ve yerinde tedavi uygulanabilmektedir. 1960'lardan günümüze, uluslararası bilimsel komitelerce her yıl yeniden toplanarak hiperbarik oksijen tedavisinin gerek yara iyileşmesi gerekse diğer hastalıklarda kullanımı esasları, uygulamalar ve yeni gelişmeler belirlenmektedir.

Hiperbarik Oksijen Tedavisi (HBOT) tek kişilik veya çok kişilik basınç odalarında, 1 absolut atmosferden (1 ATA = 1 bar = 760 mmHg) daha yüksek basınçlarda, aralıklı ya da devamlı olarak sıklıkla maskeyle %100 Oksijen solutulması esasına dayanan tıbbi bir tedavidir. İlaçlarla tedavi planlamalarında da olduğu gibi, HBOT'de tedavi süresi ve tedavi protokollerindeki ortam basıncı hastalıklara göre değişebilir. Normal koşullarda 1 ATA'lık (760 mmHg) atmosfer basıncında hava solunduğunda 100 ml kandan dokularda kullanılan oksijen miktarı 6 ml'dir. Bu değer hiperbarik ortamlarda 3 ATA'da % 100 oksijen solunduğunda sadece plazmada çözünen oksijen miktarına yakındır. Böylelikle plazmada çözünen oksijende doğrudan hücreye kullanılmak üzere sağlanabilecektir.

Hiperbarik oksijen tedavisinin sağladığı faydalar tedavide farklı etkilerinden sağlanır. Basıncın doğrudan etkisiyle dolaşım sisteminde istenmeyen hava kabarcıklarının küçülüp, çökmesine yol açarken doku perfüzyonun tekrar sağlanmasına yardımcı olunur. Plazmada çözünmüş oksijen miktarı artarken hem oksijen ihtiyacı giderilir (antihipoksik etki), hem dokulardaki ödemi (antiödem etki) geriletir. Yaralarda tamir süreçleri içinde kritik moleküler oksijen ihtiyacının artması, lokal dolaşım yetersizliği, iskemi, enfeksiyon, yetersiz doku iyileşmesine yol açabilir. Karmaşık hale gelen yaradaki iyileşme doku oksijeninin arttırılması ve sağlıklı düzeylere yükseltilmesi ile yarada tamir süreci hızlanır. Bunu da hiperbarik oksijen tedavisi ile sağlayabiliriz. Dokulardaki parsiyel oksijen basıncının 1000-1200 mmHg değerine kadar çıkabildiği Hiperbarik oksijen tedavisinde, ilaç olarak düşünüldüğünde etkisi dozu ve kullanım süresi ile artar. Yüksek oksijen basıncının etkisiyle hipoksik ortamda bozulan lökosit ve makrofaj fonksiyonları geri kazandırılır. İlave olarak, antiödem, antitoksik, kollajen sentezi, neovaskülarizasyon, fibroblast ve osteoklastik aktiviteyi arttırıcı etkileri ile de hiperbarik oksijen tedavisi yara ve kemik iyileşmesini hızlandırarak infeksiyonla mücadeleye katkıda bulunur.

Hiperbarik oksijen tedavisi için hastane ve kliniklerde kullanılan basınç odaları, tek kişilik ve çok kişilik olmak üzere tasarlanmıştır. Basınç odaları, dalgıçlara basınç testi uygulamaları, dalgıç eğitimi, dalış simülasyonları, sualtı çalışmaları sırasında yüzey dekompresyonu, dekompresyon hastalığı ve gaz embolisi tedavisi için kullanılmaktadır. İlave olarak CO-siyanid zehirlenmesi, duman inhalasyonu, gazlı gangren, yumuşak dokunun nekrotizan infeksiyonları, crush yaralanması, kompartman sendromu, akut travmatik periferik iskemiler, yara iyileşmesinin geciktiği durumlar (diyabetik-diyabet dışı), kronik refrakter osteomyelit, radyonekroz (kemik, barsaklar, yumuşak doku), riskli deri greft ve flepleri, beyin apsesi, anoksik ansefalopati, ani işitme kaybı, ani görme kaybı, kafa kemikleri sternum ve vertebraların akut osteomyelitleri gibi hastalıklar da tedaviye alınmaktadır. Aseptik kemik nekrozu, vaskülitlere bağlı iyileşmeyen yaralar, purpura fulminans, mukormükozis gibi bazı hastalıklarda da araştırmalar kapsamında HBOT uygulanabilmektedir. HBOT' nin yaygın uygulandığı diyabetik ayak ülserlerinde iyileşmeyi geciktiren başlıca faktörler infeksiyon ve doku hipoksisidir. Hipoksiyi gideren doku oksijenizasyonunda artışın sağladığı faydalarla yara iyileşmesi süreci hızlanır. HBOT 1980'li yıllardan beri diyabetik ayakta iyileşmeyen yaralardan ampütasyonlara bağlı uzuv kaybı riskini azaltan, multidisipliner tedavi yaklaşımına destek olarak uygulanmaktadır.

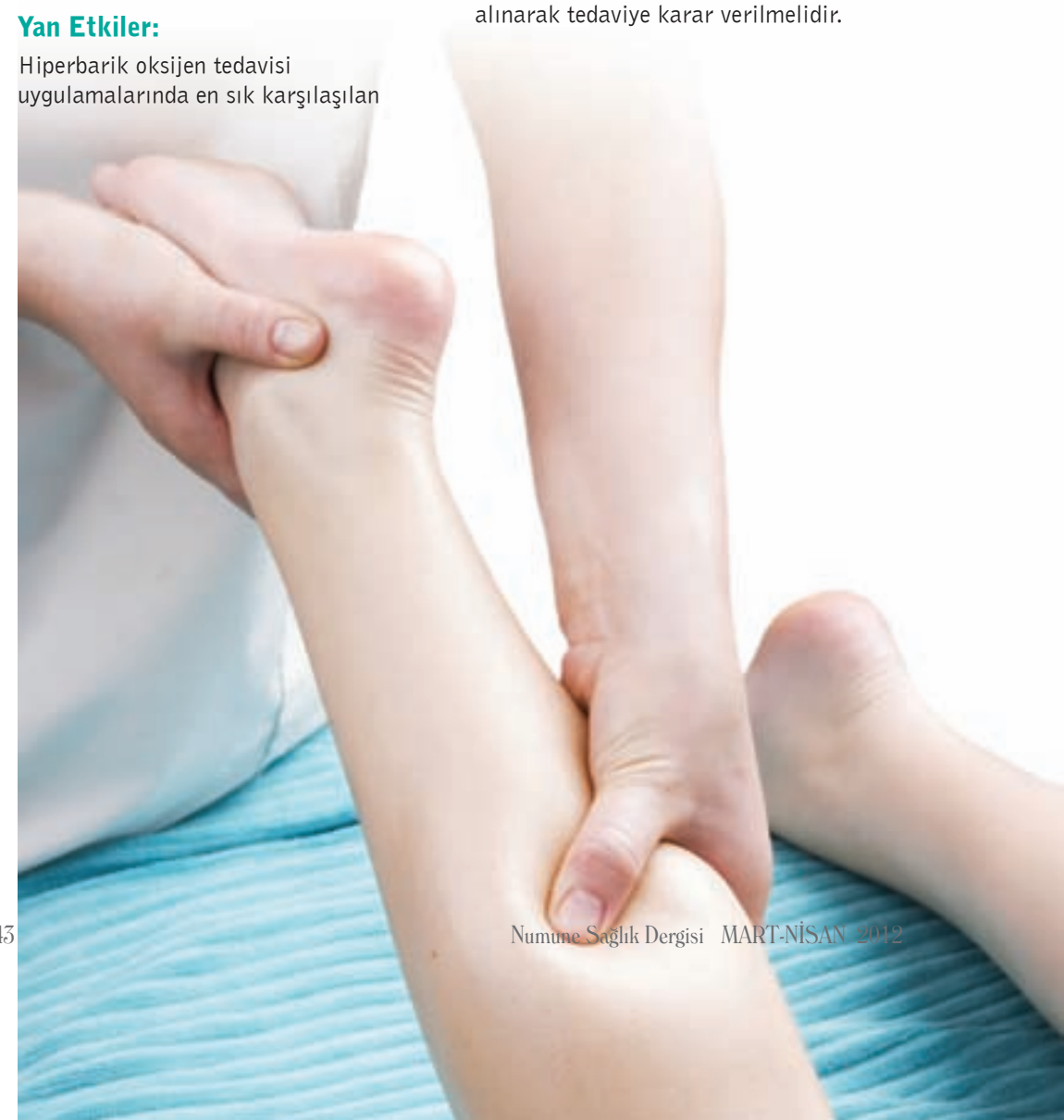
Ülkemizdeki uygulamalara değinecek olursak, HBO tedavisi, ilk olarak donanmada dekompresyon hastalığı tedavisinde kullanılmasıyla başlamıştır. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp Anabilim Dallarında, bu uzmanlık alanında eğitim verilip, uzmanlar yetiştirilmektedir. Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesinde yakın bir zamandır hizmet veren hiperbarik oksijen tedavi uygulamaları dünyadaki benzer tedavi merkezlerinin kalite standartlarına ulaşmayı hedeflemektedir.

Yan Etkiler:

Hiperbarik oksijen tedavisi uygulamalarında en sık karşılaşılan istenmeyen etki, ortakulak barotravmasıdır. Orta kulak basınç eşitlemesi ile ilgili uygulamaların doğru yapılması ile önlenebilmektedir. Sinüs sıkışıklığı, oksijenin kontrolsüz tedavi dozlarında uygulanması ile santral sinir sistemi ve akciğerlerde toksisite seyrek de olsa rastlanabilmektedir. Tedavide hiperbarik oksijenin uygulanmasında dünyada kabul gören tedavi protokollerine (2 – 2.4 ATA basınçta) uyulduğunda akciğer toksisitesi semptomları görülmezken sinir sistemine bağlı epilepsi benzeri kasılma nöbetleri sıklığı ise çok düşüktür (1.3/10.000 olguda).

Kontrendikasyonlar:

Göğüs tüpü yerleştirilerek tedavi edilmemiş pnömotoraks (akciğer sönmesi) olması kesin uygulanamayacak hasta grubundandır. Bunun dışında ağır kalp hastalığı ve ritim problemi, kronik tıkayıcı akciğer hastalığı dikkat edilmesi gereken durumlardır. Yüksek ateş, üst solunum yolu enfeksiyonu, amfizem, epilepsi, geçirilmiş göğüs kafesi ile ilgili ameliyatlar, gebelik vs. ise riskler taşıyabildiğinden, uygulanabilirliği konusunda sualtı hekimi ve hiperbarik tıp uzmanından mutlak uzman görüşü alınarak tedaviye karar verilmelidir.



Prof. Dr. Mustafa DEVECİ
ANEAH Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Uzmanı

Yapay Deri ve Dermis Kullanımı

Vücutta deri kaybıyla sonuçlanan yaralanmaların tedavisinde araştırmalar üç ana yönde ilerlemektedir. Bunlar (1) yara iyileşmesinin hızlandıran ve skar oluşumunu azaltan ajanların kullanımı (2) otogreftlerin fonksiyonel alternatifi olarak kullanılan deri eşdeğerlerinin geliştirilmesi ve (3) deride skarlaşmadan çok rejenerasyonu sağlayacak ipuçlarının yakalanması olarak özetlenebilir.

Vücudun en büyük organı olan deri temel olarak üç ayrı tabakadan oluşmuştur. Bunlardan ilki olan epidermisdeki hücreler sürekli proliferasyon, maturasyon ve ölü hücrelerin eliminasyonu siklusunu yaşar. Bazal membran belirli kalınlıkta ve dinamik bir yapıdır. Dermal matriks ise temel olarak kollajen bir iskelet içinde elastik ve retiküler lifler ve farklı glikozaminoglikanlar içermektedir. Dermiste çok sayıda damarsal yapılar, sinirler, ter ve yağ bezleri ile kıl follikülleri yer alır. Böyle karmaşık ve fonksiyonel bir organın sentetik olarak replasmanı da özel güçlükler arzeder.

Anında ve kalıcı yara kapaması için geliştirilen seçeneklere şimdiye kadar milyonlarca dolar harcanmıştır. Bu çalışmaların temelini pansuman malzemeleri için yapılan araştırmalar oluşturmuştur. İdeal bir deri eşdeğeri için en önemli kriter bir otogreftten beklenen fonksiyonel ve yapısal benzerliktir. Anında ve kalıcı yara kapaması amacıyla kullanılan ürünler üç ana grupta irdelenmektedir. Klas I ürünler sadece kültüre epidermal eşdeğerleri içerir. Klas II deri eşdeğerleri derinin işlenmesi ya da sentetik olarak üretilmesi ile elde edilen kollajen ve diğer matriks proteinlerinin yer aldığı dermal komponentlerden oluşmuştur. Klas III deri eşdeğerleri ise birbirinden tamamen ayrı dermal ve epidermal bileşenleri içerir ve komposit deri olarak adlandırılabilir (Tablo – 1).

EpiCel (Genzyme Tissue Repair):

Ticari anlamda epidermal otogreftler 1988 yılından beri piyasada bulunmaktadır. Hastadan elde edilen deri örneği birkaç hafta içinde kültüre edilerek kullanıma uygun hale getirilmektedir. Ancak otolog epidermal tabakalar istenen sonuçları vermekten uzaktır. Stabil bir epidermal örtü sağlamakla birlikte yeterli dermal destek bulunmadığı nedenle fizik travmalara dayanıksız ve bül gelişimine yatkındır.

Aşağıda klinik kullanım için bazı ürünler sıralanmıştır.

Laserskin (FIDIS Advanced Biopolymer):

Temel olarak bir keratinosit taşıyıcı sistemi olan bu ürün yarı sentetik hyaluronik asit tabakasında laserle açılan deliklere ekilen keratinositler içermektedir. Ancak burada da dermal destek bulunmadığından bilinen dezavantajlara sahiptir.

Alloderm (Life Cell Co):

Kadavra kaynaklı acellüler insan dermal dokusunun bilinen yöntemlerle dondurulmuş ve kurutulmuş halidir. Bu şekliyle önemli yapı taşları korunmuş (kollagen, elastin ve proteoglikanlar) olur. İki yıla kadar raf ömrü vardır. Tam kalınlıkta deri kaybı bulunan alanlara uygulandığında çabucak

Sınıf I		
Epidermal eşdeğer		
Marka	Dermis	Epidermis
EpiCel	Yok	KOK
Laserskin	HA	Yok
Sınıf II		
Dermal eşdeğer (kollajen ve diğer matriks proteinleri)		
Alloderm	Asellüler Dermal Matriks	Yok
Trancyte	İnsan dermal dokusu	Sentetik
Integra	Kollajen-GAG (Kondroitin-6-sülfat)	Silikon
Dermagraft	PGA/PLA + Fibroblast	Yok
SkinTemp, Medifil, Kollajen	Sığır Kollajeni	Yok
Sınıf III		
Dermal ve epidermal komponentleri bulunan kompozit deri eşdeğeri		
Apligraf (Graftskin)	Kollajen Jel + Allojenik Fibroblast	KAK
OrCell (Oasis)	Kollajen Jel + Allojenik Fibroblast	KAK

KOK : Kültüre Otojen Keratinosit
KAK : Kültüre Allojen Keratinosit

revaskülarize olur ve hastanın kendi hücreleri tarafından istila edilir. Temel olarak normal dermis şekillenmesinde biyolojik bir matriks olarak görev yapar. Yapısındaki vasküler yapılar revaskülarizasyona yön verir. Korunmuş proteoglikanlar ve proteinler revaskülarizasyon ve hücre istilasını başlatır. Klinik uygulamada 45. günde transplant alıcı kaynaklı kollajen depolanması ile daha normal dokuya benzer. 90. günde ise AlloDerm hastanın kendi hücreleri ile tamamen istila edilmiş ve entegre olmuştur.

TranCyte (Advanced Tissue Sci.):

İnsan fibroblast kaynaklı dermis ve üzerinde sentetik epidermal eşdeğerden oluşur. Tamamen geçiçi kapama sağlar. Naylon bir meş üzerinde polimer membran ve yenidoğan fibroblast hücreleri içerir. Hücre büyümesi öncesi naylon meş domuz dermal kollajeni ve buna bağlı polimer membran (silikon) ile kaplanır. Fibroblastlar prolifere olurken insan dermal kollajeni salgılar ancak dondurmayı takiben hücresel aktivite kaybolur. FDA tarafından onaylıdır.

Integra (Life Sciences Co.):

Dermal Regeneration Template olarak isimlendirilen bu ürün iki tabakalı sistem bir eşdeğer olup dış tabaka epidermisi taklit eden ince silikon filmdir. Bu yarayı ısı ve sıvı kaybı ile infeksiyondan korur. İç tabaka ise dermal yapının oluşması için uygun bir matriks (sığır kollajeni ve köpekbalığı glikozaminoglikanları) tir. Klinikte uygulamadan sonra dermis oluşumunu takiben (14 – 21 gün) silikon tabaka ince bir otogreft ile değiştirilir. FDA onaylıdır.

Dermagraft (Advanced Tissue Sci.):

Dondurulmuş insan fibroblast kaynaklı dermal doku Fibroblast yanında ekstrasellüler matriks ve bioabsorbable iskelet içerir. Fibroblastlar insan yenidoğan kaynaklıdır. Üretim sırasında fibroblastlar bioabsorbable poliglaktin meş üzerine ekilir. Bu fibroblastlar bir yandan prolifere olurken bir yandan da dermal kollajen, matriks proteinleri, büyüme faktörleri ve sitokin salgılar. Böylece 3 boyutlu dermal yapı metabolik açıdan aktif, canlı hücreler içerir. Klinik uygulamada pansuman 3 günde bir değiştirilir. Son olarak epidermal bileşen amacıyla Biobrane membran ile kombine edilmiştir (Dermatograft–TC).

