



Sabri DEMİREZEN
Tümgeneral (e)
TSK Elele Vakfı
Genel Müdürü

sunuş

Değerli Okurlarımız,

Öncelikle yeni yılınızın sağlık, mutluluk ve gönülünüzce geçmesi dileklerimi sunarım.

TSK Elele Vakfı, kurulduğu 1996 yılından bugüne kadar sizin varlığınız ve desteğinizle vakıf senedindeki amaçlarına uygun tüm görevleri büyük bir sorumluluk duygusu içerisinde ve gururla yerine getirme gayreti içindedir.

TSK Elele Vakfı değerbilir halkımızın desteklerini, başta gazilerimiz olmak üzere bütün ihtiyaç sahiplerinin ruhsal ve bedensel gelişim ve tedavilerinin ileri teknoloji, modern cihazlar ile daha kaliteli ve etkin sağlık hizmeti ile yapılması amacımızı gerçeğe dönüştürürken, zaman içerisinde icra ettiğimiz faaliyetlerimizi dergimiz vasıtası ile sizlere aktarmaya devam edeceğiz.

Bu sayımızda; TSK Rehabilitasyon Merkezi Başkanlığı bünyesinde faaliyet gösteren Ankara Özel Bakım Merkezi Ampüte Futbol Takımı, yine TSK Rehabilitasyon Merkezi Başkanlığı'nda kullanılmak üzere vakfımızca bağışlanan cihazları, gazilerimizin ruhsal rehabilitasyonu için inşaa edilen gazi uyum evi ile ilgili haberleri bulabileceksiniz.

TSK Elele Vakfından bağışlarını esirgemeyen tüm kişi ve kuruluşlara saygı ve sevgilerimi sunar, hepimize sağlık ve esenlikler dilerim.



Yıl: 2 Sayı: 3 Ocak 2014

ÜCRETSİZDİR

3 ayda bir yayınlanır.

TSK ELELE VAKFI adına sahibi

SABRİ DEMİREZEN

Genel Müdür

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

MEHMET EKİNCİ

İDARE YERİ

ZİYA GÖKALP CAD.

Ataç-2 Sok. No: 43 / 8

Kızılay - Çankaya / ANKARA

Tel: 0312 431 99 36

Faks: 0312 431 07 36

www.elele.org.tr

elele@elele.org.tr

DERGİDE YAYINLANAN BÜTÜN
YAZILAR KAYNAK GÖSTERİLEREK
ALINTI YAPILABİLİR.

Baskı:

Büyük Anadolu Medya Grup

İstanbul Cad. Elif Sok.

Sütçü Kemal İş Hanı No: 7/188-189

İskitler/ANKARA

Tel: 0312 384 30 70 (Pbx)

Baskı Tarihi: OCAK 2014

içindekiler



4



8

01 Sunuş

04 TSK Rehabilitasyon Merkezi
Engelliler Spor Kulübü
Etkinlikleri

07 Em.J.Uzm.Çvş. Yücel ALMA

08 "Bir Genç Kızımızın Öyküsü
ve İzlenimleri"

10 Travma Sonrası Stres Belirtileri
ve Faydalı Baş Etme Yöntemleri

ndekiler



10



18



38



16



32

20 İmplant Ne,
Ne Zaman, Nasıl?

24 Fibromiyalji Sendromu

12 Olağanüstü Durumlarda İlaç
ve Eczacılık Hizmetleri

28 Morbid Obezite ve
Cerrahi Tedavisi

16 TSK Elele Vakfı Özel Eğitim
ve Rehabilitasyon Merkezi

32 TURKTRUST e-imza Hem Zaman
Hem Para Kazandırıyor

18 TSK Elele Vakfı Özel Eğitim
ve Rehabilitasyon Merkezi
Tiyatro Faaliyeti

36 TSK Elele Vakfı'na Bağış
Yöntemleri

38 Atatürk ve Vakıflar

TSK Rehabilitasyon Merkezi Engelliler Spor Kulübü Etkinlikleri



TSK Rehabilitasyon Merkezi Engelliler Spor Kulübü Faaliyetine, 2001 yılında TSK Rehabilitasyon Merkezinin açılması ile birlikte Karagücü adı ile başlamıştır. İlk olarak Tekerlekli Sandalye Basketbol Takımı kurularak lige katılmış, o günden bu yana her yıl eklenen yeni branşlarla şu anda dokuz dalda doksan faal sporcusu bulunan Türkiye'nin en büyük Engelli Spor Kulüplerinden biri haline gelmiştir.

• Kamil YAZICIOĞLU

TSK Rehabilitasyon Merkezi Engelliler Spor Kulübü olarak Vizyonumuz; Gazi ve Engellilerin tüm zorlukları güven duygusu ile aşabilen bireyler haline gelmelerini sağlamak ve yaşam standartlarının yükseltilmesine katkıda bulunmaktır. Bu doğrultuda görevimiz, tüm Gazi ve Engellilerin sporla tanışmalarını sağlamak, bedensel engelli sporları için bilimsel destek ve altyapı çalışmaları yapmak, her dalda başarılı örnek sporcular yetiştirmektir.

Bu Sporcularımız, TSK Rehabilitasyon Ve Bakım Merkezi Bünyesinde bulunan iki Kapalı Spor Salonu, bir Halı Futbol Sahası, Açık Kapalı dört adet Tenis Kortu, Okçuluk Atıcılık Poligonları, Eskrim Salonu ve Açık Atletizm Alanlarında çalışmalarını yürütmektedir.

TSK Rehabilitasyon Merkezi Engelliler Spor Kulübünün kurulduğu 2001 yılından günümüze kadar açılmış olan branşlar ve başarıları şunlardır:

1 Tekerlekli Sandalye Basketbol Takımı



Türkiye'de Süper Lig, Birinci Lig ve Bölgesel Liglerde yüze yakın takım mücadele etmektedir. Tekerlekli Sandalye Basketbol Takımımız da Birinci Ligde mücadele eden on iki takımdan birisidir. Her yıl 3-4 yeni sporcu yetiştiren bir alt yapıya sahiptir. Bugüne kadar Milli Takımlara 5 Sporcumuz davet edilmiştir. Takımımız 2002-2003 sezonu Birinci Lig Şampiyonu olmuş, 2005 yılında Willi Brinkmann Kupasında Türkiye'yi Avrupa'da Temsil etmiş ve pek çok özel turnuva ve organizasyonlara katılarak çeşitli ödüller almıştır.