Apligraf (Graft Skin) (Organogenesis) ve OrCell (Oasis):

Hem dermal hem de epidermal komponenti olan tek üründür. İki tabakalı canlı deri eşdeğeri olarak kabul edilmektedir. Epidermal tabakada stratum korneum benzeri canlı keratinositler yer alır. Dermal tabaka ise Tip-I kollajen yapı içinde dermal fibroblastlardan oluşmuştur. Kollajen jel içinde dağılmış fibroblastlar ve üzerinde epidermal hücreler yer alır. Üründe kullanılan keratinositler ve fibroblastlar insan yenidoğan hücreleridir. 0.5 – 0.75 mm kalınlıkta olan ürün klinikte otogreftlerle benzer şekilde uygulanmaktadır.

Doç. Dr. Dilek KESKİN
ANEAH Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Uzmanı

Bası Yaraları

Dokuların uzun süreli basınç altında kalmasına bağlı olarak gelişen ve daha çok vücudun kemik çıkıntılarının üzerinde gözlenen doku kayıpları, bası yarası olarak isimlendirilir. Bası yaraları, uzun ya da kısa sürelerle yatağa bağımlı kalan hastalar da ortaya çıkabilen önemli sorunlardan birisidir.

Aslında basit önlemlerle önlenmesi mümkün olan bası yaraları, oluştuktan sonra hastaların yaşam süresini ve kalitesini kötü yönde etkiler. Bası yaraları geliştikten sonra tedavisi de güçtür. Fizik tedavi, plastik cerrahi, dahiliye uzmanları, fizyoterapist, diyetisyenlerden oluşan bir ekiple multidisipliner bir yaklaşımla tedavi planlanmalıdır.

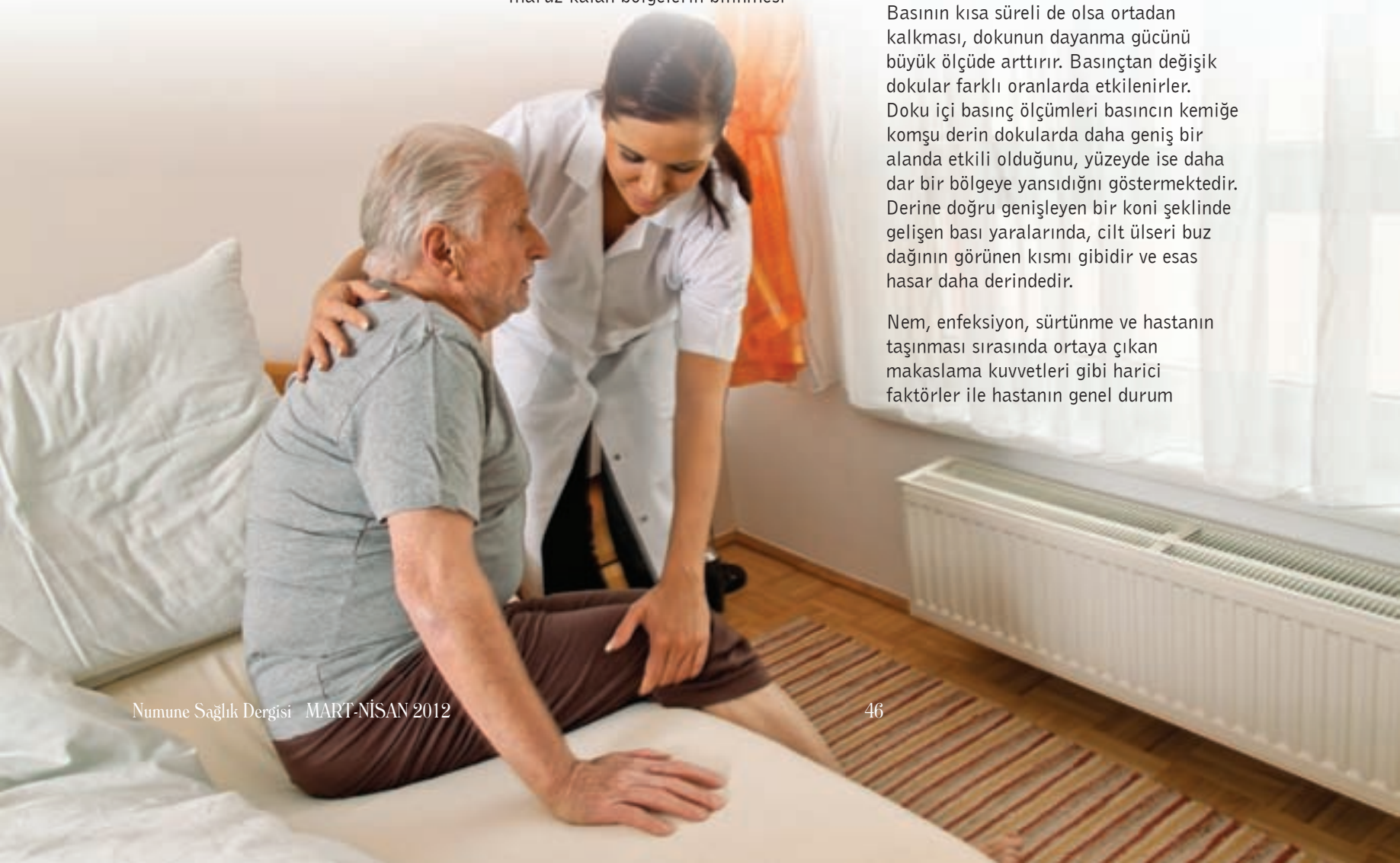
Bası yaraları kronik hastaların bir sorunu gibi görünse de, ülserlerin başlangıcı genellikle hastalıkların akut dönemine rastlar. Ülserlerin %63'ünün hasta henüz hastanede yatmakta iken gelişmektedir.

Etyoloji

Bası yaralarının gelişmesindeki en önemli etken basınçtır. Yumuşak dokuların basınç altında kalarak sıkışmaları bu bölgelerde dolaşımın bozulmasına neden olur ve basınç engellenmezse dokuda yaralar (ülser) gelişir. Felçli özellikle bilinci kapalı olanlar, his kusuru ve motor kayıbı bulunan hastalar özellikle risk altındadır. Uzun süre yatağa bağımlı hastalarda basınca maruz kalan bölgelerin bilinmesi risklerin önlenmesi açısından gereklidir. Örneğin sırt üstü yatan hastalarda sakrum (kuyruk sokumu) ve topuklar en duyarlı bölgelerdir. Yatağın baş kısmı kaldırıldığında sakrum yüksek risk altındadır bu nedenle başın 45 dereceden daha az eğimle tutulmalıdır. Baldırların da bir yastık yardımıyla yükseltilmesi topuklar üzerindeki basıncın azaltılmasına yardımcıdır. Hastalar iki saate bir her pozisyonlama sırasında ciltteki kızarıklıklar için takip edilmeli ve bu bölgelerin basınca maruz kalmamasına özen gösterilmelidir.

Uzun süreli düşük şiddette basıya maruz kalma ya da kısa süreli yüksek şiddette bası benzer doku hasarına yol açabilir. Basının kısa süreli de olsa ortadan kalkması, dokunun dayanma gücünü büyük ölçüde arttırır. Basınçtan değişik dokular farklı oranlarda etkilenirler. Doku içi basınç ölçümleri basıncın kemiğe komşu derin dokularda daha geniş bir alanda etkili olduğunu, yüzeyde ise daha dar bir bölgeye yansıdığını göstermektedir. Derine doğru genişleyen bir koni şeklinde gelişen bası yaralarında, cilt ülseri buz dağının görünen kısmı gibidir ve esas hasar daha derindedir.

Nem, enfeksiyon, sürtünme ve hastanın taşınması sırasında ortaya çıkan makaslama kuvvetleri gibi harici faktörler ile hastanın genel durum

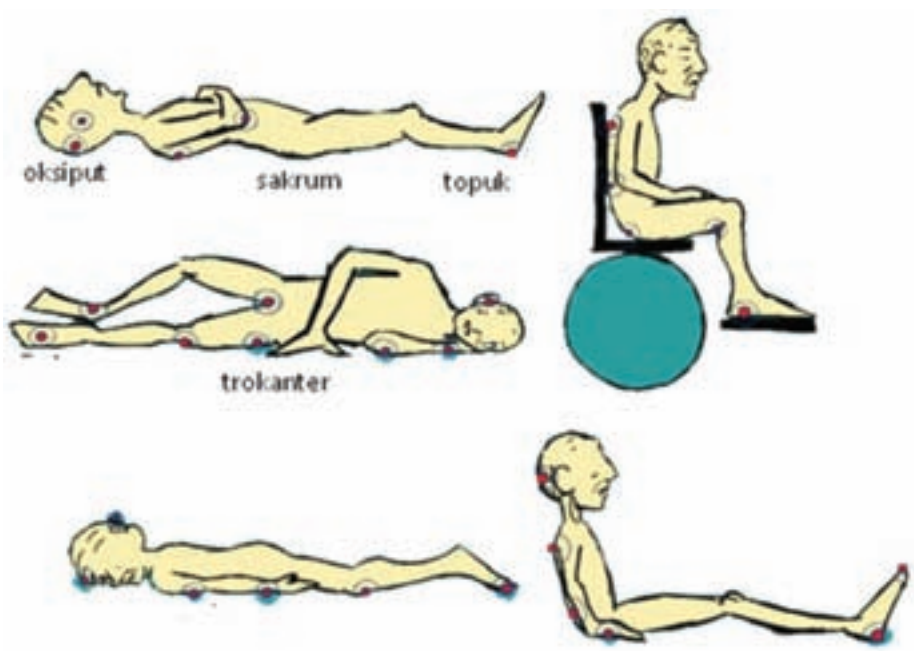


bozukluğu, malnutrisyon, ileri yaş, diyabet ve ödem gibi faktörler de dokunun dayanıklılığını azaltarak bası yaralarının gelişmesini kolaylaştırır.

Klinik

Bası yaralarının açılabileceği yerleri önceden bilmek, korunma açısından önem taşır.

Bası yaralarının önlenebilmesi için düzenli cilt bakımı, vücudun uygun pozisyonlanması ve iyi planlanmış zaman aralıkları ile çevrilmesi içeren kapsamlı bir bakım programı uygulanmalıdır. Hastanın başlangıçta 2 saat aralıklarla sırtüstü, yan ve durumu elverişli ise yüzüstü çevrilmesi gerekir. Hastada cilt toleransı geliştikçe çevirmeler arasındaki zaman aralığı 30 dakikalık sürelerle arttırılabilir. Hastalar nazik hareketlerle yuvarlanarak veya kaldırılarak ve hiçbir zaman çekilmeden pozsiyonlanmalıdır. Kemik çıkıntılar (dizler, ayak bilekleri) ile direk teması önlemek için yastıklar, köpük destekler gibi pozisyonlama gereçleri kullanılmalıdır. Bası yaraları basıya uğrayan her yerde gelişebilmekle birlikte, en sık sakrum (kuyruk sokumu), topuklar ve trokanterlerdir (kalça) (Bakınız Şekil 1).



Tedavi

Basının etkisinin giderilmesine yönelik çabalar hastanın kliniğe kabul edilmesi ile başlar ve ömür boyu sürer. Yatan hastaların pozisyonu 2 saatte bir değiştirilmeli, tekerlekli sandalye kullanan hastalara her yarım saat de bir kollarından güç alarak kendilerini yukarı çekmeleri ve böylelikle bu bölgede kan dolaşımına izin vermeleri öğretilmelidir. Uygun pozisyon verme tekniklerinin yanı sıra, basıncı ve sürtünmeyi azaltmak için destek yüzeyleri kullanılmalıdır. Bilinci kapalı hastalarda bası yarası takibi dikkatli ve özenle yapılmalı, pozisyonlama sırasında kan dolaşımının arttırılması amacıyla tüm eklemlere eklem hareket açıklığı egzersizleri hasta yakınları tarafında yaptırılmalıdır.

Düzenli yara bakımı, basının ortadan kaldırılması ve beslenme durumunun düzeltilmesi ile çoğu yüzeyel ülserler kısa sürede iyileşebilirler. Derin yaralarda ise ancak çok uzun süreli pansumanla kapanma sağlanabilir.

Derya ÇOBAN
ANEAH Podolog PODOLOJİ DERNEĞİ BAŞKANI

Podoloji ve Türkiye'de Mevcut Durum

(Podos = ayak, logy = bilim)
Ayaktaki değişimler ve bunların tedavisi eski çağlara dayanır. Papyrus Eber M.Ö 1500 yılında nasırı araştırmış ve bu hastalığa karşı bir bant hazırlamış. Hipokrat zamanında da (460-377) ayak problemlerinin tedavisiyle ilgilenmiştir.

Avrupada 12.Yüzyılın sonlarına doğru Bader isminde bir meslek ortaya çıkmıştır. Bu meslek tıraş ve basit cerrahi uygulamaları içeriyordu. Ana uğraşı alanı nasır ve siğilleri kapsıyordu. Baderler genel şifa konusunda tıbbi önceliklere bağlı olmak zorunda olmayan kişiler olarak bilinirlerdi. Orta çağda akademisyen olan tıpçılar, eczacı ve zanaatçılarla birleşirken, cerrahlar ayrı bir birlik olan cerrahlar birliğini kurdular ve bu birliğe Baderlerde alındı. Bunun sayesinde Baderler basit cerrahi müdahalelerde bulunabiliyor diş çekip hacamat yapabiliyor, nasır ve siğil alabiliyorlardı.

Ülkemizdeki gelişim ise çok yenidir. 2008 yılında kurulmuş olan Podoloji Derneğinin gerekli kurum ve kuruluşlara yapmış olduğu yazılı ve sözlü müracaatları neticesinde 06.04.2011 tarihli 6225 sayılı kanunla podolog meslek tanımı yapılmıştır.

Podolog: meslek yüksekokullarının podoloji programından mezun; bireylerin ayak sağlığının korunması ve bakımına yönelik hizmet veren ve ilgili uzman tabibin teşhisine ve tedavi için yönlendirmesine bağlı olarak hastaların ayak tedavisini yapan sağlık teknikeridir. Tanımı yapılmıştır.

Ülkemizde bugüne kadar bu alanda eğitim verilmediği için az sayıdaki podolog yurtdışından aldıkları eğitimlerle ülkemize hizmet vermektedirler.

PODOLOG-Tıbbi ayak bakımcısının işi

Podolog (Tıbbi ayak bakımcı) mesleği hekimliğe ait olmayan tedavi edici ve bağımsız çalışan mesleklerdendir. Doktorun müdahale alanını destekleyici ve tamamlayıcı yönde çalışmaktadır. Podoloğun çalışma alanı ayağın dermatolojik ve ortopedik alanındadır.

Muayenehanesinde tedavisiyi tamamlayıcı olan protez ortez teknikerleri, fizyoterapist veya teknikeriyle beraber çalışabilir. Podoloğun işi, ağrılı ayağı da tedavi etmektir. Bu sadece deri ve tırnak

alanındaki ağrılar, örneğin clavis tedavisi ile değil ayağın duruş bozukluklarını da içermektedir. Aşırı esnemiş bağlar ayağın sabit durmasını engeller ve kasların kısalmasına, yanlış basınca ve eklemin deformasyonuna sebep olur. Ayakta oluşan bu yanlış basınç eklemde yürümeyi çok ağrılı hale getirebilir, dolayısıyla eklemlerde ve ayakta oluşabilecek yanlış basınç düzeltilmelidir. Bunu, örneğin ortoplastikler ve ortoslarla yapabilmeli (Özel silikon malzemelerin karışımıyla yapılan parmak yastıkları veya probleme yönelik hazır malzemeden ayak destek apereylerinin uygulanması). Bu uygulamalarla podoloğun tedavi etmesi gereken deri değişiklikleri azaltılabilir hatta yok edilebilir. Hastanın tedavisi için podoloğun elinde manüel, alet edevat, ilaç ve fiziksel tedavi yöntemleri vardır.

Tıbbi ayak bakımcının çalışma alanı üçe ayrılabilir:

a) Sağlıklı ayağın sağlıklı kalması için gerekli olan uygulamalar;

Çoğu ayak rahatsızlıkları sonradan edinilir, dolayısıyla ayağı sağlıklı tutmanın önemi büyüktür. Ayağın sağlıklı olması birçok etkene bağlıdır. Eklemlerin tamamen oynak olması bunlardan biridir. Sürtünmeler sonucunda şişmeler (callositas) ve nasırlar (clavi) oluşur. Sürtünme, bilhassa ikincil hasarların (kasların veya bağların kısalma veya uzamasıyla oluşan hasarlar; pençe ve çekiç parmaklar veya parmakların yamuk duruşu) olduğu bölgelerde yaralayıcı olabilir.

b) Ayak rahatsızlıklarını önleyici uygulamalar;

Ayağın biyomekaniğini iyi bilinmesi, ayağın hasarların kaldırılmasında gereklidir. Ayak probleminin çözümü için bazen yakın meslek gurupların da müdahalesi gerekmektedir örneğin fizyoterapist, protez ortez teknikeri ve elbette uzman hekim.

Jimnastik, ayak banyoları ve masajlar birçok durumda yardımcı olabilir.

c) Özel tedavi metotlarıyla hastalanmış ayakları tedavi edip rahatlamasını sağlamak;

Manüel ve makineli tedavi (dönerli aletlerle) yapılan tedavilerdir. Tedavide ilaçlar da kullanılabilir. Ayrıca ayak tedavisi için fiziksel tedavi de gerekebilir.

Ayak rahatsızlıklarının temelinde ayaktaki şekil bozuklukları yatar. Dönmüş tırnaklarda ise şekil düzeltici teller ve/veya alternatif teknikler uygulanır. Özellikle yüksek riskli hasta gruplarında tırnağın ete batan kısmının uzaklaştırılmasıyla enfeksiyon riski azaltılmakta enfeksiyon oluşmuşsa dokuda hızlı bir iyileşme sağlanmaktadır

Terapist olarak podoloğa duyulan ihtiyaç

Yürüyemeyen bir insan çoğu zaman izole bir hayat yaşar ve kendini dış dünyaya kapatır. Bu bilhassa yaşlı ve bakıma muhtaç olan insanlar için geçerlidir.

Podologun sorumluluğu ayaktaki herhangi bir hasarı ortadan kaldırmaktadır. Sıklıkla ayak bakımının riskli olduğu hastalarla temastadır örneğin; diyabetis mellitus, angiopathi, polyneuropathi, alerjik bünyeler ve kanser hastaları. Bunun dışında bir de romatizma eklem rahatsızlıklı hastalarla muhatap olacak ki bunların eklem duruş bozuklukları aşırı derece ayakta hasar bırakan türdendir.

Örneğin, kişi nasır ağrısını hafifletmek için farklı bir basış şekli geliştirmiş ve önce diz eklemini sonra bel eklemini yormuştur. Nasır tedavisi yapılan kişi aynı zamanda uygun ayak ortezi için yönlendirilip eklem ağrılarını geçmesi sağlanabilir.

Podolog'un Diyabetik Ayaktaki Görevi

Çok yaygın bir hastalık olan diyabetin en büyük sorunu iyileşebilir olmaması, sıkı kontrol gerektirmesi

ve hastaların çoğunun var olan semptomlarını görmezlikten gelmesidir. Anamnez, hastalığın hikayesini veya ortaya çıkmasının sebeplerini ortaya koymak için gereklidir. Tedavi esnasına risk oluşturacak durumlar ancak bu ön sorguda öğrenilebilir. Podoloğun sınırlarını aşacak bir hastalık söz konusuysa hastayı ilgili uzmana yönlendirir. Bakarak muayenede ayaklarda gözle görülür sorunları (yürüyüş tarzı, duruş, deri ve tırnak değişiklikleri) tespit edilir. Elle yapılan muayenede el önce hasta ayağın bir bölgesini sonra da sağlıklı ayağın aynı bölgesini tarar. Bölgede kıyasla ısı veya şişlik varsa bu sıklıkla bir enfeksiyona işarettir. Ayak nabzı alınır.

Diyabetli bir hastanın sağlıklı bir yaşam sürdürebilmesi doğru zamanda teşhis gerekli ve doğru ayak tedavilerin uygulanması önemlidir. Risk grubuna dahil olan diyabetik hastalarda ayak muayenesi yılda bir kez uygulanır.

Ayak lezyonları Wagner 3-4 olan diyabet hastalarının ayak bakımları, deneyimli merkezler tarafından yapılmalıdır. Merkezde cerrah, endokrinolog, radyolog, podolog, dermatolog arası ortak çalışma gerekir. Diyabetik ayaklarda tutarlı bir şekilde basıncın hafifletilmesi, enfeksiyonla mücadele, batan cismin uzaklaştırılması en önemli tedavi prensibidir. Riskli hastalara basınç hafifletici özel ortozlarla destek verilir.

Diyabet hastalığını, diyabetik ayak hastalığından ayırmaktır gereklidir. Temel olarak her diyabet hastasının ayağında ayak deformasyonu olması gerekmez. Diyabet hastalarının tedavisindeki podolojik tedavinin temelini hastayı bilgilendirme ve tavsiyeler oluşturur. Hastayı hastalığının olası sonuçları hakkında aydınlatmak ve düzenli olarak ayak sağlığının korunması için tedbirler almak bir podoloğun asli görevlerindendir.

Diyabet Sağlık Pasaportu

1989 St.vincent bildirgesi avrupadaki insanlar için diyabetes mellitusun sebep olduğu hastalıklarla beş yıllık mücadele şekli formüle etmiştir. Bunun sonucunda diyabet sağlık pasaportu ortaya çıkmıştır ve bu diyabetes mellitusu olan bütün insanların hizmetine sunulmuştur. Diyabet sağlık pasaportu diyabetin tedavisiyle ilgili diğer meslek gruplarıyla işbirliği yapmanın en önemli aracıdır. Hasta ve doktor, yıllık bireysel tedavi formülü oluşturur. Yılın her çeyreğinde tedavinin başarısı, gidişatı ve uygulanan tedavinin etkisi değerlendirilir. Diyabetik ayak sendromu olan hastalar, diyabet sağlık pasaportu gereğince podoloji muayenehanesine belirli aralıklarla yönlendirilir. Diyabetik ayak sendromu diyabetes mellitusun sık görülen komplikasyonlarından biridir ve hastalıktan korunmada doktorun, podoloğun, düzenli ayak bakımı ve kontrolünün önemli bir rolü vardır.

Diyabet sağlık pasaportu uygulamasının ülkemizde olması için Podoloji Derneği alt yapısını oluşturmaya başlamıştır. Dernek, görev tanımları içerisinde yer alan önleyici yaklaşımlar sayesinde, diyabetli hastalar için hayatı sağlıklı, tehlikesiz ve yaşanabilir hale getirmek .

Numune Sağlık Dergisi

REKLAM ALANI

İlaçta reklam yasağı kapsamında bu sayfada yayınlanan reklamı internet ortamında yayınlayamıyoruz.

Söz konusu reklamı, dergimizin basılı nüshalarında bulabilirsiniz.

REKLAM ALANI
REKLAM ALANI
REKLAM ALANI
REKLAM ALANI
REKLAM ALANI
REKLAM ALANI

Prof.Dr. İlhan TARKUN
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Endokrinoloji ve Metabolizma Bilim Dalı

Podoloji ve Ülkemizde Podolog Eğitimi

Ülkemizde erişkin dönemde diyabet sıklığı giderek artmakta ve yakın zamanda yapılan ulusal ölçekli bir çalışmaya göre erişkin yaştaki bireylerin % 13,7'sinde diyabet olduğu bildirilmektedir. Diyabet sıklığının artmasına paralel olarak diyabete bağlı mikro ve makro vasküler komplikasyonlar da artmakta, bu durum hem bireyler hem de ülke ekonomisi için önemli yüklere neden olmaktadır. Diyabetik ayak diyabetin mortalite, morbidite ve maliyeti en yüksek komplikasyonudur, ayrıca diyabet seyrinde görülen en karmaşık sorunlardan birisidir. Diyabetik ayak oluşumundaki birden fazla nedenden ilki diyabet sürecinde oluşan nöropatidir, duyusal nöropati nedeniyle ayağın pozisyon farkındalığı kaybolur. Ayrıca oluşan motor nöropati nedeniyle meydana gelen kas zayıflıkları ayağın normal pozisyonunu kaybetmesine yol açar. Otonomik nöropati nedeniyle ayakta terleme azalır, cilt kurur, deride çatlaklar oluşur. Diyabetik ayak oluşumunda diğer bir neden ise periferik arter hastalığıdır. Diyabetik hastaların pek çoğunda ayağın kanlanması bozulmuştur. Tüm bu nedenlere kötü glisemik kontrol nedeniyle oluşan enfeksiyonlara yatkınlık da eklenince diyabetik ayak oluşumu kaçınılmaz olmaktadır. Çalışmalar diyabetiklerin yaklaşık % 65'inin hayatlarının bir döneminde diyabet ile ilgili ayak problemi yaşadıklarını ortaya koymaktadır. Diyabetik ayakların en önemli bölümünü ayak ülserleri oluşturmaktadır. Diyabetlilerin % 15'inde ayak ülserleri gelişmekte, ayak ülserlerinin % 15'inde osteomiyelit gelişmekte ve % 15'inde ise ampütasyon yapılmak zorunda kalınmaktadır. Araştırmalar diyabete bağlı ampütasyonların % 85'nin ayak ülserleri nedeniyle geliştiğini göstermektedir. Dünya'da her 30 saniye bir diyabete bağlı ampütasyon yapılmakta (ABD'de yılda 80.000) ve ampütasyon başına maliyet 60.000 doları bulmaktadır. "Trajik Elliler Kuralı"na göre diyabete bağlı ampütasyonların % 50'si tibia üstü bölgeden yapılmakta, % 50'sinde tekrar ampütasyon gerekmekte ve % 50'si ise beş yıldan az bir süre içinde ölmektedir. Ülkemizde doğrudan diyabetik ayakla ilgili veri olmamakla birlikte en az 500.000 diyabetlinin ayaklarında diyabete bağlı ülser olduğu tahmin edilmektedir.

Diyabetik ayak ülseri gelişimini önlemek asıl amaç olmalıdır; çünkü bu tür sorunlar geliştikten sonra zaman alıcı, yıpratıcı ve çok maliyetli bir süreç başlamaktadır. Diyabete bağlı ayak sorunlarını önlemek için hastalara

diyabet ve diyabetik ayak eğitimi verilmeli, her tıbbi kontrolde ayaklar muayene edilmeli, periferik damar bozukluğunun ve periferik nöropatinin erken tanınması sağlanmalıdır. Bunların yanı sıra çok önemli bir nokta da iyileşmekte olan diyabetik yaranın idame tedavisi ve takibi ile özel yapım tabanlık ve ayakkabıların kullanılmasıdır. Tüm bunları hastanın diyabetini takip eden hekimin yapması pratik olarak imkânsızdır. Yapılan çalışmalarda rutin diyabet hasta takiplerin ayak muayenesinin büyük oranda ihmal edildiğini göstermektedir. Bütün bunların yapılabilmesi diyabet ekibi ile bütünleşmiş, doğrudan ayak bakımı ve tedavisi ile uğraşacak kişilerin ve merkezlerin varlığını gerektirmektedir. Bu gruplara multidisipliner çalışma gurubu adı verilmekte, bu grupta mutlaka yurt dışında bilinen ismiyle "Podiatrist"ler yer almaktadır. Multidisipliner çalışma ve ekipte bir podoloğun bulunması halinde, ülser ve ampütasyonların % 50-80 oranında azaltılabildiği gösterilmiştir. Sonuç olarak diyabetik ayak ülserleri diyabetin artışına paralel olarak artan bir problem olarak karşımıza çıkacaktır. Morbiditesi ve mortalitesi yüksektir, multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir. En iyi çözüm önlemektir ve bu şekilde pek çok ayak kurtulabilecektir ve ülke için büyük bir tasarruf sağlanacaktır.

Gelişmiş ülkeler bu sorunu, "Ayak Bakım Uzmanları"nın (genel olarak podiatrist olarak bilinmekte, eğitim süreleri ve görev tanımları ülkelere göre değişmektedir) çalıştığı "Podiatri üniteleri" kurarak ve bu üniteleri diyabet ilintili ayak sorunlarının önlenmesi ve tedavisinde diyabet ekibi ile birlikte çalıştırarak çözmüştür. Diyabetik ayağa bağlı ileri dönem sorunları %5 kadardır ve bu sorunlar için cerrahların müdahalesine gerek vardır. Sorunların %95 kadarı ise iyi organize olmuş "Podiatri" ünitelerinde halledilebilmektedir. Ülkemizde ise bu konuda önemli bir eksiklik bulunmakta, diyabetik ayak konusu tıp ve sağlık meslekleri eğitiminde önemi kadar yer bulmamaktadır. Bazı merkezler bu eksikliği içinde diyabet uzmanı, ortopedist, plastik ve genel cerrah, damar cerrahları, dermatolog, enfeksiyon hastalıkları uzmanı ve hiperbarik oksijen tedavisi uzmanlarından oluşan gruplarla gidermekte ama ne yazık ki bu grupların içinde podiatristler bulunmamaktadır. Bunun ötesinde ülkemizde diyabete bağlı ayak sorunlarının önlenmesinde rol alabilecek podiatri üniteleri de bulunmamakta, bazı şehirlerde yurtdışında eğitim görmüş az sayıdaki uzmanlar çalışmaktadır. Oysa ABD gibi ülkelerde neredeyse tıp eğitimi kadar uzun süren eğitim sonunda podiatrist unvanı alan kişiler bu alanda çalışmaktadır. Örnek vermek gerekirse Danimarka gibi 6 milyon nüfusa sahip bir ülkede yaklaşık 1500 podolog görev yapmaktadır.

Ülkemizde yakın zamana "Podiatri" ile ilgili bir meslek tanımı yapılmamışken, 26.4.2011 tarihli Resmi Gazete'de yayınlanan ve tanımı olmayan Sağlık Mesleklerini düzenleyen 6225 sayılı kanuna göre Podolog; "meslek yüksekokullarının podoloji programından mezun; bireylerin ayak sağlığının korunması ve bakımına yönelik hizmet veren ve ilgili uzman tabibin teşhisine ve tedavi için yönlendirmesine bağlı olarak hastaların ayak tedavisini yapan sağlık teknikeridir" şeklinde tanımlanmıştır. Bu tanımda "Podiatrist" yerine " Podolog" terimimin kullanıldığı görülmektedir. Bunun nedeni yurt dışından"Podiatrist" olarak bilinen meslek grubunun eğitiminin uzun olması ve ABD gibi bazı ülkelerde cerrahi tedavi yapabilmeleridir. Bu kanun ile "Podolog"un, "Podiatrist"ten farklı olarak daha sınırlı bir görev tanımına sahip olması öngörülmektedir. Görev

tanımı ile ilgili çalışmalar Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmekle birlikte henüz sonuçlanmamıştır.

Bir değişiklik olmadığı takdirde 6225 sayılı kanuna göre ülkemizde "Podolog" eğitimi meslek yüksek okullarında açılacak " Podoloji" programları ile yapılacaktır. Bu durumda bu programlara Sağlık Meslek Liselerinden, yeterli olmazsa diğer liselerden alınan öğrenciler girebilecek ve eğitim süresi 2 yıl olacaktır. Programın süresi ve içeriği konusunda daha ileri çalışmalara ihtiyaç olmakla birlikte ülkemizdeki programda diyabetik ayak konusunun ağırlıklı olması gerekmektedir. Diğer ülkelerdeki örneklere bakıldığında podologlara ulaşan hastaların %70-80 civarında diyabetik ayak nedeniyle olduğu görülmüştür. Bu nedenle de meslek yüksek okullarında açılacak programların diyabet merkezleri ve diyabetik ayakla uğraşan gruplarla işbirliği halinde açılması gerekir.

Kocaeli Üniversitesi, ülkemizde diyabet bakımı açısından büyük bir eksiklik olan bu sorunun çözümüne katkı sunabilmek için, diyabetik ayak ile ilgili bilim insanları, Sağlık Bakanlığı yetkilileri, diyabet ile ilgili derneklerin temsilcileri ve podiatri eğitimi konusunda deneyimli yabancı bir konuğun katılımı ile 16 Kasım 2011 tarihinde bir "Podologluk Eğitim Çalıştayı" düzenlemiştir. Çalıştay sonunda elde edilen görüşler bir rapor halinde yayınlanmıştır. Kocaeli Üniversitesi bu sorunu ülkemiz, diyabetli hastalar ve diyabet ile uğraşan sağlık personeli açısından bir sorumluluk projesi olarak görmektedir. Bu nedenle, çalıştay çerçevesinde görüşler doğrultusunda ve yurtdışındaki eğitim kurumları ile işbirliği yaparak Kocaeli Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu bünyesinde "Podoloji Programı" açma kararı vermiştir. Bu amaçla yakın zamanda Kocaeli Üniversitesi'nden bir heyet Kopenhag'da bulunan Podiatri Okulu'na bir çalışma ziyareti düzenlenmiştir. Bu okul 1965 yılından bu yana podiatri eğitimi veren, bu konuda Avrupa'nın en köklü eğitim kurumlarından biridir. Yapılan incelemeler ve görüşmeler sonucunda Türkiye'de podoloji eğitim kurumunun oluşturulmasının her aşamasında işbirliğine gidilmesi kararı verilmiştir. Bu eğitimde teorik derslrin yanında pratik

uygulamalarda büyük ağırlık taşıyacaktır. Bu nedenle öğrencilerin pratik uygulamalarını yapabilecekleri bir ayak bakım üniteside kurmak gerekmektedir. Pratik eğitim hasta ayaklar üzerindeki uygulamalardan, hastaya özel tabanlık yapımı, koruyucu özel alçı uygulamaları ve özel ayakkabı uygulamaları gibi birçok detay içermektedir. Kocaeli Üniversitesi 2012-2013 eğitim yılında programı başlatabilmek için öneri dosyasını YÖK' ün onayına sunmaya çalışmaktadır. Ülkemizde yetişecek podologların görev tanımları ve yetkilerinin belirlenmesi, istihdam politikaları gibi birçok konu Sağlık Bakanlığını yetkisindedir. Bu hazırlığın her aşaması Sağlık Bakanlığı ile işbirliği içinde yürütülecektir.

Ülkemizde diyabet tedavi ve bakım kalitesinin artırılmasına büyük katkı sağlayacak, diyabetik ayağa bağlı ampütasyon sayısını azaltarak hastanın ömrünü ve yaşam kalitesini artıracak, ülkenin diyabet ile ilgili harcamalarının azalmasını sağlayacak bu gurur verici ancak bir o kadar da meşakkatli göreve, Kocaeli Üniversitesi değerli Rektörü Prof. Dr. Sezer Şener Komşuoğlu'nun sürecin her aşamasında verdiği sonsuz destekten cesaret alarak talip olmuştur. Bu sürece başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere YÖK, diğer üniversiteler, diyabet ve diyabetik ayak ile uğraşan değerli sağlık personelinin katkılarıyla gelinmiştir. Ancak önümüzde daha uzun ve aşılması için yoğun çaba gerektiren bir süreç vardır. Bu süreçte konuyla ilgili tüm paydaşların desteğine ihtiyaç artarak devam edecektir. Tüm bu çabaların sonuçlarının diyabet hastalarının sağlığı ve ülkemizin gelişmişliğine hizmet etmesi temennisiyle saygılarımı sunarım.