2 Ampute Futbol Takımı



Türkiye'nin İlk Ampute Futbol Takımı Karagücü adı altında TSK Rehabilitasyon ve Bakım Merkezi'nde kurulmuştur. Kulübümüz tarafından yürütülen çalışmalar ve destek neticesinde 2008 yılında Ampute Futbol Süper Ligi kurulmuştur. Her Sezon maçlar hafta sonu TRT3 Spor Kanalında canlı olarak yayınlanmaktadır. İlk Ampute Futbol Millî Takımı, Takımımız Sporcularından Oluşmuş Ve 2007 Yılında Antalya'da düzenlenen Dünya Şampiyonasında Dünya Üçüncüsü olmuştur.



Takımımız aynı kulüpler bazında düzenlenen Dünya Şampiyon Kulüpler Kupası'nda Rusya'da ülkemizi başarı ile temsil etmiştir. 2011 yılında ikinci defa katıldığı bu şampiyonada on iki ülke arasında üçüncülük olarak başarılarına bir yenisini daha eklemiştir.

3 Halter (Powerlifting) Takımı



Kulübümüz bünyesinde 2002 yılından itibaren Powerlifting Takımı kurulmuş ve çalışmalarına devam etmektedir. her yıl düzenlenen Türkiye Şampiyonalarında çok sayıda dereceye giren sporcuları mevcuttur. Ayrıca değişik zamanlarda Millî Takıma sporcu vermiştir. Bu sporcular; 2005 yılında Portekiz'de, 2007 yılında Yunanistan'da ve 2009 yılında Almanya'da Avrupa Şampiyonasında, 2006 yılında Güney Kore'de Dünya Şampiyonasında ülkemizi başarı ile temsil etmişlerdir.

4 Tekerlekli Sandalye Tenis Takımı



Bu sporun Türkiye'de kurucusu Spor Kulübümüzdür. 2004 yılında kurulan ilk Tekerlekli Sandalye Tenis Millî Takımının tamamını kulübümüz sporcuları oluşturmuştur. Takım 2005'den Bu yana düzenlenen Türkiye Şampiyonalarında bireysel ve takım halinde çeşitli şampiyonluklar kazanmıştır. 2005 yılında Millî Takıma 6 Sporcumuz davet edilmiş, Polonya'da düzenlenen Nec Tur Turnuvasına katılarak ülkemizi temsil etmişlerdir. 2008 yılında Olimpiyatlara iki sporcumuz davet edilmiştir. 2010 yılında Antalya'da düzenlenen Tekerlekli Sandalye Tenis Dünya Şampiyonasına katılmıştır.

5 Engelli Okçuluk Takımı



2002 yılından bu yana faaliyet göstermekte olan takımımız, 2004 yılından itibaren Salon ve Açık Hava Şampiyonalarında çeşitli dereceler kazanmıştır. En önemli başarımız, 2009 yılında Çek Cumhuriyetinde Yapılan Dünya Okçuluk Müsabakasında bir sporcumuz Dünya Şampiyonu olmuştur. Diğer önemli bir başarımızda 2011 İtalya Torino'da yapılan şampiyonada bayan sporcumuz Dünya Üçüncülüğü elde etmiştir. Son olarak 2013 yılında Tayland'da yapılan Dünya Şampiyonasında bireysel olarak beşincilik, takım olarak erkeklerde altıncılık bayanlarda dördüncülük elde edilmiştir.

6 Havalı Silahlar Atıcılık Takımı



Kulübümüz bünyesinde 2007 tarihinde kurulmuş ve kurulduğu tarihten itibaren de başarılarla imza atmıştır. 2008 Türkiye Erkeklerde 1562 puanla Türkiye rekoru kırarak Havalı Tüfek Takım Birinciliği ve Havalı Tabanca Takım İkinciliğini elde etmiştir. 2010 tarihinde Hırvatistan'da düzenlenen Havalı Silahlar Atış Dünya Şampiyonası'nda Bayanlarda sporcumuz Dünya üçüncüsü olmuştur. Aynı yıl takım olarak ta Dünya Üçüncülüğü derecesi kazanılmıştır. Son olarak 2013 yılında İspanya'da Düzenlenen Avrupa Şampiyonası'nda Tüfek ve Tabanca Takımımız Üçüncü olarak büyük bir başarıya imza atmıştır.

7 Golbol Takımı



Golbol Takımı Türkiye'nin ilk Golbol takımlarından biri olarak 2004 yılında kurulmuştur. 2004 yılında Milli Takıma iki sporcumuz davet edilmiş, İtalya'da düzenlenen Avrupa Şampiyonasında ülkemizi temsil etmişlerdir. 2004, 2005 ve 2006 yıllarında ve 2013 yılındaki Türkiye Şampiyonalarında ikincilik elde etmiştir. 2005 yılında Torneo Internazionale Turnuvası (İtalya)'nda ülkemizi temsil etmiştir.

Karagücü adı ile 2001 yılında TSK Rehabilitasyon ve Bakım Merkezi Komutanlığı bünyesinde kurulan Kulüp, 2013 Ağustos ayından itibaren daha profesyonel yapıya kavuşturularak TSK Rehabilitasyon Merkezi Engelliler Spor Kulübü adını almıştır. Büyük fedakârlıklar ve Elele Vakfı'nın da desteği ile bugünlere gelen Kulübümüz, dün olduğu gibi bundan sonrada Gazi ve Engellilerin tüm zorlukları güven duygusu ile aşabilen bireyler haline gelmelerini sağlamak ve yaşam standartlarının yükseltilmesine katkıda bulunmak için çalışmalarına büyük bir özveri ile devam edecektir.

8 Eskrim Takımı



Türkiye'nin ilk Engelli Eskrim Takımı 2011 yılında Kulübümüz bünyesinde kurulmuş olup, çalışmalarına TSK Rehabilitasyon ve Bakım Merkezi Eskrim Salonu'nda devam etmektedir.



9 Binicilik Takımı



Türkiye'nin ilk Engelli Binicilik Takımı 2011 yılında Kulübümüz bünyesinde kurulmuş olup, halen iki Gazi Subayımız Atlı Spor Eğitim Merkezinde çalışmalarına devam etmektedir.

Em.J.Uzm.Çvş. Yücel ALMA

Şırnak İli idil ilçesi 23'üncü Jandarma Sınır Tümen K.lığı Mayın Temizleme Timi'nde J.Uzm.Çvş. olarak görev yapmaktaydım. 02 Nisan 2011 tarihinde mayın araması yaptığımız esnada bölücü terör örgütü mensupları tarafından döşenen el yapımı mayına köpeğimin dokunması sonucunda patlayıcı infilak etti ve yaralandım. Bu yaralanmaya bağlı olarak; sol bacak kasık altından ampute (kesik), sağ bacakta parçalı kırıklar, iki gözde tamamen görme kaybı, ürolojik problemler ve kolostomi torbası sorunu oluştu.

Yaralandıktan hemen sonra ilk tedavim GATA K.lığında yapıldı ve yaklaşık üç ay sürdü. Hayati tehlikeyi atlattıktan sonra tedavim TSK Rehabilitasyon ve Bakım Merkezi Ampüte Rehabilitasyon Kliniği'nde Ağustos 2011 yılından beri devam etmektedir. Bu süre içinde TSK Rehabilitasyon ve Bakım Merkezi Başkanlığı bana kucak açtı ve benimle çok yakından ilgilendi. Tedavim dahil her türlü destek sağlandı. Ayrıca eşimin ve kızımın yanımda



olmasını sağlamak için bana bir oda da tahsis edildi. Merkezde görevli personelden memnunum ve bana karşı hep ilgili oldular.

Tedavim süresince sıkıntılarım olmadı diyemem. Özellikle de en çok tıbbi malzeme ihtiyaçlarımın (refakatçi kontrollü akülü tekerlekli sandalye, göz protezi ve ameliyatlarda gereken tıbbi malzemeler) karşılanmasında Sağlık

Uygulama Tebliği'ne bağlı olarak (hem temininde hem de ödemesinde) sıkıntılar yaşadım. Ancak bu sıkıntıların çözümüne yönelik merkezdeki personel elinden geleni yapmaya çalıştı ve gerekli birimlere sıkıntılarımı iletti. Kandaki kısıtlamaların giderilmesini beklememe gerek kalmadan tıbbi malzeme ihtiyaçlarımdan göz protezlerimin ücreti Jandarma Genel K.lığına karşılandı. Ayrıca Genelkurmay Başkanlığı'nın girişimi ile TSK Elele Vakfı ise bana akülü tekerlekli sandalye temin ederek kısa vade de sorunumu çözmüş oldu.

Gazilerin yaşadığı sıkıntıların çözüme yönelik adımların atılmasında hem komutanlarımızın hem de devlet büyüklerimizin rol alması bizi çok mutlu etmektedir. Ayrıca devlet büyüklerimizin bizleri ziyaret ederek sorunlarımızı dinlemesini de arzu etmekteyim.





“Bir Genç Kızımızın Öyküsü ve İzlenimleri”

İrem KARABULUT kendinizi bize tanıtır mısınız?

21 Aralık 1995 Denizli doğumluyum. İlk ve ortaokulu Kınıklı Basma Sanayi İlköğretim Okulunda okudum. Halen özel Doğa Koleji lise son sınıf öğrencisiyim.

Hastalığınız hakkında bilgi verir misiniz?

Yaklaşık 3 ay önce kaza sonucu balkondan düşme neticesinde boynum, sağ bacağım ve belimde kırıklar oluştu. Bulduğum yerdeki hastanede geçirdiğim ameliyat sonrasında, TSK Rehabilitasyon ve Bakım Merkezi Başkanlığı Bilkent/ANKARA tedavime başlandı. Buraya geldiğimde belden aşağıyı hareket ettiremiyordum.

Ne zamandan beri buradasınız ? Hastanemize ilk kez mi geliyorsunuz?

1,5 aydır tedavi görüyorum ve ilk kez böyle bir hastaneye geliyorum Özellikle askeri bir

hastaneden asker ve aileleri yanında sivillerinde istifade etmesinin asker - sivillerin kaynaşması açısından çok güzel bir uygulama olduğunu düşünüyorum.





Burada size uygulanan tedavi hakkında biraz bilgi verir misiniz?

Güne her sabah 10.00'da spor salonuna giderek egzersiz kondisyon aletleriyle çalışarak başlıyorum. Nörolojik egzersiz salonunda 45 dk. ayak egzersizi ve haftanın iki günü 30 dakika elektroterapi tedavisi görüyorum. Ayrıca tedavimden arta kalan zamanlarda mesleki rehabilitasyon kısmındaki "ahşap boyama" ve "yakma resim" kursuna gidiyorum.

Aldığınız hizmetlerden memnun kaldınız mı?

Memnuniyetimi kelimelerle anlatmam çok zor. Buraya ilk geldiğimde belden aşağıyı hareket ettiremiyordum. Şu anda dizime kadar hareket ettirebiliyorum, bu benim için mucize.

Hastanede diğer arkadaşlarımızla hepimiz aynı konumda olduğumuz için sıkılma, çekinme olmuyor. Burada hem

bedenen hem ruhen tedavi oluyoruz. Ayrıca, hastanede ülkemizin birlik, beraberliği ve bütünlüğü uğruna ölmeyi göze alan gazilerimizi ve onların yaşamlarını tanıma imkânı buldum.

Merkezimizi çevrenizdekilere tavsiye eder misiniz, bu konudaki görüşleriniz neler?

Kesinlikle tavsiye ederim. Burası insan ilişkileri açısından,

sahip olunan son teknolojik cihazlar, uygulanan gelişmiş yöntemler, çevremizdeki temizlik, titizlik ve özellikle fizyoterapistlerin fedakâr çalışmaları ve gayretleri bakımından istisna bir yer. Umarım ülkemizde bu tip hastaneler çoğalır ve tüm hastalar çok sıra beklemeden ve zaman kaybetmeden tedavi olabilirler.

Son olarak bir şey eklemek ister misiniz?