Numune Sağlık Dergisi

REKLAM ALANI

İlaçta reklam yasağı kapsamında bu sayfada yayınlanan reklamı internet ortamında yayınlayamıyoruz.

Söz konusu reklamı, dergimizin basılı nüshalarında bulabilirsiniz.

REKLAM ALANI
REKLAM ALANI
REKLAM ALANI
REKLAM ALANI
REKLAM ALANI
REKLAM ALANI

Elvan Salman
ANEAH Başhemşire

Yara ve Hemşirelik Bakımı

Yarayla Yaşamak

Herhangi bir sebeple oluşan yaraların kapanmayarak kronik sürece geçmeleri insan ruhunu ve bedenini olumsuz olarak etkilemektedir. Kronik yara hastalarında, hastanın kendisi yanında onunla birlikte yaşayanlar veya bakma sorumluluğunu yerine getirenler de bu olumsuz etkilerden pay alırlar. Bu anlamda hasta yakınlarına da gerekli destek yapılmalıdır çünkü sürekli yarayla yaşamak psikolojik travma yaratmaktadır. Ayrıca, yara enfeksiyonu ile başlayıp sepsise değin gidebilen süreç yaşamı tehdit etmektedir.

Ağrılı, akıntılı ve kötü kokulu olabilen bu yaralar toplum içine çıkamama ve benlik saygısında azalmaya yol açar. Yara zeminden gaz ve koku oluşumu, yarayı kapatma amaçlı giyim tarzındaki değişiklik ve iyileşmeyi takiben yaranın vücutta bıraktığı skar dokusunun estetik görünümü bozarak psikolojik problemleri derinleştirir.

Bu hastalar, hastalıkları süresince ciddi iş gücü kaybı ve bazen de iş kaybı yaşarlar. Bu durumun gerçekleşmesi veya ihtimali, kişide sosyal uyum bozuklukları ile sonuçlanan psikolojik problemler yaratır. İnsanların ve çevrenin oluşturduğu psikolojik travma (acıyarak yaklaşma yada olaylar sonrası dostların terk etmesi) durumu zorlaştırmaktadır.

Evde yara bakımında pansuman eğitiminin yetersiz olması çaresizlik anksiyetesi oluşturur. Bakıcıların sık değişmesi, el hijyenine uyumsuzluk, yara bakım ürünlerinin pahalı olması ve altta yatan hastalıklar yara bakımını daha da güçleştirmektedir.

Bazı yaralar cerrahi operasyonlarla kapatılıp normal görünümlerine dönerler. Bunun için sabır ve ekonomik güç gerekir. Bakıcılar iyi eğitilmelidir ki yaradaki değişiklikler hemen fark edilsin. Ayrıca hasta odası, hastanın kendisi ve tabii ki yara yeri temiz tutulmalıdır. Vücut banyosu sık yaptırılmalıdır, özellikle gluteal böldeki yaralar gaitadan uzak

tutulmalıdır. Bu zahmetli süreçte hasta ve bakıcı sosyal terapilere katılmalı, psikolojik durumları desteklenmeli ve performansları azami seviyede tutulmalıdır.

Yara ve Hemşirelik

Herhangi bir nedenle doku bütünlüğünün bozulmasına yara denir. Yaralar özel bakım gerektiren, bakımında zorluklar yaşanan, ciddi sağlık sorunlarıdır. Yara bakımında yaranın derinliği ve genişliği, yaranın bulunduğu vücut bölgesi, enfeksiyon varlığı ve altta yatan hastalıklar mutlaka göz önüne alınmalıdır. Yara bakımındaki hedefler yara yerinin temizliği, uygun zamanlama ile gereğince debridman, düzgün kapama ve dış etkenlerin zararlarından koruma olarak özetlenebilir. Nihai hedef ise şüphesiz yaranın tam epitelizasyon ile kapanmasıdır. Nihai kapanma kendiliğinden veya cerrahi metotların kullanılması ile olacaktır. Bu başlık altında kendiliğinden kapanmada dikkat edilmesi gereken konulara hemşirelik perspektifinden bakılacaktır.

Ev ortamında yara bakımının genel prensibi uygun sıvılarla mekanik olarak temizlenip steril pomat yada steril yara örtüsüyle kapatılmasıdır. Üç ay içerisinde iyileşmeyen veya iyileşmenin herhangi bir fazında atonik kalan yaralara kronik yara denir. Kronik yaraların hemen tamamını dekübit ülserleri (yatak yarası), diyabetik yaralar ve venöz yaralar oluşturur. Yatak yarasının birinci sebebi basıdır. Yaşlılık, yetersiz beslenme, obesite, kaşeksi, diyabetik nöropati, kemik kırıkları, uzun süre yoğun bakımda kalma ve yatağa bağlı yaşama zorunluluğu yatak yarası açılması için zemin hazırlar.

İyi bir hemşirelik bakımı denilince; ilk anda aklımıza gelen oluşmuş bir problemin uygun giderilmesinden çok daha önemli olarak, oluşacak bir problemin önlenmesi için alınması gereken tedbirler olarak özetlenebilir. İyi hemşirelik bakımı kapsamında hasta bir bütün olarak değerlendirilmelidir. Bilinen hastalıkları yanında içinde bulunduğu ortam, yatak durumu, ev hastaları için hastanın bakım sorumluluğunu idame ettirenlerin konuya vakıf olma düzeyleri, oluşabilecek problemler konusunda bilgileri, eğer yoksa oluşabileceklerin anlatılması ve özümsendiğinden emin olunması, hastanın olası problemlerden korunması için kendi ve bakım yapanlarda farkındalık uyandırılması çok önemlidir.

Bilgi aktarımı çok önemlidir. Hasta ve bakıcılarına hastalık, tedavisi ve ikincil gelişebilecek hasarlar konusunda bilgi aktarılması, anlatılan her şeyin net anlaşıldığı anlamına gelemez. Bu nedenle çeşitli sorular ile hasta ve yakınlarından sözel geri dönüşler alınarak verilmek istenilen mesajların anlaşıldığı sabırla netleştirilmelidir. Hemşire olarak unutulmamalıdır ki karşımızdakinin mesleği hemşirelik değildir, bu nedenle önemli konular tekrar tekrar not edilmeli ve bu işlem esnasında sabırlı ve özenli olmaya dikkat edilmelidir.

Yatak Yaraları

Yara bakımı konusunda hemşirelik hizmeti içerisinde olan ve ev hastalarında da hasta ve yakınlarının mutlaka uyarılması gereken hususlar şu şekilde özetlenir:

- Basınç bölgelerini yakından gözlemlemek (dokuda renk değişikliği, akıntı, koku),
- Basınç, tahriş ve sürtünmeyi önlemek,
- Sık pozisyon değişikliği,
- Basınç bölgelerine masaj yapmak,
- Beslenmeye dikkat etmek,
- Yarayı enfeksiyona karşı korumak,
- Dikişsiz, sentetik kıyafetler giymek.

Diyabetik Yaralar

Uzun süreli diyabet hastalarında görülen bu problemin ortaya çıkma süresi diyabet hastalarının eğitim düzeyleri, hastalıklarına farkındalıkları ile değişiklik gösterir. İyi hemşirelik bakımı, takip ve korunma ile oluşumlarının engellenmesi asıl önemli olandır. Yaranın oluşumunu takiben ilerlememesi, en kısa zamanda iyileşmesi ve hasta yaşamını asgaride etkilemesi için özenli hemşirelik ve bunun içinde de yara bakımı önemlidir. Diyabetik hastalarda yapılması gerekenler özetlenecek olursa:

- HbA1c düzeyi takibi ve sıkı glisemik kontrol,
- Beslenme alışkanlıklarının kontrolü,
- Ayak tırnaklarının kesimi (düz kesilmelidir),
- Sıkmayan çorap lastikleri, rahat ayakkabı,
- Travmadan uzak durmak,
- Uygun ve endikasyonlu antibiyotik kullanımı,
- Hastanın ve ailesinin eğitimi,
- Hastanın yara yerine dokunmaması,
- Yaraya temasta asepsi ve antisepsi kurallarına uymak,
- Hastanın psikolojisinin desteklenmesi,
- Bulunduğu odanın hijyeni ve uygun havalandırılması,
- Yarada oluşacak değişikliklerin farkına varma,
- Doğru pansuman programı,
- Yaranın steril koşullarda uygun yara örtüsüyle kapatılması.

Venöz Ülserler

Venöz ülserlere sıklıkla alt extremitelerde rastlanmaktadır. Alt extremite, yara iyileşmesi bakımından oldukça zor bir bölgedir. Venöz ülserlerde yukarıda özetlenen genel yara bakım prensiplerine ek olarak; bandaj uygulaması, venöz tonusun artırılması, ödem profilaxisi, ven diseksiyonu ve by pass girişimi yapılmalıdır.

Uzm Dr. Belgin TUNÇTÜRK AKAN
Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği

Yoğun Bakımda Etik Sorunlar

Teknolojik gelişmeler, modern tıbbın ilerlemesine büyük katkıda bulunmuştur. Bu sayede insan sağlığını koruma ve yaşamını uzatma noktasında önemli mesafeler alınmıştır. Yoğun bakım üniteleri teknolojinin ileri düzeyde kullanıldığı ortamlardır. Bir bakıma yoğun bakım alanındaki gelişmeler teknolojik gelişmelerle paralel olmuştur. Bu yeniliklerin insan yaşamına uygulanması bilimsel açıdan başarı olarak kabul edilebilir. Ancak bu başarı, yanında pek çok karmaşık sorunları da getirmiştir. Bu sorunlar, yoğun bakım ünitesine (YBÜ) hasta kabulünden, uygulanan tedavinin sınırlarını belirlemeye ve YBÜ maliyetlerine kadar uzanan geniş bir yelpazede ele alınabilir. Bu sorunlar çoğu kez, YBÜ'de en keskin biçimde, hatta adli sonuçlarıyla birlikte ortaya çıkmaktadır. Bu sorunları değişik boyutları ile yaşamak ise yoğun bakım ünitesi çalışanlarına düşmektedir. YBÜ'nin bu özelliği çalışanlarına etik sorunları da içine alan bazı yükümlülükler getirmektedir.

Modern tıbbın etik çatısını oluşturan temel ilkeler, içinde bulunulan toplumun inançları, gelenekleri, yasaları ve sosyokültürel yapısı ile yakından ilişkisi olmakla beraber tüm hastalar için geçerli ortak tıbbi etik ilkeler vardır: Tıbbi etiğin ilk ilkesi olan yararlı olma ilkesi M.Ö IV. yüzyıldan, Hipokrat'tan beri tıbbın temel ilkelerinden birisi olarak kabul edilmiştir. Sağlığı korumak ve yakınmaları gidermek amacıyla iyi ve doğru olanı yapma ilkesidir. Buna paralel bir ilke olan zarar vermeme, yararlı olma ilkesinin etik ortağıdır. Her şeyden önce ve hiçbir şekilde hastaya zarar vermeme ilkesidir (primum non nocere). Tüm dünyada giderek yaygınlaşan bir diğer ilke ise otonomidir. Bu ilke yasal olarak erişkin kabul edilen bir hastanın, hastalığı konusunda yeterli derecede bilgilendirildiğinde, tıbbi tedaviyi veya yaşam desteğini kabul ya da reddetme hakkıdır (self determination). Bununla ilişkili bir konu da bilgilendirilmiş onay kavramıdır. Bilgilendirilmiş onay, hukuki açıdan ehil, kooperasyonu ve orientasyonu tam olan ve karar vermesini engelleyecek bilinçsel bir engeli olmayan hastalara veya yakınlarına tıbbi karar vermede yararlı olacak tam ve doğru bilgiyi sağlamak anlamında kullanılır. Bir diğer ilke olan adil olma ilkesi gereği, her hastanın eşit ve iyi bir biçimde sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı vardır.

Bu genel etik ilkeler, yoğun bakım hastaları için de geçerlidir. Ancak yoğun bakım ünitelerine olan talebin artması ve teknolojik gelişmeler sonucunda eskiden eksitus olacak gözü ile bakılan hastaların bugün yaşam sürelerinin uzatılabilmesi yoğun bakım ünitelerini daha karmaşık hale getirmiştir. Bu karmaşık yapı karşısında geleneksel ilkeler yetersiz kalmakta, bu durum beraberinde mediko-legal sorunları da getirmektedir.

YBÜ'de etik sorunlar başlıca şu durumlarda yaşanmaktadır:

1. Yoğun bakıma hasta kabulü:

Zaman zaman yaşama ümidi olmayan veya çok az olan hastaları YBÜ'ne almak

zorunda kalınılır. Bunun nedenleri; hasta ve ailesinin baskısı, hastayı nakletmek isteyen kliniğin ısrarı, kurum içi ilişkiler ve hastayı konsülte eden klinisyenler arasında prognoz ile ilgili farklı görüşler ve belirsizliklerdir. Bazen de endikasyonu olmadığı halde sosyal nedenlerle YBÜ'ne hasta kabulü yapılır. Bütün bunlar YBÜ'ni amaçları dışında kullanılmaya iter ve sonuçda da bazı etik sorunlar ortaya çıkar.

YBÜ'ne hasta kabulünde yaş sınırlamasına gidilmesi bizi amaçtan uzaklaştırır. Bazı yaşlı hastalar YBÜ'de kısa ve etkin bir tedaviden yarar görebilecekken genç ama umutsuz hastaları YBÜ'e kabul etme konusunda yoğun baskı altında kalınılabilir. Burada sorun, kabul sırasında geriye dönüşüm durumunun bilinmesidir. Hasta kabulünde bir başka konu da altta yatan hastalıktır. Tedavi edilemeyen kanser hastaları YBÜ için kontrendikasyon oluşturmakla beraber kanser tedavisinde her zaman sonuç alınıp alınmayacağı bilinmez. Örneğin düşkün bir kanser hastası hastaneyi terk edebilecek duruma gelinceye kadar kısa süreli yoğun bakım desteğine ihtiyaç duyabilir.

Bazı gelişmiş ülkelerde yeterli sayıda YBÜ yatağı olduğundan hasta seçimi için önerilen yöntemler nadiren kullanılmaktadır. Bu ülkelerdeki hastalar, hasta aileleri ve yakınları, hekimler ve diğer sağlık personeli, hastanın iyileşme olasılığı çok düşük bile olsa hayatı mümkün olduğunca uzatmak için YBÜ'ni daha fazla kullanma eğilimindedirler. Bunun sonucunda ağır, ilerlemiş ve iyileşmesi mümkün olmayan klinik tablolara sahip hastalarda geçici iyileşmeler sağlayan tedavilerin denenmesini umar ve bu tedavilere ulaşırlar. Bu tedavilerin denendiği hastalarda ancak denemeler başarısız olduğunda palyatif tedaviler uygulanabilir. Veya tedavinin durdurulması (withhold) veya tedavinin kesilmesi (withdrawn) gibi kararlar alınabilir. Bu konuda tartışılması gereken nokta tedavinin kesilmesi veya hiç başlatılmaması arasında etik açıdan bir farkın olup olmadığıdır. Modern etikte böyle bir farkın olmadığı kabul edilmektedir. Ancak uygulamada tedavinin kesilmesi tedaviye hiç başlanmamasına göre genellikle daha zordur.

2. Yoğun bakım desteğini başlatma:

YBÜ'de verilen tıbbi kararlar hasta otonomisi kurallarına göre belirlenir. YBÜ desteğine karar verilirken hastadan onay alınır. Fakat çoğu kez YBÜ'e kabul edilen hastanın karar verme yeteneği önemli ölçüde azalmıştır. Hasta, verilen bilgiyi alma ve anlamada, bu bilgiyi uygun şekilde yorumlamada ve tedavi kararını verecek ekiple iletişim kurmada yetersiz kalabilir. Bu durumda karar vermek hasta yakınlarına kalmaktadır. Vekili tarafından verilen bu karar hastanın kararı olmamakla beraber, hastanın onayını almak anlamına gelmektedir.

Başka bir etik sorun da destek vermede öncelik konusunda yaşanmaktadır. Ölmek üzere olan bir hasta ile acil bir hastaya destek verme konusunda öncelik yönünden kararsızlık yaşanabilir. Bu sorunun sağlık hizmetlerinin adil dağıtılmasından kaynaklandığı sanılmaktadır. Afet durumlarında ise aynı anda pek çok hastaya destek vermek gerektiğinden daha çok hastaya daha kısa süreli destek tedavi verilme düşüncesi etik sorunları doğurmaktadır. Bu konuda yatak sayısının yetersizliği, cihaz yetersizliği gibi durumlar etik sorunlar ortaya çıkartmaktadır.

3.Yoğun bakım desteğinin kesilmesi:

Beyin ölümü gerçekleşmiş, derin komadaki hastalarda yoğun bakım desteği kesilmeli mi? Özellikle müdahalenin yararsız olduğu durumlarda yaşam desteğinin kesilmesinin kabul edilebilir bir yaklaşım olacağına dair yurtdışı yayınlar vardır. Ülkemizde bu durum kesinleşmemiştir. Bu konudaki yasal belirsizlikler ve etik ikilemler sürmektedir.

Tedaviyi kesme veya sürdürme:

A. Basamaklı yaklaşım: Yaşam destek tedavisinin devamı ya da kesilmesi kararı acele olarak verilmemelidir. Yurt dışı kaynaklarda çeşitli basamaklar tavsiye edilmektedir.

1) Doktor hastanın tanısını, fizyolojisini, fonksiyonel durumunu ve eşlik eden hastalıkla ilgili durumları açıkca anlamış olmalıdır.

2) Doktor tıbbi bakım ekibi içerisinde yaşam destek girişimlerinin devam etmesi veya kesilmesi konusunda fikir birliği bulmaya çalışmalıdır.

3) Bir sonraki basamak, yasal yeterliliği olan hastadan bilgilendirilmiş onam istemektir. Şayet hasta yasal olarak yetersiz ise karar verici vekil kişi ile ilişki kurulmalıdır. Hasta veya karar verici vekilin son kararı vermede sorumluluğu olsa da aile ve hastayı gönderen veya esas olarak bakımını yapan doktoru bu olaya dahil etmek akıllıca olur.

4) Eğer zamanında bir karar verilemezse ve yaşam destek girişimlerinin hemen başlatılması gerekiyorsa, doktor sınırlı bir süre yaşam desteği verilmesini önermeyi düşünebilir. Örneğin sonraki 72 saat için solunum desteği verilmesi ve bu sürenin sonunda tekrar değerlendirilmesi. Kesin bir karar olmaması durumunda, eğer henüz başlatılmamışsa yaşam desteği başlatılmalı veya başlatılmış ise devam ettirilmelidir.

B. Bir tedavi planı kurmak: Yaşam desteğinin devamı yönünde bir karar alındığında özel bir tedavi planı belirtilmeli ve bunda destek ve konfor sağlanacağı vurgulanmalıdır ve hastanın ihtiyaçlarına göre yapılacak değişikliklerle sürekli güncellenmelidir.

C. Yaşam desteğini sonlandırmak: Yaşam desteğine son verme kararı verildiğinde, zamanında bir kararla hasta ve ailesinin ihtiyacı olan psikolojik destek veilerek uygulanmalıdır.

Yoğun bakımda yatan hastalarla ilgili giderek yaygınlaşan bir görüş, tedavi ile ilgili kararlara hastanın katılımını sağlamaktır. Hasta-hekim ilişkisini tanımlayan 4 model belirlenmiştir:

Paternal (Paternalist) model: Hekim gardiyan olarak karakterize edilir, hekim en iyisini bilir görüşünü benimser.

Bilgilendirici model: Hekim hastaya tıbbi konularda bilgi veren, bir teknik uzman durumundadır. Kritik durumdaki hastada bu model uygulanamaz.

Yorumlamaya dayalı model: Hekim hastanın değerlerini anlayan ve bu değerlere uygun seçenekler için hastaya yardımcı olmakla sorumlu bir avukat olarak tanımlanır.

Tartışmaya dayalı model: 4 model içerisinde en interaktif olanıdır ve hekimi bir öğretmen olarak niteler.

Hasta hekim ilişkisi dinamiktir ve zaman içerisinde koşullara göre bu modellerde değişiklik yapılabilir. YBÜ'nde karar verme aşamasında hemşire, fizyoterapist ve diğer sağlık çalışanlarının görüşleri de alınmalıdır. Gerekli durumlarda aile üyeleri de karar verme aşamasına dahil edilebilir. İdeal olan, kişinin daha önceden yazılı olarak belirlediği kişilerdir. Alternatif olarak yasalar tarafından sorumlu kişi olarak gösterilen

uygun aile üyeleri olabilir. Genel olarak belirlenen hiyerarşik sıra hastanın eşi, yetişkin çocuğu, daha sonra anne ve babası, yetişkin kardeşi ve daha sonra büyükanne ve büyükbabası şeklinde sıralanır. Nadiren mahkeme tarafından belirlenen kişi (vasi) rolü üstlenir. Hayat desteğinin devamı ve kesilmesi kararında en iyi yapılacak şey hasta ve ailesinin desteğin devamı halinde ortaya çıkacak olası sonuçlar göz önünde bulundurularak karar vermelerini sağlamaktır. Özellikle bu durum son dönem hastalıklar veya hastalığın şiddetli ve düzelmesinin mümkün olmadığı durumlarda önemlidir.

Tıbbi etik ve yasal belirsizliklerin ve tartışmaların yaşandığı başka bir konuda resüsitasyondur. Resüsitasyonla ilgili kural ve standart belirleme çalışmaları ilk kez 1974 yılında Amerika Tıp Birliği (American Medical Association) çalışmaları ile rapor edilmiştir. Bu raporda resüsitasyon 'Ani ve beklenmeyen ölümden korumak' olarak tanımlanmıştır. Beklenen ölümlerde ise resüsitasyonun endike olmadığı belirtilmektedir. Hastanelerde gelişen kardiyopulmoner arrestlerde her durumda kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR) başlatılmalıdır. Bazı vakalarda KPR uygulanmaması istenir. Çoğu ülkede 'resüsite etmeme'(DNR) kuralları belirlenmiştir ve bu kurallar çerçevesinde uygulamalar yapılmaktadır. DNR durumu sadece monitörize hastalara uygulanır. KPR ekibi çağrılmaz. Entübasyon kalp masajı ve mekanik ventilasyon, başlatılmaz. Ülkemizde DNR'in tıbbi, yasal ve etik çerçevesi henüz belirlenmemiştir. Bu nedenle ülkemiz yoğun bakımcıları bu konuda da ikilemler yaşamaktadırlar. Hekim çoğu kez kendi vicdanı, bilgi ve becerisi doğrultusunda resüsitasyona karar vermektedir. Ayrıca, hasta çevresi de resüsitasyonda etkili olmaktadır. Bazen hasta yakınları resüsitasyon çabalarını hastaya eziyet olarak anlamakta ve ölümün doğal sürecinin işlemesini istemektedir. Bazen de resüsitasyondan sonuç alınamadığında, hekimler sorumlu tutulmakta ve suçlanmaktadırlar.

4.Yoğun bakım maliyeti:

YBÜ tedavisinin maliyeti, normal serviste uygulanan tedavilerin maliyetlerinin en az 3 katıdır. İçinde yaşanılan toplum ne denli varlıklı olursa olsun, sağlığa ayrılan bütçe daima sınırlı olmaktadır. Bu nedenle, YBÜ'ne hangi hastaların kabul edileceğinden, yoğun bakım desteğinin başlatılması ve süresine kadar hepsi maliyetle birlikte ele alınmalı ve planlanmalıdır.

1967 yılında Cicely Saunders'ın kurduğu ve ölüme yaklaşan hastaların bakımının verildiği bir kurum ile 'hospis' fikrini ortaya atmıştır. Hospis kavramı geliştirilerek evden takip ile birlikte gerekli durumlarda özel birimlerde hospitalizasyon sağlanması olarak düzenlenmiştir. Böylece birçok ülkede son dönem hastalarının tedavileri klasik yoğun bakım ve hastane servisleri içinden ayrılarak özel bakım merkezler kurulmuştur. Bu konuda yetişmiş özel personel, teknik ve destek birimleri yönetiminde; hasta yakınları, hukuki ve etik birimler ile birlikte gerekli tedaviler planlanmaktadır. Hasta bakım maliyeti ve hukuksal etik sorunlar spesifik personel ile ve destek birimleri ile azaltılmaya çalışılmaktadır. Ayrıca yoğun bakımlardaki rezerv yatak kapasitesinin, tedavi edilme imkanı olmayan hastalar için değil de tedavi edilme şansı bulunan hastalar için kullanılması sağlanmış olur.

Ötenazi: Literatürde iyi ölüm demektir. Ötenaziye karşı olan görüşlerin yanı sıra, yaşam desteğini kesmenin hasta açısından bakıldığında ötenaziye kıyasla daha acı verici olduğunu ve daha az etik olduğunu savunan gruplar vardır. Ötenazide hekim aktif veya pasif olarak hastanın ölüm kararına uymaktadır. Hastanın bilinci açıktır. Hasta ölümü istemektedir ve hekim bu sürece katılmaktadır. Aktif ötenazi; hayatı kısaltacak veya hayata son verecek maddelerin hastanın acı ve ızdıraplarını tümden gidermek üzere, bilerek kullanmasıdır. Pasif ötenazi ise; insan yaşamının devam edebilmesi için zorunlu olan bir kısım tedavinin durdurulması, geri çekilmesidir.

Sonuç olarak; yoğun bakıma kabul ve taburculuk kriterlerinin varlığı, resüsitasyon yapmama komutları, yaşam desteğini devam ettirme veya sonlandırma konusunda kılavuzlar, ölmekte olan hastanın bakımı ve etik kuralların düzenlenmesi ile ilgili kılavuzların varlığı YBÜ'de etik karmaşalardan korunmak ve onları çözmek için gereklidir.

Doç.Dr.Müge ÖZCAN, Doç.Dr.Ferda ARTÜZ

Hayvan Dostlarımız

Sevgili Okurlar,

Bu sayımızdan itibaren "Hayvan Dostlarımız" adlı sayfamızla sizlerle birlikte olacağız. Amacımız, dünyayı paylaştığımız hayvanlara dikkat çekmek, onların varlığını hatırlamak, hayvanlar hakkındaki bilgilerimizi tazelemek ve paylaşımlarda bulunmaktır.

Bu soğuk kış günlerinde, sokak hayvanlarını konu aldık. Konuğumuz Cemal Artüz bize sokak hayvanlarını konu alan güzel bir hikaye yazdı. Bir sonraki sayıya kadar sevgiyle kalın...

ZOR GÖREV

Baba günlerdir bıkmıştı ancak çare yoktu. "Hadi hanım" diye seslendi içeriye, "Görev başına". Saklandıkları izbe yer onları sert rüzgardan, kardan, yağmurdan koruyordu. Keşke bu yeterli olsaydı diye düşündü dertli dertli. Karınları günlerdir açtı. Komşuları dayanamamıştı bu duruma. Bakalım bu eziyet daha ne kadar sürecek diye isyan edesi geldi, sustu. Biz daha dayanırız ama ya çocuklar, çocuklar nasıl dayanacak bu açlığa? Bir an önce yiyecek bulmalıyım diye hareketlendi birden. Yine düştüler yollara, biri bir yana, öteki öbür yana, telaşlı telaşlı.

Etrafta ev çoktu. Bulundukları araziye serpilmiş onlarca ev ışıl ışıl parlamaktaydı geceleri. Evlerde yenen yemekleri, toplanan sofraları, ardından aman kokmasın diye sıkı sıkı poşetlenip çöp varillerine atılan yiyecek artıklarını düşününce baba kuş "Ah bir farkına varsalar, bizlerin, bu uçsuz bucaksız, çölden farksız kar beyazlığında açlığımızı bir farketseler, ufacık bir tabağa, bir gazete parçasına yemek artıklarından, ekmek kırıntılarından koysalar, bizde onlara bahar gelince en güzel şarkılarımızı söylerdik" diye iç geçirdi dertli dertli.

Evet dostlar; Dışarıda yiyeceksiz kalmış kedicikler, sıcak ülkelere göç edemeyen minik serçeler, güvercinler için bu kış günlerinde harekete geçme zamanı hala gelmedi mi sizce?

Numune Sağlık Dergisi

REKLAM ALANI

İlaçta reklam yasağı kapsamında bu sayfada yayınlanan reklamı internet ortamında yayınlayamıyoruz.

Söz konusu reklamı, dergimizin basılı nüshalarında bulabilirsiniz.

REKLAM ALANI
REKLAM ALANI
REKLAM ALANI
REKLAM ALANI
REKLAM ALANI
REKLAM ALANI

Taceddin Dergahı'nda bir istiklal şairi:

Mehmet Akif Ersoy

Özgür ve özgün kişiler, sadece kendi sorunlarıyla değil içinde yaşadıkları toplumun sorunlarıyla yakından ilgilenirler. Toplumun acısı kendi acısı, sevinci kendi sevincidir. Milletin duygu ve düşüncelerine tercümanıdırlar. İstiklal Marşı'nın yazarı Mehmet Akif Ersoy da bu önder şahsiyetlerden birisidir. Akif, hem alim, hem şair, hem hoca, hem devlet memuru, hem arif, hem gazeteci, hem milletvekilidir. Milletinin derdini dert edinmiş bilinçli bir Türk aydınıdır.

Akif'in asıl mesleği veteriner hekimlikti. Gül devrini görse bülbülü olacağı bir büyük devletin çöküşüne şahit oldu. Bu onu derinden etkiledi. Sebilürreşad Dergisi'nde yazdığı yazılarda "Türklerin asırlardan beri istiklalini korumuş bir millet olarak yaşadığını ve esarete asla tahammül edemeyeceğini" dile getirdi. Tahammül etmedi. Milli Mücadele'nin ateşli savunucularından biri oldu.

Akif' in hayatını ve ahlâkını oluşturan en önemli unsur, "kendi kendisi" olmaktır.

Toplum adına konuşurken hep aynı insandır ve neyse odur. Bir başkasına benzemek, ödünç alınmış kimliklerle ortaya çıkmak, olduğundan fazla görünmek ve söylediği ile yaptığı arasında bir uyumsuzluk, düşünce, duyarlık ve imanıyla ters düşmek O'nun

Hüseyin Cahit Yalçın'ın vurguladığı gibi Akif'in hayatı Safahatı'ndan daha büyük bir şiirdir.

Mehmet Akif, Halkalı Baytar Mektebinde talebe forması ile...

hiç bir şekilde katlanamayacağı bir düşkünlüktür. Bu ilkeli ve bütünlüklü kişilik Akif'i bir erdem anıtı haline getirir. O'nun için verilmiş bir sözün, kurulmuş bir dostluğun, bağlanılmış bir imanın, sahip olduğu vatanın bedeli hayattır. Akif, hayatı pahasına sever, hayatı pahasına bağlanır, hayatı pahasına inanır ve verdiği sözü hayatı pahasına verir. Bu yüzden dostluğu kelimenin her anlamıyla sonuna kadar güvenli ama o ölçüde de zorludur. Türk Şiiri'nde bu kadar kendi kendisi olabilen, yüksek ahlak sahibi, mütevazi ve ilkeli, entelektüel kapasitesi son derece yüksek, yaşadığı dünyanın farkında bir başka şair zor bulunur.

Akif aynı zamanda bir Milli Mücadele kahramanıdır. Akif, Milli Mücadeleye katılmak için uzun ve tehlikeli bir yolculuktan sonra Ankara'ya gelir. Yüreğindeki iman ve umudu cami kürsülerinden, eşraf ziyaretlerine kadar, sohbet, vaaz, davet, düzyazı ve şiirle haykırır. Çanakkale'yi destanlaştıran Akif, dört bir yanı düşmanla sarılı Türk milletine 'korma' diye seslenir. "Korkma sönmez bu şafaklarda yüzen al sancak/ Sönmeden yurdumun üstünde tüten en son ocak." İstiklal Marşı'nı 'Kahraman ordumuza' ithaf eder. Safahatına almaz. İstiklal Marşı'nı hangi duygular içinde yazdığını şöyle ifade eder: "Bu marş ancak ümitle, imanla yazılabilir. O zamanı bir düşünün. İmanım olmasa böyle bir marşı nasıl yazabilirdim? Zaten ben de başka türlü düşünüp başka türlü yazanlardan değilim. Bu elimden gelmez. İçimde ne varsa olduğu gibi yazılarımdadır. Şu var ki İstiklal Marşı'nın şiir olarak hiçbir değeri yoktur. Ancak tarihi bir değeri vardır." Yeni bir milli marş yazılabilir mi sorusuna "Allah bir daha bu millete İstiklal Marşı yazdırmasın" diyerek Türk milletinin duygularına tercüman olur.

Akif 'le ilgili temel yanılgılardan biri O'nu sadece yazılarından, şiirlerinden tanımaya çalışmaktır. Mehmet Akif yazdıklarından çok daha derin, çok daha geniş ufuklu, çok daha san'atkar ve çok daha şaşırtıcı bir insandır. Böyle iken O herkes gibi görünmeye çalışır. Yazar Mithat Cemal, O'nun bu taraflarını tanıdıkça büyük bir şaşkınlık içinde şunları söyler: '"Yüz kahramana yetecek ahlak ve seciyesiyle sıradan bir insan gibi yaşıyor!"

İşte Akif bu ifadeyle ve Hüseyin Cahit Yalçın'ın sözlerinde gizlidir: "Akif'in hayatı Safahatı'ndan daha büyük bir şiirdir."

Taceddin Dergâhı Akif'ten hatıra

Kanuni Sultan Süleyman tarafından, Hacı Bayram Veli'nin kurduğu Bayramiye tarikatının bir kolu olan Celvetiler için yapılan Taceddin Dergâhı adını bahçesinde kabri bulunan Taceddin Sultan'dan alıyor. 1826'da tamir edilen ve Sultan Abdülmecit zamanında ilaveler yapılarak türbe, dergâh evi, çeşme, hazire ve camiden oluşan bir külliye haline getirilmiştir.

Taceddin Dergâhı, İstiklâl Marşı'nın yazıldığı mekândır. Mehmet Akif Ersoy, Milli Mücadeleye katılmak için Ankara'ya geldiğinde, Ankara'da boş ev bulmanın çok zor olduğundan dolayı Dergâhın şeyhi tarafından ikâmet etmesi için Mehmet Akif Ersoy'a verilir.

Taceddin Dergâhı Mehmet Akif Ersoy'un misafirlerini ağırladığı, ülke sorunlarının, sanatın ve Milli Mücadele ile ilgili konuların konuşulduğu, tartışıldığı ve bağımsızlık mücadelesinin önemli yerlerinden birisidir. Bu açıdan Taceddin Dergâh'ı önemle hatırlanması, korunması gereken bir mekândır. Mehmet Akif Ersoy bu dergâhta İstiklal Marşı'nı yazdığı sıralarda gece gelen ilhamla İstiklal Marşı'nın bazı dizelerini mum ışığında dergâhın duvarlarına yazdığı da bilinmektedir.

Numune Sağlık Dergisi

REKLAM ALANI

İlaçta reklam yasağı kapsamında bu sayfada yayınlanan reklamı internet ortamında yayınlayamıyoruz.

Söz konusu reklamı, dergimizin basılı nüshalarında bulabilirsiniz.

REKLAM ALANI
REKLAM ALANI
REKLAM ALANI
REKLAM ALANI
REKLAM ALANI
REKLAM ALANI

Dr. H.Tankut KÖSEOĞLU
Gastroenteroloji Kliniği ve Laboratuarı

Gastroözefageal Reflü Hastalığı

Gastroözefageal reflü Hastalığı nedir?