Böyle bir merkezin varlığı benim durumumda olan birçok hasta için büyük bir nimet.

Bizlerden bu süreçte desteğini eksik etmeyen başta GATA Komutanımız, Merkez Başkanımız, doktorlarımız, fizyoterapistlerimiz ve tüm personele gösterdikleri yakınlık ve güler yüzdendir dolayı sonsuz teşekkür ediyorum.

En büyük arzum bir an önce ayağa kalkmak ve köpeğim şekeri gezdirmek. Bütün hastalara acil şifalar diliyorum.



Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Faydalı Baş Etme Yöntemleri

1. Genel :

İnsanlar hayatlarının bir döneminde travmatik olay yaşayabilir veya böyle bir olaya tanık olabilirler. Bazı travmatik olaylar diğerlerinden daha fazla fiziksel veya duygusal yanıtlar oluştururlar. Bu tip olaylar hem ağır hem de sıra dışıdır ve kişide yoğun çaresizlik, dehşet duygularını ortaya çıkarır. Herkes travmatik olaya kendince tepki verir. Travmatik olayı yaşayan veya tanık olan çoğu kişide bazı fiziksel ve duygusal yanıtlar ortaya çıkmaktadır. Bu belirtiler orta şiddette olmakta ve çoğunlukla günler, haftalar içerisinde kaybolmaktadır.



2. Belirtileri :

Tipik belirtiler birkaç alanda gözlenebilir. Duygusal alanda korku, üzüntü, öfke olabilirken, düşünce alanında dikkati toplayamamak, endişe, kendini suçlama, tekrarlayan anılar ve düşünceler olabilir. Bu belirtilerin yanında yorgunluk, uykusuzluk, artmış veya azalmış iştah gözlenebilir. Davranış alanında ise işte veya evde iletişim sorunları, sosyal olarak

içer çekilme, günlük aktivitelere ilgi kaybı ortaya çıkabilir. Bazı durumlarda bu belirtiler şiddetlenerek devam ederek kişinin işte veya evde günlük işlevselliği bozacak duruma gelir. Bu belirtiler tedavi edilmediği takdirde aylar, yıllar boyunca devam edebilir.

Travma sonrasında kişide gözlenen ciddi tepkiler yeniden yaşama, kaçınma ve uyarılmışlık adı altında üç ana grupta gözlenebilir. Yeniden yaşama belirtileri, gün içinde,

rüyalarda veya kabuslarda veya olayın tekrar yaşanıyor gibi anımsanması yoluyla travmatik olayın rahatsızlık veren anıları veya görüntüleri yaşanması ile karakterizedir. Kaçınma davranışları, Olayı hatırlatan aktivitelerden, kişilerden veya yerlerden kaçınmak olarak tanımlanabilir. Uyumada zorluk, huzursuzluk ve öfke patlamaları, konsantrasyon güçlüğü, irkilme ile sonuçlanan durumlar ise artmış uyarılmışlık olarak tanımlanır. Bu belirtilerin günlük yaşam üzerinde etkileri şiddetlidir, evde veya işte meslektaşlar, arkadaşlar ve aile üyeleri arasındaki ilişkileri etkiler. Bu belirtilerin sıklığı ve şiddeti zaman içerisinde değişkenlik gösterir.

Kişide gözlenen ciddi tepkiler yeniden yaşama, kaçınma ve uyarılmışlık belirtilerinin yanında travma sonrasında stres ile ilişkili başka belirtiler de olabilir. Genelde travma sonrası gözlenen tepkilere bağlıdır ve bu belirtiler gerilediğinde kendiliğinden azalma gösterebilmektedir. Bunlar arasında beklenmeyen ve tekrar



eden korku atakları ile karakterize panik bozukluk olabileceği gibi, mutsuzluk, günlük aktivitelere karşı isteksizlik veya bunlardan zevk alamama ile karakterize depresyon olabilir. Bunların yanında, bazı kişiler zararlı alışkanlık ve davranışlar sergileyebilir. Alkol ve bazı ilaçlar geçici olarak rahatlık sağlayabilir ancak uzun dönemde zararlıdır. Bu maddelere bağımlılık gelişmesi de bu durumun diğer bir riskidir.



3. Faydalı Başetme Yöntemleri

Travmatik olay sonrasında kişinin yaşanan olay ile baş etmekte kendisine yardımcı olmak amacıyla yapabilecekleri vardır. Kişisel sağlığı korumak en önemli hedeftir. Bu fiziksel (uyku, beslenme ve egzersiz v.b.), ruhsal (rahatlama, kendine güven, amaç edinme v.b.) ve sosyal sağlığınız (sosyal bağlantılar, iyi aile ilişkileri, aidiyet hissi v.b.) arasında dengeyi kurmayı ve sürdürmeyi gerektirmektedir. Travmatik olay ile baş etmekte kullanılabilecek bazı faydalı yöntemler **Tablo 1**'de belirtilmiştir.

Travma sonrasında olayı hatırlatan kişilerden, yerlerden, durumlardan kaçınmak yaygın olarak görülür. Kaçınma kısa dönemde, rahatsızlık hissetmeyi engeller ancak uzun dönemde travma ile etkili şekilde baş etmeyi engeller. Ayrıca, Mutsuzluk, öfke ve tükenmişlik hissi sıklıkla sosyal içe çekilmeye yol açar. Diğer insanlar ile ilişkiyi azaltmak depresyon ve umutsuzluk hislerinin eklenmesine neden olmaktadır.

Tedavi seçenekleri arasında psikoeğitim, bilişsel davranışçı terapi, maruziyet terapisi, uzatılmış maruziyet terapisi ve ilaç tedavileri bulunmaktadır. TSK bünyesinde başta GATA Psikiyatri AD, Askeri Psikoloji ve Harp Psikiyatrisi BD, olmak üzere, TSK Rehabilitasyon ve Balım

Merkezi Başkanlığı Malul Gazi Psikososyal Destek Birimi ve tüm asker hastanelerinde travma sonrası stres belirtileri yaşayan OHAL yaralıları ve gazilerimizin tedavileri konusunda uzman psikiyatri uzmanları ve psikologlar tarafından yapılmaktadır. Aynı şekilde devlet hastaneleri ve üniversite hastanelerinde görevli psikiyatri

uzmanları da gereken tedavileri uygulama konusunda yetkinlerdir.

Travma sonrasında davranış değişikliği yaşadığınızı veya benzer durumları yaşayan bir arkadaşınız olduğunu düşünüyorsanız lütfen en yakın sağlık merkezine başvurarak gereken tıbbi yardımı nasıl alacağınız konusunda bilgi edinin. Böyle bir durumda yardım almanız sizin kendinize ve sevdiklerinize yapabileceğiniz en faydalı hareket tarzı olacaktır. Yaşanan acı olayların bir daha yaşanmaması dileği ile...

Kaynaklar:

- Klein, B; Jo, M. PTSD Information Online, Sunburne Institute of Technology, 2013, from www.swinburne.edu.au/Iss/swinpsyche/etheraphy/programs/ptsd
- Hoge, C. H. (2010) Once a warrior always a warrior. Guilford,

Tablo 1. Travmatik olay ile baş etmekte kullanılabilecek bazı faydalı yöntemler

Hikayenizi anlatın	Olay ile ilişkili anılarınızı, düşüncelerinizi ve olaya ilişkin hislerinizi içeren hikayenizi anlatın. Bu yaşadığınız olayı daha iyi anlamınıza yardımcı olacaktır.
İlişkilerinizi sürdürün	Arkadaşlarınızla, aileniz, meslektaşlarınız ve diğer kişiler ile var olan ilişkinizi sürdürün.
Dürüst olun	Ailenizle, arkadaşlarınızla, doktorunuzla belirtileriniz veya kaygılarınız hakkında konuşun. Yaşadıklarınızı kimseden saklamayın.
Kendinizi eğitin	Travma ve travma sonrasında yaşanabilecek belirtileri (fiziksel veya ruhsal) öğrenin. Gerek olduğunda nasıl yardım isteyeceğinizi öğrenin.
Olumlu aktiviteleri sürdürün	Daha önce sizi eğlendiren ve hoşunuza giden aktivitelerinizi sürdürün (spor, hobiler v.b.)
Yardım isteyin	Başlangıçta aile üyeleri veya arkadaşlardan yardım istemek faydalı olabilir. Ancak belirtiler haftalar içerisinde azalmıyorsa ve ev, iş, sosyal yaşantınızı etkileyen şiddetleseyse psikiyatri uzmanından yardım istemelisiniz.

OLAĞANÜSTÜ DURUMLARDA İLAÇ VE ECZACILIK HİZMETLERİ

“Felaket başa gelmeden evvel önleyici ve koruyucu tedbirleri düşünmek lazımdır, geldikten sonra dövünmenin yararı yoktur”.

Mustafa Kemal Atatürk

Prof.Dr.Dz.Ecz.Kd.Alb.Yalçın ÖZKAN
Gülhane Askeri Tıp Akademisi,
Eczacılık Bilimleri Merkezi,
Farmasötik Teknoloji AD. 06018 Etilik-Ankara

GİRİŞ

Doğada hiçbir şey durağan değildir. Gerçekte doğa, düzenli değişimlere sahiptir. Bu değişimler bazen önceden tahmin edilebilir gelişmelerdir veya mevsimsel hava koşullarında olduğu gibi normal bir döngüsel olaylar dizisidir. Bu olaylar dizisinin büyük çoğunluğu günümüzde artık önceden tahmin edilmektedir. Ancak önceden tahmin edilemeyen bir olay meydana geldiğinde ve bu olay olağanüstü bir özellik gösterdiğinde tehlike oluşturmakta ve böylesi bir olay, beklenmeyen, istenmeyen sonuçlara neden olabilmektedir.

Olağanüstü durumlar (deprem, heyelan, sel/taşkın, kaya düşmesi, erozyon, fırtına, kuraklık, yanardağ patlaması, yıldırım düşmesi çığ, orman yangını gibi) yaşamımızda her zaman var olmuştur. İnsanlık doğal ve sosyal çevresine egemen olma gayret ve isteğine karşın bu çabalarında çoğu zaman güçsüz kalmış, gelişen durumlar karşısında olayların kontrolünde zorlanmış ve çaresiz kalmıştır. İster doğal, isterse insandan kaynaklanan nedenlerle meydana gelsin olağanüstü durumlar sonucu insanlar ve çevrede büyük zararlar oluşmuştur insanların bu durumlara karşı yaptığı hazırlıklar ve aldığı önlemler yeterli olmamış, derin izler bırakmıştır. Gelişen teknoloji de olağanüs-

tü durumların etkisini ortadan kaldırmada yeterli olamamış, ancak alınacak tedbirler ve girişimler konusunda kolaylaştırıcı etkisi olmuştur. Olağanüstü durumlar dünyamızın oluşumundan günümüze kadar geçen dönemde sayılamayacak sayıda tekrarlanmış, yeryüzünde her zaman olmuş ve dünyamıza bugünkü yapısını veren, bozulan dengeyi bir sonrasına kadar yeniden kuran, sıradan olaylar olarak devam etmiştir. Dünyamızda hemen hemen her gün birçok olağanüstü durum meydana gelmekte bu olayların ne zaman nerede tekrar ve ne şekilde olacağı bilinmemekte, sürekli olarak benzeri durumlara karşı hazır olmayı gerektirmektedir. İnsan diğer canlılara göre ne kadar gelişmiş olursa olsun olağanüstü durumlara karşı çoğu zaman çaresiz kalmıştır. Buna karşın bilimsel gelişmelerle ulaşılan teknolojiyi yanına alarak çaresizliklerine önlemler almayı, zamanında akılcı planlamalarla daha güçlü duruma gelebilmeyi sağlamaya çalışmıştır.

OLAĞANÜSTÜ DURUMLAR

İnsanlık gelişim dönemleri içerisinde sürekli olarak doğal ve sosyal çevresine egemen olma gayret ve isteğinde olmuştur. Ancak çabaları çoğu kez yetersiz kalmış ve olayları kontrol altında tutma isteğini tam olarak gerçekleştirememiştir. Gerçekte olağanüstü bir durumun meydana gelmesinde her zaman üç temel faktör vardır. Tehlikenin var olması, tehlikeye maruz kalabilecek insan, mal, kültürel vb. kaynakların bulunması ve toplumun zarar görebilir durumda olmasıdır.