Reflü tanım olarak mide içeriğinin bir zorlama olmaksızın özefagusa geçmesi ile yakınmalara ve özefagus alt ucunda lezyonlara, hasara (ülser vs gibi) yol açmasıdır. Bu durum pek çok kişide genellikle hiçbir klinik bozukluğa yol açmadan oluşabildiği için normal bir fizyolojik olay olarak kabul edilmektedir. Ancak Gastroözefageal reflü (GÖR); özofagus, orofarinks, larinks, akciğer gibi organlara zarar vererek çeşitli semptomlar oluşturduğunda artık gastroözefageal reflü hastalığı (GÖRH) söz konusu olur.

Gastroözefageal reflü hastalığının sıklığı nedir ?

Son zamanlarda reflü hastalığı çok duyulur ve "popüler" oldu. Herhangi bir sağlık problemine "popüler" gibi olumlu bir anlam yüklemek yanlış olsa da reflü hastalığının son yıllarda çok konuşulan hastalıklardan biri olmasının en büyük sebebi sıklığıdır. Reflü en sık rastlanılan sindirim sistemi hastalığıdır. Ülkesine göre değişmekle birlikte reflü hastalığı tüm nüfusun % 40 ını etkilemekte ve yaklaşık her beş kişiden biri reflü belirtileri nedeni ile tedavi aramaktadır. Bazı rakamlar verirsek; örneğin A.B.D. ' nin tüm popülasyonun % 7' si hergün bir kez pirozis ve retrosternal yanmasan yakınmaktadır. Gene tüm nüfusun %40 'ı ayda bir kez benzer reflü şikâyetleri yaşamaktadır. Hastalık sıklığı ise ülkemizde de diğer ülkelere eşit olarak erişkinler arasında %20 oranındadır; yani her beş erişkinden birisinde reflü hastalığı vardır.

Buna göre GÖRH'lı şahısların çoğunda sadece hafif semptomlar vardır. Bu grup aysbergin su altındaki kısmıdır ve tıbbi yardıma pek ihtiyaç duymazlar (telephone refluxer). Orta bölümdeki hastalar komplikasyon gelişmemiş fakat tıbbi yardıma ihtiyaç duyan hastalardır (office refluxers). Aysbergin tepesini oluşturanlar ise komplikasyonların geliştiği ve hospitalizasyonu gerektiren hastalardır (hospital refluxers).

Gastroözefageal Reflü Hastalığının oluş mekanizmaları

GÖRH, reflü önleyici mekanizmaların bozulması sonucu ortaya çıkar. Bu mekanizmalar:

- Alt özefageal sfinkter (AÖS) ve diafram krusu
- Özefagus motilitesi
- Tükrük ve bikarbonat salgısı
- Mukozal defans mekanizmaları (hücreler arası sıkı bileşke, doku kan akımı, hücre epiteli)
- Mide boşalması olarak sayılabilir.

Bu koruyucu mekanizmaların hepsi de patogenezde rol almakla beraber bunlar içinde en önemlisi AÖS ve diyafram krusudur.

Nedenleri nelerdir?

Bu sorunun tek bir cümle ile yanıtlanması olası değildir. Hastalığın genetikten diyete, özefagus epitelindeki bozukluklardan hiyatal herniye uzanan geniş bir neden listesi vardır.

Reflüye neden olan faktörleri özetleyecek olursak:

1) Hiatal herni: Midenin bir kısmının diyafragmadaki küçük bir delik aracılığı ile karın boşluğundan göğüs boşluğuna yer değiştirmesidir. Genellikle uzun süreli reflü sonucu özefagusun kısalmasıyla mideyi yukarı çekmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Hiyatus hernisi bir kere ortaya çıktı mı kendiliğinden veya ilaçla düzelmez.

2) Alt özefagus sfinkter (AÖS) yetmezliği: Uzun süreli reflü AÖS'ni bozarak hastalığın daha da ilerlemesine ve kronikleşmesine katkıda bulunur. Artık mide ile özefagus arasında bir engel kalmadığından serbest kaçış ortaya çıkar. AÖS'ün yetersiz hale gelmesine yol açan üç temel mekanizma ileri sürülmektedir. Bunlar;

a) Transient (geçici) alt özofagus sfinkter relaksasyonları (TAÖSR),
b) Hipotansif AÖS
c) AÖS'ün hiatal herni örneğinde olduğu gibi anatomik olarak bozulması

3) Özefagus asit klirensi mekanizmalarının bozuklukları: Bu mekanizmalar; yer çekimi, özofagial peristaltizm, tükrük sekresyonu ve özofagial glandların sekresyonudur. Uzun süreli reflü özefagus kontraksiyonlarını bozar. Yutma güçlüğü oluşabilir. Ayrıca geriye kaçan asidin veya gıdaların özefagus tarafından temizlenmesi engellenir.

4) Dış faktörler: Alkol, sigara, ilaçlar, sıcak içecekler, aşırı yoğun içecek ve gıdalar, yaşlılık.

5) Mide motilite bozuklukları: Mide boşalımının gecikmesi gıdaların ve asidin midede uzun süre kalmasına ve kolay boşalamayan mideden yukarıya kaçmasına neden olabilir.

6) Reflüyü kolaylaştıran bazı hastalıklar: Zollinger-Ellison sendromu, reflü materyalinin zararlı etkisini artırır. Gebelik, skleroderma, diabetes mellitus ve uzunsüreli nazogastrik intubasyon özofagusun defansmekanizmalarını bozarak etkili olurlar. Gebelikte dola_ımda fazlaca bulunan östrojen ve progesteron, AÖS üzerinde relaksan etki yaparlar. Sklerodermada düz kas atrofisi vardır. Diabetes mellitusta nöromüsküler disfonksiyon vardır. Bütün bu olaylar, özofagus gövdesinde ve AÖS'de disfonksiyona, bu da reflü epizotlarında artışına ve luminal asit klirensinde gecikmeye yol açarak GÖRH'a zemin hazırlarlar

7) Genetik faktörler: Son yıllarda gittikçe daha fazla ilgi çekmeye başlamıştır. Örneğin reflü hastalığı bulunan kişilerin kardeşlerinin eşlerine oranla daha fazla reflüsü bulunduğu gösterilmiştir.

Gastroözefageal reflü hastalığının belirtileri nelerdir ?

Semptomları oldukça çeşitli ve değişken olup, en önemlileri retrosternal yanma ve regürjitasyondur. Gastroözefageal reflü Retrosternal yanma ve regürjitasyon, GÖRH'nın en sık rastlanan patognomonik semptomları olup, çok kere tanı için bu iki semptomun varlığ yeterli olabilmektedir, bunlara tipik (özefageal) semptomlar da denmektedir.. Disfajinin patogenezi multifaktöriyeldir. Peptik striktür, kanser ve ring gibi anatomik faktörler ekarte edilirse disfaji, özofagus dismotilitesine atfedilebilir. Odinofaji, az görülen semptomlardan olup mevcudiyeti, özofajit veya ülser gibi bir mukozal hastalığı düşündürür. Atipik göğüs ağrılarında kalp ile ilgili araştırmalar normal çıktığı takdirde özofagus araştırılmalıdır. Kalp ile ilgili araştırmaların tamamen normal bulunduğu hastaların %36-73'ünde özofagus ile ilgili hastalıkların (GÖRH, motor bozukluklar) varlığı gösterilmişir (36-38). Nonkardiyak göğüs ağrısı (NKGA)' nın mekanizması tam olarak bilinmemektedir. Özofagus ve kalbin nöral ileti yolları yakın ilişki içindedir. Özofagus mukozasındaki aside duyarlı kemoreseptörlerin reflü ile uyarılması ve özofagus duvarındaki basınç değişiklikleri sonucu mekanoreseptörlerin uyarılması patogenezde rol alıyor olabilir.

GÖRH' nın atipik (eksatraözefageal) bulguları da şu şekilde özetlenebilir:

1) Pulmoner Bulgular: Asthm, kronik bronşit, KOAH, bronşektazi, aspirasyon pnömonisi, akciğer absesi, pulmoner fibrosis, bronşiolitis obliterans

2) Kulak Burun Boğaz ile ilgili bulgular: Kronik öksürük, larenjit, ses kısıklığı, boğuk seslilik, sinüzit, farenjit, globus, vokal kord granülomu, lankis ca (olasılıkla).

3) Diğer: Non kardiya göğüs ağrısı, dental erozyonlar, uyku apnesi

Bazı gastrointestinal sistem hastalıkları (peptik ülser hastalığı gibi) mevsimsel periodisite gösterirler, Peptik ülser hastalığı ilkbahar ve sonbahar aylarında artış göstermektedirler. GÖRH için ise mevsimsel bir artış sözkonusu değildir.

Tanı Yöntemleri Nelerdir ?

GÖRH tanısında pek çok tanısal testler vardır, bunları sınıflandıracak olursak:

1) Reflü varlığını gösteren testler:

- **a.** Baryumlu grafi
- **b.** Gastroözefageal sintigrafi
- **c.** Standart asit reflü testi
- **d.** Ambulatuvar pH monitorizasyonu

2) Mukozal hasarı gösteren testler:

- **a.** Çift kontrastlı baryumlu grafi
- **b.** Endoskopi
- **c.** Biyopsi

3) Semptom-reflü ilişkisini gösteren testler

- **a.** Bernstein testi
- **b.** Ambulatuvar pH monitörizasyonu
- **c.** Proron pompa İnhibitörü testi

4) Prognostik ve preoperatif değerlendirme

- **a.** Özefageal motilite
- **b.** pH monitöririzasyonu

Bu testler içinde her birinin tanısal yönden dezavantajları bulunmaktadır. Bu nedenle günümüzde tam olarak "altın

standart'' bir test bulunmamaktadır. Ancak günümüzde altın standarda en yakın özeliklere sahip olan yöntem 24 saatlik ambulatuvar pH monitörizasyonudur.

Gastroözefageal Reflü Hastalığı tanısı konulan hastalara nasıl bir tedavi uygulanır ?

Gastroözefageal reflü hastalığında (GÖRH) tedavinin 4 amacı vardır:

1) Semptomların ortadan kaldırılması
2) Özefajitin iyileştirilmesi
3) Komplikasyonların önlenmesi
4) Remisyonun sürdürülmesi

GÖRH, yavaş seyirli bir hastalık olduğundan medikal tedavi cerrahi tedaviden önce gelmektedir. Medikal tedavi ise üç kategoriye ayrılmaktadır:

1) Sosyal önlemler (Non medikal önlemler)
2) İlaç tedavisi
3) Endoskopik tedaviler

GÖRH'da nonmedikal önlemler:

Bütün hastalarda tedavinin başlangıç kısmını oluşturur. Tedavi mutlaka sosyal tedbirler de denilen yaşam tarzı değişikleri ile başlamalıdır ve her olguda uyulması önerilir. Yaşam biçiminin yakınmaların ortaya çıkışında önemli olduğu bir grup hasta (tüm reflü olgularının % 10'u) sosyal önlemlerle yakınmasız kalabilir. Başlıca nonmedikal önlemler şunlardır:

1) Yatağın baş kısmının yükseltilmesi
2) Sigara ve alkolün bırakılması
3) Kahve ve sıcak gıdalardan kaçınılması
4) Her öğündeki yiyecek miktarının azaltılması
5) Yağlı gıdaların azaltılması
6) Yatmadan en az 3 saat önce yiyecek ve içecek alımının kesilmesi
7) Şişmanların zayıflatılması
8) Dar giysi ve korselerden kaçınılması
9) Alt özefagus sfinkter basıncını düşüren gıda (çikolata, baharat, kahve, kolalı içecekler, domates, sarımsak, soğan, asitli meyve suları) ve ilaçlardan (antikolinerjikler, teofilin, diazepam, narkotikler, kalsiyum kanal blokerleri, beta adrenerjik agonistler, progesteron, alfa adrenerjik antagonistler) kaçınılması.
10) Sakız çiğnemek: Sarosiek ve arkadaşları, tükrük sekresyonu ile ilgili olarak özefajitli ve sağlam kişilerde yaptıkları araştırmada sakız çiğnemenin; tükrüğün volümünü ve kapsadığı inorganik ve organik koruyucu faktörlerin sekresyonunu çok belirgin olarak arttırdığını göstermişler ve sakız çiğnemenin GÖRH tedavisinde terapötik bir yaklaşım olabileceğini ileri sürmüşlerdir.
11) Relaksasyon eğitimi: Mc Donald – Haile'nin çalışmasında semptomları stres esnasında artan hastalarda relaksasyon eğitiminin klasik tedaviye ek olarak kullanılabilecek faydalı bir yaklaşım olabileceği sonucu çıkartılmıştır.
12) Egzersiz: Reflü oluşumunda önemli bir rolü vardır. Bu özellikle kalb hastalığı benzeri göğüs ağrısı olan ve normal koroner anjiogramlı olgularda önem taşır. Sağlıklı kişilerde jogging sırasında reflü oluştuğu da gözlenmiştir. Bu olgular egzersizin reflü nedeni olarak önemli rolü olduğunu düşündürmektedir. Yine de olguların zayıflamaları olasılıkla daha önemli olduğundan ağır olmamak kaydıyla egzersiz yapmaları önerilebilir.

GÖRH'de ilaç tedavisi:

İlaç tedavisinde amaç agressif faktörlerin etkisini azaltmak ve defansif faktörlerin gücünü arttırmaya yönelik olmalıdır. Bu amaçla çeşitli ilaçlar kullanılmaktadır.

1) Antasitler ve alginik asit: Reçeteye tabi olmadığından halk arasında en

yaygın kullanılan ilaçlardır. Sıvı formları daha etkilidir. Etkileri 30 dakika içinde başlar ve özefageal asidifikasyonu 90 dakika boyunca önlerler Yakınmaları çok şiddetli olmayan olgularda kullanılabilirler. Sürekli kullanım yerine yakınma oluştukça alınması önerilmektedir. Tek başlarına özefajiti iyileştiremezler. Antasit ve aljinik asit kombinasyonu olan ilaçlar, aljinatın mekanik olarak reflüyü önlemede yardımcı olması nedeniyle tercih edilmektedir.

2) H2 reseptör antagonitleri: Simetidin (artık kullanılmamaktadır), ranitidin, famotidin, nizatidin gastrik parietal hücreler üzerindeki H2 reseptörlerini kompetisyonla bloke ederek etkilerini gösterirler. Proton pompa inhibitörleri (PPİ)'nin çıkışı nedeniyle eski popülaritelerini kaybetmekle beraber aslında belli endikasyonlarda başarılı ilaçlardır. Semptomatik hastalarda ilk basamak tedavisi olarak kullanılabilirler. Ancak eroziv özefajit tedavisinde yetersiz kalırlar.

3) Prokinetik ajanlar: Kolinerjik bir agonist olan betanechol, dopamin agonistleri olan metoclopramid ve bir serotonin reseptör agonisti olan cisaprid bu grupta yer alırlar. Bunların hiçbirinde FDA onayı yoktur. Cisaprid, kardiyak yan etkilerinden dolayı yasaklanmıştır. Diğerleri de ancak yardımcı ilaç olarak kullanılabilirler ancak yararları azdır.

4) Sucralfate: Epitelyum asit injurisine karşı topikal olarak korur, idame tedavisinde faydalı olabilmektedir. Ancak FDA onayı yoktur.

5) Baclofen: Gamma-amino bütirik asit (GABA); santral sinir sistemi içerisinde bulunan önemli bir transmitterdir ve bunun geçici alt özefagus sfinkter relaksasyonuna etkili olduğuna inanılmaktadır. Bu ilaç hakkında yeterli bilgi birikimi henüz yoktur.

6) Proton Pompa İnhibitörleri (PPİ): Piyasada omeprazol, lansaprazol, pantoprazol, esomeprazol ve rabeprazol mevcutturTüm karşılaştırmalı çalışmalarda dozuna bakılmaksızın PPİ'leri H2 reseptör antagonistlerinden üstündür. Özefajitli vakaların % 74-97'sinde 8-12 haftalık tedavi sonrasında tam iyileşme söz konusudur. Eroziv özefajit varlığında ve H2 reseptör antagonistlerine refrakter GÖRH'da ilk seçilecek ilaç grubudur. İlaç bırakılınca nüks oranı yüksek olduğundan yıllarca idame tedavisi gerekebilmektedir. PPİ grubu ilaçlarla semptomlar ve özefajit, H2 reseptör antagonistlerine göre daha çabuk iyileşmektedir.

Eşdeğer dozlar kullanıldığında farklı proton pompa inhibitörlerinin benzer etkinlikte olduğu gösterilmiştir. Başlangıçta asit inhibisyonu bakımından farklılıklar olsa bile birkaç gün sonra bu fark ortadan kalkmaktadır. Farklar yan etki profilleriyle ilgili olabilir.

PPİ'lerinin uzun süre kullanımda emniyetli olup olmadıkları konusu halen tartışmalıdır. Başlangıçta kuvvetli asit supresyonunun sistemik enfeksiyon riskini arttıracağı, nitrosamin üretiminin artıp gastrik kanser risknin artacağı, kronik hipergastrineminin gastrik karsinoid riskinde artışa yol açabileceği yolunda endişeler vardı. Fakat bugüne kadar bu düşünceleri destekleyen kanıtlar ortaya çıkmamıştır, sadece Helikobakter Pilori enfeksiyonunun daha çabuk ilerleyip gastrik atrofi gelişimini hızlandırabileceği bildirilmiştir

Tedaviye Dirençli Vakalarda hangi ilaçlar kullanılmaktadır ?