Sıradan olaylar canlıları etkilemediği sürece dünyadaki dinamik sürecin basit birer parça-





sı olarak kalmış; ekonomik, sosyal zararlara yol açmaya başlayınca "Olağanüstü durum" veya "Afet" adını almaya başlamıştır.

Olağanüstü durumlar; canlılar için fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplar oluşturan, normal yaşamı ve etkinlikleri durdurarak veya kesintiye uğratarak toplulukları etkileyen doğal, teknolojik veya insan yapısı kökenli olaylardır. Bu olaylar genellikle dışarıdan yardım gerektirecek büyüklükte, ani ve çevreseldir. Doğal veya insan yapısı güçlerle meydana gelen etkilerin belirli bir bölgedeki ihtiyaçları karşılama gücünün zayıflaması olarak da tanımlanabilir. Bölgesel imkânları aşan bir durum oluşur ve toplumda uzun süre onarılamayan, çoğu zaman da tam olarak düzeltilemeyen derin izler meydana gelebilir.

OLAĞANÜSTÜ DURUMLARIN SINIFLANDIRILMASI

Tehlikelerin sınıflandırılması; doğal, biyolojik, çevresel, teknolojik, toplumsal, vb. birçok şekilde olabilir. Olağanüstü durumlar, kaynak, yer, tahmin edilebilirlik, başlangıç hızı, süre ve oluşum sıklıklarına göre sınıflandırılabilirler (1,3,6,8,9,13,15,16).

a. Kaynaklarına göre;

- Doğal kaynaklı (jeolojik) olanlar; deprem, heyelan, kaya düşmesi, volkan, çamur akıntıları, tsunami,
- Hava kaynaklı (atmosfer/meteorolojik) olanlar; fırtına, kasırga, tayfun, siklonlar, tornado, hortum, aşırı kar ve yağmur yağışı, asit yağmurları, sel, dolu, sis, buzlanma, hava kirliliği, kuraklık, aşırı sıcak/kar/yağmur, çığ, don, tipi, yıldırım düşmesi, orman yangını, aşırı iklim değişimi,
- Teknolojik (insan/yapay) kaynaklı olanlar;

hava/su/toprak kirliliği, trafik/baraj/nükleer/tehlikeli madde kazaları, yapı çökmesi, yangın, patlama, ozon tabakası, asit yağmuru, savaş, bombalama, sabotaj, terör saldırıları, maden kazaları, sanayi/ulaşım kazaları, biyolojik, nükleer, kimyasal silahlar ve kazaları, göçler, salgınlar, böcek istilası,

b. Yerlerine göre;

- Tek yerde/tek olay olanlar; uçak kazaları,
- Tek yerde/çok olay olanlar; depremler,
- Birçok yerde/tek olanlar; hortum,
- Birçok yerde/çok olanlar; terör,

c. Tahmin edilebilirliklerine göre;

- Tahmin edilemeyen; deprem,
- Tahmin edilebilen; sel,

d. Başlangıç hızına göre;

- Zamanla oluşan; fırtına, kuraklık,
- Ani oluşan; grizu, volkan, deprem, fırtına, sel,

e. Sürelerine göre;

- Kısa süreli olan; yapısal çökme,
- Uzun süreli olan; tehlikeli madde kazaları,

f. Sıklıklarına göre;

- Sık olanlar; hortum,
- Sık olmayanlar; yüzyıl selleri.

OLAĞANÜSTÜ DURUMLARIN BÜYÜKLÜĞÜ

Olağanüstü durumların büyüklüğü bir olayın meydana getirdiği can kayıpları, yaralanmalar, yapısal hasarlar ve yol açtığı sosyal ve ekonomik kayıplarla ölçülmektedir. Olağanüstü durumların büyüklüğüne etki eden faktörler aşağıda gruplanmıştır (6,11,12).

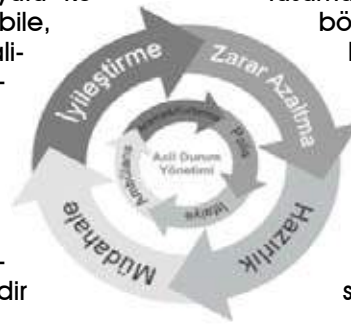
- Olayın fiziksel büyüklüğü,
- Olayın yerleşme alanlarına uzaklığı,
- Fakirlik ve az gelişmişlik,



- Hızlı nüfus artışı,
- Hızlı ve denetimsiz sanayileşme,
- Ormanların ve yeşil alanların yanlış kullanılması,
- Bilgisizlik ve eğitim eksikliği,
- Koruyucu ve önleyici önlemlerin ulaşabildiği düzeydir.

OLAĞANÜSTÜ DURUMLARIN AŞAMALARI

Doğal, teknolojik veya insan yapımı kökenli bir olayın olağanüstü durum sonucunu doğurabilmesi için, insan toplulukları ve yerleşim birimlerinde kayıplar meydana getirerek faaliyetleri bozması veya kesintiye uğratması gerekmektedir. Afetlerin büyüklükleri ve oluşturabileceği zararların boyutları zamanında doğru olarak yapılabilecek işlerin durumuna bağlıdır. Olağanüstü durumların meydana getirebileceği zararların boyutu kökenleri ve gelişim hızları farklı olsa bile, Şekil-1'de şematik olarak verilen faaliyetler zincirinin doğru veya yanlış gelişimine bağlı olarak artmakta veya azalmaktadır. Bu zincir ve halkalarının birbirine anlamlı ve doğru bir şekilde bağlanabilmeleri, toplumun tüm kurum ve kuruluşlarının kaynak ve imkânlarını doğru şekilde yönetebilmeleriyle mümkün olabilmektedir (3,5,6,10).



Şekil-1. Olağanüstü durumlarda faaliyetler zinciri.