Medikal tedaviye direnç: Yeterli dozda PPİ verilmesine rağmen 12 haftada reflüyle ilişkili semptomların devam etmesi ya da mukozal lezyonların iyileşmemesi durumunda tedaviye dirençten bahsedilir. PPİ'lerin gastrik asiditeyi kontrol etmede yetersiz kalışının çeşitli sebepleri vardır. PPİ'lerin oral biyoyararlılığı kişiden kişiye değişmektedir ve ilaç, gıda ya da antasidlerle birlikte alındığında da azalmaktadır. Gastrik korpusu tutan Helikobakter Pilori enfeksiyonu olanlarda PPİ'lerin Standard dozları gastrik asiditeyi kontrol etmede yetersiz kalabilmektedir Genetik varyasyonlara bağlı olarak enzim kapasitesindeki değişikliklerden dolayı da ilaçların etkinliği kişiden kişiye farklı olabilmektedir. Küçük bir hasta grubu vardır ki bunlarda ilacın normal kan seviyesine rağmen ilaca karşı rezistans sözkonusudur (gastrik pH'nın 4'ten küçük olduğu süre 24 saatlik gözlemin % 50'sinden fazladır).Bunlarda muhtemelen proton pompasında bir bozukluk vardır. Gastrik asithipersekresyonu olanlarda da ilacın etkinliği azalabilir.

PPİ'lere direnç, en yaygın olarak geceleyin saat 12 ile sabah saat 6 saatleri arasında görülmektedir. Geceleyin hastaların çoğunluğunda gastrik pH 1 saatten fazla 4'ün altında kalmaktadır ki buna "nokturnal asit breakthrouh" (nokturnal asit atağı) denmektedir. Bu durum muhtemelen histamin reseptörleriyle ilgilidir ve tedavi yetersizliğine yol açmaktadır. Nokturnal asit atağı (NAA), GÖRH vakalarında sık görülmektedir (% 50-70). Bununla birlikte bu atakların hastaların semptomlarından sorumlu olma oranları % 13 civarındadır. Dolayısıyla NAA saptanan hastaların çoğunluğu PPİ dozunun artmasından veya tedaviye H2R antagonistlerinin eklenmesinden fazla yarar görmeyecektir. Bireyler arası varyasyonlardan dolayı klinisyen ilaç dozunu hastanın klinik tablosuna ve gastrik pH cevaba göre ayarlamalıdır.

Yeterli asit supresyonuna rağmen bazı vakalarda tedavi başarısız kalabilir. Bu hastaların bir kısmında sensitif özefagus sözkonusudur. Eğer 24 saatlik pH metre, gastrik asidite kontrolünün yeterli olduğunu ve semptomların özefageal asidifikasyonla ilişkili olmadığını gösteriyorsa şunlar düşünülmelidir:

- GÖRH tanısı yanlıştır
- GÖRH'lı hastalarda başka semptomlar vardır. Reflü semptomları düzelince diğer semptomlar ön plana çıkmış olabilir.
- Bazı hastalar yavaş iyileşirler ki bunların özefajitlerinin iyileşmeleri ve asemptomatik hale gelmeleri 12 haftayı aşabilir.
- Gastrik staz , alt özefagus sfinkter (AÖS) disfonksiyonu veya inefektif özefageal peristaltizm, persistan semptomlara katkıda bulunuyor olabilir.
- Non asit gastroözefageal reflü; bazı hastalarda regürjitasyona ve solunum yolları ile ilgili semptomlara yol açıyor olabilir
- Peptik striktürlerin varlığında da semptomlar devam eder.

Reflü özefajiti olanlarda semptomların kontrol altına alınamama oranları % 10-20 bulunmuştur ki bunlar özellikle nokturnal asit atakları olanlardır. Tedaviye refrakter görünen hastalara en az 1 hafta süreyle günde 2 kez PPİ verilmesine rağmen hala semptomatik iseler, mide asidite ölçümü ile birlikte; tedavi altındayken 24 saatlik pH metre ve gerekiyorsa impedans ölçümleri yapılmalıdır.

Tedavi Stratejisi

Rekürrent pirozis olan hastalar; alarm semptomlar ya da ciddi GÖRH açısından sorgulanmalı, şüphe varsa endoskopi işin başında yapılmalıdır. Böyle bir durumun söz konusu olmadığı diğer hastalar empirik olarak tedavi edilebilirler.

GÖRH'da tedavi büyük ölçüde hastalığın şiddetine bağlıdır. Semptomların hafif olduğu hastalarda seçilen tedavi, şiddetli olanlarda hiçbir işe yaramaz. Bu nedenle hastalığın şiddetine göre düzenlenmiş basamaklı tedavi şemaları uygulanabilmektedir. Ancak son zamanlarda basamaklı tedavi şemaları da tartışılır olmaya başlamıştır.

Bütün tedavi yaklaşımlarında hayat tarzı ile ilgili önlemler mutlaka birlikte uygulanmalıdır ve gerektiğinde pirozis için sıvı antasidler kullanılmalıdır. Step-up yaklaşımda 1-4 hafta kadar standard doz H2R antagonistleri verilir, yetmezse standart doz PPİ verilir. Başarılı tedavi, semptomların kontrol altına alınmasıyla eş değerdir ve etkili dozda tedavi 8-12 hafta devam edilir. Step-down yaklaşımda bu sıranın tersi uygulanır ve semptomların ortaya çıkışını önleyen basamakta tedaviye devam edilir. Standart doz PPİ, semptomları kontrol etmede yetersiz kalıyorsa tanıyı desteklemek için endoskopi yapılmalıdır. Gastrik asidite tayin edilmelidir. Şayet endoskopi GÖRH ile uyumlu ve gastrik asidite de mevcut ise PPİ dozu günde 2 kez uygulanmalıdır. PPİ'nin etkileri 24 saat devam ettiğinden tek kullanımda istenen etki sağlanır. Orta şiddette olgularda tedaviye 2 doz (2x20 mg. Omeprazol, 2x40 Mg. Esopmeprazol 2x30 mg. Lansaprazol, 2x40 mg. Pantaprazol) ile başlayıp 12 haftalık süre sonunda dozu yarıya indirerek tedaviye devam etmek, semptomlar tekrarlarsa dozu tekrar çıkarmak daha uygun yaklaşım şeklidir. Şiddetli olgularda 60-80 mg. Omeprazole eşdeğer dozda PPİ kullanılabilir. Tedaviye cevap veren hastalarda, tedavinin durdurulmasıyla nüks gelişme oranları oldukça yüksek olduğundan (%80-90) idame tedavisinin ne kadar sürdürüleceği tartışmalıdır. Başlangıçta özefajiti olanlarda nüks daha sık ve daha erken ortaya çıkmaktadır. % 10-20 hastada nüks gelişmediğinden ya da geç geliştiğinden, ilk kez GÖRH tedavisi alanlarda 3-6 ay sonra tedavi kesilip hasta izlenir. Nüks görülmezse problem yok demektir. Şayet nüks 3 aydan sonra ortaya çıkıyorsa intermittan tedavi uygulanır. 3 aydan daha önce nüks ortaya çıkıyorsa ya ilaç devamlı kullanılır ya da yakınma oldukça (on demand) alınır. Ya da hasta anti reflü cerrahi açısından değerlendirilir. Kronik tedavide olan hastalara hiç olmazsa bir kez Barret's epiteli araştırılması için endoskopi yapılmalıdır.

Kombine tedavi: Kullanılan PPİ dozunu azaltmak, ajanların birbirini tamamlayıcı etkilerinden yararlanmak için 2 ajan bir arada kullanılabilir. En çok kullanılan kombinasyon PPİ ile birlikte prokinetik ajanlardır. Bunun yanında antisekretuvar ajanla birlikte aljinik asit, antasit, sukralfat diğer seçenekler olarak düşünülebilir

Endoskopik Tedaviler:

Gastroözefageal reflü hastalığının tedavisinde tıbbi ve cerrahi yöntemlerin yanı sıra son zamanlarda bir takım endoskopik tedavi yöntemleri de uygulamaya girmeye başlamıştır. Bilindiği gibi mide asit reflüsünün en iyi engellenme şekli antisekretuvar ilaçlarla tedavidir. Ancak reflü sıvısındaki diğer eşlik eden bileşimler, safra asitleri ve pepsin gibi maddeler olduğundan bunların engellenmesi için başkaca yöntemlerin kullanılması gerekmektedir. Bu amaçla anti reflü cerrahi laparoskopik yöntemle başarılı bir şekilde günümüzde uygulanmaktadır. Son zamanlarda uygulanmaya başlanan ve gastroözefageal bileşke civarında endoskopik yolla çeşitli yöntemlerle bariyer oluşturma yöntemi giderek daha sık uygulanmaya başlanmıştır. Bu endoskopik tedavi yöntemleri şunlardır:

1) Endolüminal gastroplikasyon
2) Radyofrekans tedavisi (stretta prosedürü)
3) Endoskopik injeksiyon tedavisi
4) Alt özefagus sfinkterinin (AÖS) endoskopik güçlendirilmesi

1) Endolüminal gastroplikasyon

Bu işlemde endoskopik yolla gastroözefageal bileşkeye sütür sistemi (EndoCinch-Bard Interventional Products, Billerica, MA) eriştirilir. Daha sonra sfinkterin altında bitişik dikişler atılır. Bu dikişler karşılıklı birleştirilerek burada bir pili oluşması sağlanır. Bu pililerden oluşan engel özefagusa mideden olacak reflüyü azaltır.

2) Radyofrekans tedavisi (Stretta prosedürü)

Bu yöntemle üzerinde iğne kateterler olan fleksibl Stretta sistemi kullanılır. Bu kateterler yoluyla radyofrekans enerjisi (mikrodalga) AÖS kas tabakasında termal lezyon oluşturur. İşlem sırasında kimsi sedasyonla endoskopik yolla kateter yutturularak gastroözefageal bileşkeye kadar gelinir ve üzerindeki balon şişirilerek balonun çevresine yerleştirilmiş olan basketin üzerindeki iğne elektrodlar dokuya batırılır ve buradan radyofrekans yolu ile termal lezyon oluşturulur. Bu lezyon iyileşince kollagen kontraksiyonu vasıtasıyla burada bariyer oluşur. Bu sonuç yaklaşık 6 ay kadar sonra elde edilir.

Bu yöntemle ilgili olarak sonuçlar ümit verici görünmekle beraber henüz uzun dönem sonuçlarını gösteren geniş kapsamlı çalışmalar mevcut olmayıp gelişebilecek tüm komplikasyonlar kakında da yeterli bilgiye sahip değiliz.

3) Endoskopik Enjeksiyon tedavisi

Enteryx bugün için FDA tarafından onaylanmış endoskopik yolla daimi olarak implante edilen bir araçtır. Enteryx bir polimer ve solventen oluşan (etilen-vinil-alkol polimeri) bir maddedir Fluroskopi altında endoskopik yolla özefagus alt ucuna injeksiyon yoluyla yerleşitirilir. Burada bir bariyer oluşmasına yol açar.

4) AÖS'ün endoskopik güçlendirilmesi

Gatekeeper sistemi olarak bilinir. Bu yöntemle endoskopik yolla hidrojel protez enjeksiyonu yapılır. Bu madde daha sonra genişlediğinde AÖS'te yumuşak bir pli şeklinde bariyer oluşturup anti reflü etki yapar.

Sonuç: Yakın zamanda prosedürlerin etkinliğini gösteren kontrollü çalışmalar yoktur. Fakat küçükçaplı çalışmalar ümit vaad etmektedir. Eğer gerçekten yapabiliyorlarsa da bu işlemlerin nasıl anti reflü bariyer oluşturdukları pek açık değildir. Bu tekniklerin güvenilirliği çok ciddi komplikasyonlar görülmese de sorgulanmaktadır. GÖRH'nın tedavisinde bu yöntemlerin rolü de henüz pek açıklığa kavuşmuş değildir.

Cerrahi Tedavi:

Uzun süreli antisekretuar ilaç kullanmaını alternatifi cerrahi tedavidir. Cerrahi tedavide amaç bozulmuş sfinkter basıncını düzeltmek, varsa herni onarımı yapmaktır. Bu amaçla Nissen fundoplikasyon, Hill operasyonu, Toupet operasyonu gibi cerrahi girişimler uygulanır. Bunlardan en çok kullanılanı Nissen fundoplikasyondur. Son yıllarda bu operasyon laparoskopik olarak yapılmaktadır. Büyük merkezlerde bu operasyonun başarı oranı % 90, morbiditesi % 5 civarındadır. Ancak deneyimi az merkezlerde başarı oranı düşerken morbidite artmaktadır.

Reflü'de Kanser Gelişir'mi?

Reflü hastalığı ile özefagus alt uç kanserleri arasında ilişki vardır. Fakat kanser gelişme olasılığı son derece düşüktür ve bazı öncül bulgulardan sonra ortaya çıkar. Mide içerisinden özefagus sürekli olarak kaçan asit ve özellikle safra, özefagus değişikliğe yol açar.

Özefaus epiteli asit ve safranın yaptığı hasarsan korunmak için midenin asit ve safraya dayanıklı hücreleri gibi olmaya çalışır ve onları taklit eder (metaplazi). Bu taklit hücrelere "Barret" denir. Barret hücrelerinde değişiklikler (metaplazi) sonrası displazi ortaya çıkar. Reflü hastalarının %10' da Barret ozefagus gelişir. Bu hastaların da %3-7'de displazi gelişimi görülebilir. Barret ozefagus olan hastalardan biyopsi ile yıllık veya en azından 3 yılda bir takibi gerekir. Sürekli ilaç kullanımı Barret ozefagusu olan vakalarda kanser gelişimini %100 oranında engellemez. Bunun en önemli nedeni ilaç tedavisi ile asit kaçışının önlenmesine karşın safra ile temasın engellenememesidir. Cerrahi tedavi hem asit hem de safranın mideden özefagusa regürjitasyonunu engelleyerek daha koruyucu bir tedavi sağlar.

Gebelikte hediyesi Reflü

Retrosternal yanmanın gebeliklerin %30-50'sinde görüldüğü hesaplanmakta ve bazı toplumlarda bu insidans %80'e yaklaşmaktadır. Bu semptom nadiren eski hastalıktaki bir alevlenmeye işaret etmektedir. Retrosternal yanma gebelikte oldukça yaygın olduğundan, hem hastalar hem de kadın doğumcular bu semptomun sağlıklı bir gebelikte normal bir oluşum olduğunu düşünmektedir. Genel olarak, semptomatik gastroözofageal reflü hastalığı (GÖRH) gebelik sırasında başlamakta ve doğumdan kısa süre sonra kaybolmaktadır. Gebelikteki GÖRH nedeni tartışma konusudur. Gastroözofageal reflüyü tetikleyen mekanizmaların tümünde, temel olarak alt özofagus sfinkter basınç (LES) tonusunda bir azalma söz konusudur. Gebelikte tedavinin sorunlu yönü, yaygın kullanılan anti-reflü ilaçlarının potansiyel teratojenisitesidir. Hafif semptomlar için, gereken tek şey, yaşam tarzı ve diyet değişiklikleri olabilir. Daha semptomatik olgularda ilaç tedavisi, yemeklerden sonra ve gece yatarken alınan antasitlerle, ya da günde 3 kez 1 gr sukralfat ile başlanmalıdır. Dirençli olgularda hastanın önerilen sistemik ilaçların risk ve yararları hakkında bilgilendirilmesi gerekir. Bu sayede kararlar hastanın bilgisi dahilinde verilebilecektir. En iyi yaklaşım, mümkünse gebeliğin ilk trimesterinde sistemik ilaç kullanımından kaçınılmasıdır. Histamin2 reseptör antagonistleri proton pompa inhibitörlerinden önce kullanılmalı ve günde bir kez şeklindeki bir rejimle, özellikle de belirtilerin kötüleşebileceği akşam yemeği sonrasında alınmalıdırlar. Doz, gerekirse günde iki defaya çıkarılabilir. PPİ'ler refrakter hastalar ve komplikasyonlu reflü hastalığı olan gebeler için saklanmaktadır.

Melisa SIĞIRCI
Bilgi Üniversitesi, Mimarlık Fakültesi Öğrencisi, İstanbul

Mimaride Altın Oran

Altın oran, doğada sayısız canlının ve cansızın şeklinde ve yapısında bulunan özel bir orandır ve yaklaşık 1.618 olarak kabul edilir. Altın Oran, matematikte ve fiziksel evrende ezelden beri var olmasına rağmen insanlar tarafından ne zaman keşfedildiğine ve kullanılmaya başlandığına dair kesin bir bilgi mevcut değildir. Tarih boyunca birçok defa yeniden keşfedilmiş olma olasılığı kuvvetlidir.

Altın oran, doğada, bir bütünün parçaları arasında gözlemlenen, yüzyıllarca sanat ve mimaride uygulanmış, uyum açısından en yetkin boyutları verdiği sanılan geometrik ve sayısal bir oran bağıntısıdır. Doğada en belirgin özelliklerine insan vücudunda, deniz kabuklularında ve ağaç dallarında rastlanır. Platon'a göre kozmik fiziğin anahtarı bu orandır. Altın oranı bir dikdörtgenin boyunun enine olan "en estetik" oranı olarak tanımlayanlarda vardır. Eski Mısırlılar ve Yunanlılar tarafından keşfedilmiş, mimaride ve sanatta kullanılmıştır. Dünyanın, insanların, bitkilerin, ağaçların... , kısacası kainatın yaratılışında yaratıcının kullandığı orandır.

Genlerimizde bile kayıtlı olan bu orana sahip eserlerin insan gözüne daha hoş geldiği bilinmektedir. Altın oranın 4000 yıldan daha uzun bir geçmişe dayanmaktadır. Sanatçılar bu oranı tabloların boyutlarında, mimari cephe tasarımında, heykellerin oranlarında kullanmıştır. Altın oranın kullanıldığı sanat eserleri, dönemlerinin en ünlü eserleri olmuş, tabi bunları eserlerinde kullanan sanatçılar da eserlerinin ünüyle popüler olmuştur. Bu eserlerin popülaritesini günümüze kadar korumasındaki başlıca sebep altın oranın kullanılmasıdır.