DÜNYADA VE ÜLKEMİZDE OLAĞANÜSTÜ DURUMLAR

Tarih boyunca olağanüstü durumlar tüm dünyayı ve ülkemizi ayırım gözetmeden etkilemiş ve etkilemeye devam etmektedir. Üçte ikisi su ile kaplı dünyamızda en sık görülen afetlerin başında su ve sel baskınları gelmektedir. Büyük çoğunluğu insan hataları nedeniyle oluşan su ve sel baskınlarında kayıplar, ağır zararlar oluşturmuştur. Depremlerden sonra en fazla hasar ve zarara neden olan su ve sel baskınlarında afet ölümlerinin yaklaşık % 30'unun meydana geldiği bilinmektedir. Yapılan araştırmalarda dünya üzerinde son elli yılda meydana gelen ve yaklaşık 1.4 milyon kişinin yaşamını yitirdiği olağanüstü durumların dörtte üçü, yoğun kentleşme ve sanayileşmenin yaşandığı 1980-1990'lı yıllarda kaydedilmiştir. Olağanüstü durumların yılda yaklaşık 250.000 canlıyı etkilediği ve mal kaybına neden olduğu bilinmektedir. Son yıllarda özellikle küresel ısınmanın da etkisiyle tufan, kasırga, sel ve deprem gibi olağanüstü durumların mey-

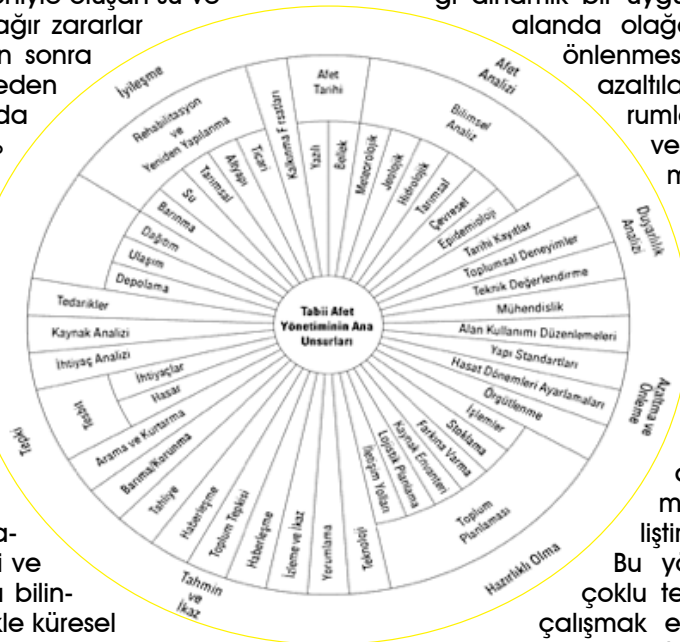
dana geliş sıklıklarının arttığı ve kentleşmenin yanı sıra endüstriyel üretim ve tüketimde henüz yeterince çevresel faktörlere önem verilmediği görülmektedir (6,14).

Ülkemiz jeolojik özellikleri, topografik yapısı, iklim özellikleri, plansız yapılanma ve büyüme nedenleriyle tüm afet grupları ile sıkça karşılaşan ve etkin olarak riskli sayılabilecek bir konumdadır. Türkiye olağanüstü durumlardan önemli ölçüde etkilenmekte başta deprem (% 61) olmak üzere heyelan (% 15), su baskını (% 14), kaya düşmesi (% 5), yangın (% 4) ve diğer (% 1) olağanüstü durumlarla sıkça karşılaşmaktadır (2).

Ülkemizi tehdit eden olağanüstü durumların neden olduğu can ve mal kayıplarının, her yıl Gayri Safi Milli Hasılanın yaklaşık %3'ü olduğu, topraklarımızın % 44'ü, sanayimizin % 75'i ve nüfusumuzun % 55'inin birinci derece deprem bölgesinde bulunduğu bilinmektedir. Ülkemiz olağanüstü durumların hemen hemen tamamına yakınından az ya da çok oranda etkilenmiştir. 1900'lü yılların başından günümüze kadar yaklaşık 120 bin insanımız olağanüstü durumlar sonucunda hayatını kaybetmiş, 250 bini aşan sayıda insanımız da ağır yaralanmış veya sakat kalmıştır (4).

OLAĞANÜSTÜ DURUMLARIN YÖNETİMİ

Olağanüstü durumların yönetimi, eğitim, iletişim, imar, kurtarma, sağlık, ilaç ve eczacılık gibi birçok alanı ilgilendiren, olağanüstü durumun boyut ve türüyle bağlantılı olarak yeni özellikler kazanabilen ve birçok kurum ve kuruluşun içinde etkin bir şekilde yer alması gerektiği dinamik bir uygulama alanıdır. Bu alanda olağanüstü durumların önlenmesi ve zararlarının azaltılabilmesi için bu durumların öncesi, sırası ve sonrasında yapılması gereken idari yasal ve teknik çalışmaları belirleyen ve uygulamaya aktaran, bir olayın zamanında, uygulama yapabilmeyi sağlayan ve her olaydan çıkarılan derslerin ışığında mevcut sistemi geliştirmek önemlidir. Bu yönetim sisteminde çoklu tehlike yaklaşımı ile çalışmak esastır. Olağanüstü durumlar karşısında elde edilen deneyimlerle mevcut



Şekil-2. Wisconsin Üniversitesi Olağanüstü Durum Yönetim Modeli.

sistemi geliştirmeye yönelik çalışmalar içinde yer alması gereken önemli bir yönetim yaklaşımıdır. Günümüzdeki olağanüstü durumlar yönetim modellerinde süreklilik gerektiren, birbirini izleyen ve iç içe geçmiş aşamalar yer almaktadır. Bu modellerden biri de Şekil-2'de yer alan Wisconsin Üniversitesi tarafından geliştirilmiş bir modeldir (2,6). Olası risklere karşı mevcut kurumsal sistemler, hazırlık seviyesi, planlama, mevcut zarar azaltma tedbirleri, kanunlar ve yönetmelikler, erken uyarı ve tahmin, kamu bilinci, bilgi sistemleri, kaynaklar, eğitim seviyeleri, katılım gibi değişkenlere bağlı olarak olağanüstü bir durumda etkilenen toplumun, zarar ve kayıpları en aza indirme ve onunla baş edebilme seviyesi ve kapasitesi geliştirilmeye çalışılmaktadır.