Altın oranın sanat eserlerinde kullanılması, Mısır sanatı kadar e kidir. Yunan medeniyetinde de kullanılan Rönesans sanatçılarının eserlerinde bu oran sistemine yer vermesiyle doruğa

ulaşan altın oran günümüze kadar değişik mimari yapılarda kullanılmıştır. Eski Mısırdaki piramitler şüphesiz en mükemmel örneğidir. Yunanlılar Eski Mısır ile kendilerini karşılaştırdıklarında kendi medeniyetlerini çoğu zaman çok genç ve deneyimsiz bulmuşlardır. Çünkü Mısırlılar rakamları binalarında kullandılar, oran ve orantıyla manevi kavramları anlatma yolunu izlediler.

Rönesans'ta sanatçılar altın oranı kullanmak için adeta yarışmışlardır. Leonardo Da Vinci'nin çalışmalarıyla, altın oran Rönesans'ta en muhteşem dönemini yaşamıştır. Bu dönemde altın oran mimaride binaların cephelerinde, planda ve perspektiflerinde mekanı kontrol altına almaya başlamıştır. Roma döneminde; Gotik Katedrallerin. Cephe düzeninde görülmektedir. Modern dönemde Le Corbusier, gelişen modern sistem ve endüstrileşmeye göre altın oranı kendi yaratmış olduğu sisteme uyarlamıştır. Oran olmadan tasarımın olması mümkün değildir. İnsan anatomisine göre tasarımı yapılan hemen her üründe, altın oranın izlerine rastlamaktayız.

Mimar yapılarda altın oranın en eski örneklerinden biri Atina'daki Akropolis Parthenon(şekil 1a, şekil 1b) tapınağıdır. Bu yapı Athena adına inşa edilmiştir ve şehrin en önemli yapısı olarak şehrin bütün önemli noktalarından görülmektedir. Konumu açısından incelendiğinde çok iyi ayarlandığı anlaşılmaktadır. Taştan yapılan Yunan tapınaklarında ilk olarak Dorik, İyonik ve daha sonra ise Korinthian düzeni eklenmiştir. Parthenon Dorik düzeninin doruk noktasını oluşturmaktadır. Yapı birbirinin içinde iki dikdörtgenden oluşmaktadır. Bunlar "altın dikdörtgenler"dir. Kat planında genişlik ve uzunluk oranları 1.618 oranını yani altın oranı vermektedir. Aynı oran, sütunlar ile tapınağın yüksekliği karşılaştırılarak bulunabilir.

Yapının dıştan görünümü geometrik olarak görünmesine rağmen ölçüm yapıldığında kullanılan elemanların geometrik olmadığı, ölçülerin farklı olduğu anlaşılmaktadır. Kolonlar bile birbirinin aynı değildir. Fakat bu şekliyle altın orana kusursuz bir şekilde uyduğu gerçeği mucizevidir.

Yunan mimarisi çizgileri birleştirerek düzgün dikdörtgene benzeyen biçimler yaratan bir sanat akımı oluşturmuştur. Bu akım uzaydaki katı cisimler ile teker teker ilgilenmemiş, katı cisimler kullanarak paralel çizgiler oluşturmuş, paralel çizgilerden düzgün dikdörtgenler oluşturmuştur. Dikdörtgen şekiller oluşturulduğundan sadece tek bir açı kullanılmış bu da doksan derecelik açıdır.

Heykel sanatında altın oran ilk olarak yunan heykeltıraşlığında görülmektedir. Ünlü Afrodit heykelinde(Şekil 2) başucundan göbeğe olan oran 0,382 birim; göbekten, ayakucuna olan oran ise 0,61803 dir. Bu sonuç heykelde altın oranın uygulandığını açıkça göstermektedir. Afrodit heykeliyle birlikte Parthenonunda tasarımcısı olan Phidias bilindiği kadarıyla altın orana tutkun bir sanatçıydı(Prof. Fikri Akdeniz, Çukurova Üniversitesi, www.cu.edu.tr/Content/Asp/Turkish/duyuru). Heykellerinde uyguladığı bu oran sistemine birçok insanın anatomisini inceleyerek ulaşmıştır.

Gotik dönemde sanatçılar "trigulation" ve "ad quadratum" adı verilen yöntemler kullandılar. Roman kiliselerinin cephe ve plan tasarımlarında bu yöntemin uygulandığı görülür. Yöntem altın orana dayanmaktadır. (N. Tekkanat Altın Oranın Kaynakları ve Sanata Yansıması, sayfa 56, 2006).

Paristeki Notre Dame Katedrali'nin

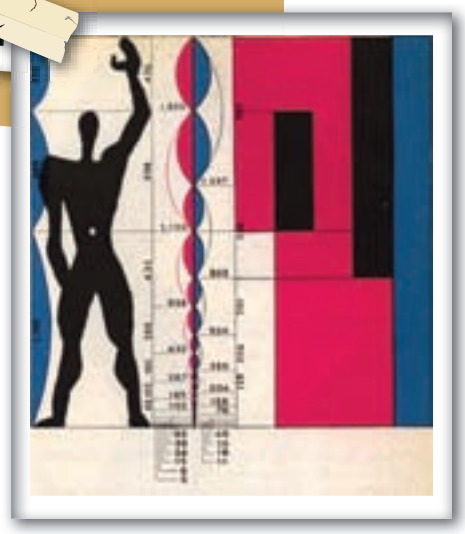
batı cephesi görkemli bir denge içinde bütünleşmiş simetrinin bir örneğidir. Bu dengenin oluşmasında ise bu cephede altın oranın ağırlıklı olarak kullanılmasından ileri geldiği düşünülmektedir.

Gotik dönem katedrallerinde uygulanan Rose Window olarak bilinen vitray süslemelerin çiçek şeklinde oturtulduğu daire formlu pencereler ilk kez Chartes (şekil 3) katedralinin batı cephesinde, alışılmışın dışında inşa edildiler. Daire formunu oluşturan kareler batı cephesindeki pencerelerde altın dikdörtgen olarak göze çarpmaktadır.

Sanat ve mimaride altın oranın uygulamada en güçlü savunucularından biri Fransız mimar ve ressam Le Corbusier'dir. Le Corbusier evrenin matematiksel düzenine olan inancından dolayı altın oran ve fibonacci serisine yakından bağlıydı. Bu bağlılıkla beraber bir sistem geliştirdi ve bu sisteme "modulor"(Şekil 8) adı verildi. Le Corbusier bu sitemin çıkış noktası olan altın oranı birçok eserinde kullanmıştır (www.yapi.com.tr/Etkinlikler/le-corbusier-mimarlik-sanati-sergisi).

Le Corbusier'in Bauhaus tasarımlarından biri olan şezlongunun(şekil 6) uzanma bölümü yay şeklinde forma sahiptir. Yastık ve ayak bölümünde yine benzer yayı kullanmıştır. Bu yayı tamamladığımızda ise karşımıza altın dikdörtgen çıkmaktadır (N. Tekkanat Altın Oranın Kaynakları ve Sanata Yansıması, sayfa 76, 2006).

Türk mimarisinin büyük ustası mimar sinanın eserlerinde müthiş bir uyum gözlenmektedir. Eserlerinde parçalar bütünle ve kendileriyle bir oran içerisindedir. Altın oranın en çok gözümüze çarptığı yapısı Edirne'de bulunan Selimiye Camii'dir(şekil 9a, şekil 9.b).Caminin minarelerindeki ışıklı bölmelerin oranı, altın orana eşittir.



Bu durum Süleymaniye Camisi'nde de görülmektedir. Süleymaniye'de minare gelişmiş revak tasarımıyla bütünleşmiştir. Ustalık eseri Selimiye'de ise minareler planı bütünlemektedir. Bu camide ilginç olan şey ise minarede bulunan üç merdivenden çıkan üç kişi birbirini görmeden şerefelere ulaşabilmektedir. Bu da altın oranın estetiksel yönünün dışında işlevsel kullanılabileceğini de göstermektedir (Kuban D., Sinan'ın Sanatı ve Selimiye).

Numune Sağlık Dergisi

REKLAM ALANI

İlaçta reklam yasağı kapsamında bu sayfada yayınlanan reklamı internet ortamında yayınlayamıyoruz.

Söz konusu reklamı, dergimizin basılı nüshalarında bulabilirsiniz.

REKLAM ALANI
REKLAM ALANI
REKLAM ALANI
REKLAM ALANI
REKLAM ALANI
REKLAM ALANI

Esra ÖZ

Avucunuzdaki Kelebek

Ahmet Şerif İzgören

Kitabı aldığımda yolda okumaya başladım ve su gibi akıp gitti. Kitapta birçok öykü yer alıyor. "Mücadele ruhu, hayatınızın zor anlarında en ihtiyaç duyacağınız güçtür. Ona sahipseniz korkmayın" ve "İnsan vardır, dokunduğu şeye değer katar, insan vardır dokunduğu şeye değer kaybettirir" cümleleri motta olacak türden.

Kitaptan alıntılar:

Hayalleriniz, zor günlerinizde ilerisi için size ışık tutar

Hayallerinizin büyüklüğü, geleceğe bakışınızın ve ufkunuzun genişliğine bağlıdır.

Köyün çobanına sormuşlar: "Çok paran olsa ne yaparsın?" "Hep soğanın cücüğünü yerim." demiş. Yanındaki çobana sormuşlar: "Sen ne yapardın?", "Bana bir şey bırakmadı ki!" demiş. İleride olacağınız yeri, hayallerinizin büyüklüğü ve sıra dışılığı belirler.

Albert Einstein; "Kendimi ve düşünme yöntemlerimi gözden geçirdiğimde, hayal etme yeteneğimin somut bilgiyi özümseme becerimden çok daha ağır bastığı sonucuna varırım." der.

Hayaliniz, zor günlerinizde ilerisi için size ışık tutar, güç verir. Ona ulaşma hayali sizi hep diri tutar, soğuk gününüzü ısıtır. Hayalleriniz, hedefleriniz değildir, mutlaka ulaşmanız gerekmez.

Herkesin hayat amacı farklıdır

Zamanın birinde küçük bir karınca, sırtına çıkınını vurmuş, yola çıkmış. Etraftaki diğer hayvanlar sormuşlar:

"Hayrola karınca kardeş, nereye böyle?"

"Mekke'ye gidiyorum, hacı olacağım." Hayvanların hepsi kahkahaya boğulmuş:

"Ufacık hayvansın, oraya varmadan açlıktan, susuzluktan ölürsün." demişler.

"Olsun" demiş, minik karınca; "Varamazsam da yolunda ölürüm!"

Herkesin hayat amacı farklıdır, farklı olması da gerekir. Yeter ki bir amacınız olsun. Hayatınızın bir amacı olması, sizi ve hayatınızı değerli kılar.

Hayat amacı; birisi için sanayi imparatorluğunu genişletmek, başka birisi için bilgi yaymak, lösemili çocuklara yardım etmek, kendini hayvanlara adamak gibi her şey olabilir. Birisi için hiçbir önem taşımayan bir amaç bir başkası için çok şey ifade eder.

Hayrettin Karaca'yı hepimiz için değerli kılan şey hayat amacının hepimize kattıklarıdır. Diğer taraftan, kendini adadığı ülke topraklarını ve ormanlarını koruma amacı; özel hayatında işiyle ilgili, hayatıyla ilgili yaşadıklarının sonunda, kendini ayakta tutan yegâne güçtür.

Hayat amacını bir kağıda yazmanız gerekmez; gerçekten inanmanız, yani kalbinize yazmanız gerekir. Hayatınızın amacı kalbinizde büyür ve yalnızca size aittir.

Kendinizi Bir Ev gibi Düşünün

Değerleriniz, kararlarınızı etkilediği kadar algılarınızı da etkiler; dünyayı anlama şeklinizi belirler. Değer yargılarınız çok çeşitli olabilir. Attığınız adımların doğruluğunu onlar kontrol eder.

Kendi değerleriniz üzerine düşünmeniz ve onları belirlemeniz; benliğinizi fark etmenizi ve hayatınızla ilgili karar vermenizi kolaylaştırır.

Kendinizi bir ev gibi düşünün. Amacınız evin temeli, gelecek hayaliniz evin çatısı, değerleriniz de onları bir arada tutan beton kirişlerdir.

Kitabın ikinci bölümünde gelecekle ilgili hususlar yer almakta, temennilerin hedef olabilmesi için uyması gereken kriterler açıklanarak "Gelecek hedeflerinizi nasıl belirlersiniz?" sorusuna cevap aranmaktadır.

Düşünceleriniz Eylemleriniz Kaderiniz

Düşünceleriniz eylemlerinize, eylemlerinizse kaderinize dönüşür. Olumlu düşünceniz kaderinizi de olumluya çevirir.

İnsan beyninde olumlu ve olumsuz düşünceler tam karşılıklı, zıt yerde durmazlar. Yan yana ve aynı bölümde dururlar. Aralarında çok ince bir çizgi vardır, hangisi daha çok yer kaplıyorsa, ötekine daha az yer bırakır. Hoşgörünüz azsa tahammülsüzlüğünüz çoğalır; dostluğunuz azsa düşmanlığınız çoğalır. Siz, olumlu olanları çoğaltmaya çalışın.

Hayat sizin nereden baktığınıza bağlı olarak değişir. Sizin nasıl baktığınız belirleyicidir. Dışarıya bakıp hayatı çok kirli gören insanların büyük ihtimalle pencere camları kirlidir.

Güçlü Bir Kişilik, Kelebeğin Kozadan Çıkışı Gibidir

Güçlü bir kişilik, yolunuzdaki en büyük ışığınızdır. Kişiliğiniz, hayattaki doyumunuzda ve Başarınızda zekânızdan daha önemli bir yer tutar.

Eskilerin güzel bir sözü vardır, "nev'i şahsına münhasır adam" derler. Kendi gibi olan, farklı, olduğu gibi davranan. Böyle olanları kolay farkedersiniz. Fakat bizler çoğu zaman bize gösterilen rolleri oynarız. Davranışlarımız için sosyal onay beklerken koca bir hayatı ıskalarız.

Güçlü bir kişilik, çok büyük bir emektir. "Ben yarın şu kişiliğimi bir geliştireyim" diyemezsiniz. Kelebeğin kozadan çıkışı gibidir. Özgün ve kendiniz olmanız, başkalarını taklit etmemeniz bir parıltıdır.

Yaratıcılığının Önemli Etkisi

"Yıllar önce Mahmut Paşa'da tezgahta yan yana çorap satan seyyar satıcılardan birisi farklı bir şey yapar ve onun tezgahının önü tıklım tıklım kadınlarla dolardı. Oysa o da aynı çorapları satmaktadır. Diğerlerinden farklı yaptığı şey herkes çorapları çift halde satarken, o ayırır ve karıştırır; kadınlar diğer çifti bulmak için uğraşırken tezgahı dolup taşar, çok iyi satış yapardı.

İlkokul mezunu olan o seyyar satıcının adı Zeki Başesgioğlu'dur. Zeki Triko'yu bugüne getiren faktörlerin arasında yaratıcılığının önemli bir etkisi vardır."

Hepimizin Hayatında 26.Kilometre Vardır

42 km.lik maratonların 26.kilometresinde atlet tükenme noktasına gelir. O noktayı aştığınızda maratonu rahat bitirirsiniz. Atletlerin çoğunun yarışı o aşamada bıraktıklarını görmüşler; yarışı tamamlayanlar, o ızdırap dolu kilometreyi aşabilenler. Hepimizin hayatında 26.kilometre vardır. Onu aşarken ihtiyacınız olan mücadele ruhudur.

Hayatımız ve Mutluluğumuz da Bizim Ellerimizde

Bir genç kız bilge adamı şaşırtmak istiyor. İki elinin arasına bir kelebek koyacak ve bilge adama, 'avucumun içinde bir kelebek var, canlı mı ölümü?' diye soracak. Ölü derse kelebeği salıverecek, canlı derse avucunu bastırıp kelebeği öldürecek, bilge adam her ne derse tersini ispat etmiş olacak. Kız, kapalı tuttuğu ellerini bilgeye doğru uzatıyor:

"Avucumun içinde bir kelebek var: Canlı mı, ölümü?"

Bilge adam cevap vermeden önce uzun uzun kızın gözlerinin içine bakıyor ve cevap veriyor: "Canlı da olması, ölü de olması senin ellerinde kızım, senin ellerinde"

Hayatımız ve mutluluğumuz da bizim ellerimizde; tam avucumuzun içindedir.

Numune Sağlık Dergisi

REKLAM ALANI

İlaçta reklam yasağı kapsamında bu sayfada yayınlanan reklamı internet ortamında yayınlayamıyoruz.

Söz konusu reklamı, dergimizin basılı nüshalarında bulabilirsiniz.

REKLAM ALANI
REKLAM ALANI
REKLAM ALANI
REKLAM ALANI
REKLAM ALANI
REKLAM ALANI

Numune Sağlık Dergisi

REKLAM ALANI

İlaçta reklam yasağı kapsamında bu sayfada yayınlanan reklamı internet ortamında yayınlayamıyoruz.

Söz konusu reklamı, dergimizin basılı nüshalarında bulabilirsiniz.

REKLAM ALANI
REKLAM ALANI
REKLAM ALANI
REKLAM ALANI
REKLAM ALANI
REKLAM ALANI

taşpa
YAPI İNŞAAT

PALALILAR
otomotiv&inşaat

sizin için güç birliği yaptık

ister yatırım için
ister oturmak için

SATILIK DAİRELER

Kalite ve ***estetiğin*** birleşimden oluşan
yatırıma uygun yaşam alanları...

Konutlarımız belirli sayıdadır.
Arayın fiyat avantajlarını konuşalım...

AVEC 436 44 00

Satış Ofisi: Süleyman Ayten Cad. No: 65 / B Natoyolu - ANKARA

Tel: (0312) **365 52 90**

www.taspainsaat.com