OLAĞANÜSTÜ DURUMLARDA İLAÇ VE SAĞLIK MALZEMESİ YÖNETİMİ

Olağanüstü durumlarda sağlık, ilaç ve eczacılık hizmetleri özenle ve düzenli bir şekilde yönetilmesi gereken alanlardır. Olağanüstü dönemlerde oluşabilecek karmaşa ve panik dönemlerinde özellikle ilaç ve sağlık malzemelerinin gelişigüzel kullanılmaya çalışılması beklenen yararların çok ötesinde istenmeyen birçok problemi de beraberinde getirebilmektedir (Şekil-3). Özellikle yara sarmak için sağlanan ilaç ve sağlık malzemelerinin denetimli olarak, gereken yere, gerektiği zaman ve gerektiği şekilde ulaşabilmesi ve kullanılabilmesi önem kazanmaktadır. Gereksiz, istenmeyen birçok ilaç ve sağlık malzemesinin yardım amaçlı da olsa bu şekilde bu ortamlara kontrolsüz girmesi özellikle önem arz etmektedir. Gelişen yönetim modelleri doğrultusunda ilaç ve sağlık malzemesi yönetimi için eczacıların sorumluluğunda organizasyonlara ihtiyaç bulunmaktadır (6,7).

SONUÇ

İnsanoğlu tarihi boyunca olağanüstü durumlara karşı gösterdiği zayıflığını yenmekte zorlanmıştır. Ancak bilimsel gelişmelerle ulaştığı teknoloji gücünü yanına alarak çaresizliklerine zamanında doğru önlemler alabilmeyi, akılcı ve etkin planlamalarla daha güçlü duruma geçebilmeyi düşünebilmesi gerekmektedir.

Olağanüstü durumlarda normal yaşam sırasında devam eden tüm hizmetlerin belirli düzeylerde sürdürülebilmesi büyük önem taşımaktadır. Bu hizmetler içerisinde ilaç ve eczacılık hizmetleri de



Şekil-3. İlaç ve Sağlık Malzemelerinin Değerlendirilmesi Çalışmaları.

önemli bir yer tutmaktadır. Meydana gelen olumsuzlukların giderilebilmesi veya daha fazla zararlı durumlar oluşmaması için afet anında ilaç ve eczacılık konularının önceden planlandığı şekilde akılcı ve etkin bir şekilde sürdürülebilmesi gerekmektedir. Önemli olan bilimsel gelişmelerin ışığında teknoloji gücünü de kullanarak çaresizliklerine önlemler almayı, olağanüstü durumları yönetebilmeyi ve zamanında akılcı şekilde yapacağı planlamalar ile yararlarını sarabilmeyi düşünmelidir.

KAYNAKLAR

1. Ergünay, O., Acil Yardım Planlaması ve Afet Yönetimi, Afet İşleri Genel Müdürlüğü, Ankara, Şubat, 1998.
2. Akdağ, S.E., T.C. Sayıştay Araştırması, Mali Yapı ve Denetim Boyutlarıyla Afet Yönetimi, Mart 2002.
3. Wisner, B., Adams, J., Environmental Health in Emergencies and Disasters: A Practical Guide, World Health Organization, 2002.
4. Gögen, S., Afetler ve Afete Müdahalede Asgari Sağlık Standartları, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 3(12):296-306, 2004.
5. Özmen, B., Nurlu, M., Kuterdem, K., Temiz, A., Afet Yönetimi ve Afet İşleri Genel Müdürlüğü, Deprem Sempozyumu, Kocaeli 2005.
6. Özkan, Y., Savaş, A., Afetlerde İlaç ve Sağlık Malzemelerinin Yönetimi, 1045-1056, Afet Tıbbı II (Editörler: Eryılmaz, M., Dizer, U.), Ünsal Yayınları, 2005.
7. Balamir, M., Disaster Policies and Social Organisation, 5th Conference of ESA, Helsinki, August-28 September 1, 2001.
8. Ceylan, A., Kömüçü A.Ü., Meteorolojik Karakterli Doğal Afetlerin Uzun Yıllar ve Mevsimsel Dağılımları, 1. Türkiye İklim Değişikliği Kongresi, TIKDEK 2007, 11-13 Nisan 2007, İTÜ, İstanbul.
9. Çakır, Z., Sarıtaş, A., Aslan, Ş., Uzkeser, M., Sarıkaya, S., Erzurum-Aşkale Depremi ve Sonuçları, The Eurasian Journal of Medicine, 81-84, 2006.
10. T.C. Bayındırlık ve İskan Bakanlığı, Afetlere Hazırlık ve Kentsel Risk Yönetimi Komisyonu Raporu, Ankara, Nisan 2009.
11. Ergünay, O., Afet Yönetimi ve Yasal Çerçeve, GAP Bölgesi Kapasite Oluşturma Eğitimi Sunusu, 29 Ocak 2010.
12. Yılmaz, A., Afet Yönetimi, Pegem A Yayıncılık, Mayıs 2003.
13. Şahin, N., Afet Yönetimi ve Acil Yardım Planları, TMMOB İzmir Kent Sempozyumu, 08-10 Ocak 2009.
14. Taş, N., Yerleşim Alanlarında Olası Deprem Zararlarının Azaltılması, Uludağ Üniversitesi Mühendislik-Mimarlık Fakültesi Dergisi, Cilt 8, Sayı 1, 2003.
15. Birey ve Aileler için Afet Bilinci Eğitimi 1, Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı, Mart 2013, Ankara.
16. Afet Yönetimi, Beklenilmeyeni Beklemek, En Kötüsünü Yönetmek, Marmara Belediyeler Birliği Yayını No:65, 2011, İstanbul.

TSK ELELE VAKFI ÖZEL EĞİTİM VE REHABİLİTASYON MERKEZLERİ



Rehabilitasyon Merkezi / GATA İçi Etik - ANKARA

TSK Elele Vakfı Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezleri ;

Rehabilitasyon Merkezlerinden yararlanan öğrenci sayısı 380 personel kadrosu 100'dür. Merkezlerden öncelik TSK personeli engelli çocuklarında olmak üzere tüm engelli çocuklar yararlanabilmektedir.

Engelli çocuklarımıza yönelik olarak Ankara GATA K.İği ile Ankara Güvercinlik ve Diyarbakır'daki Rehabilitasyon Merkezlerinde;

Zihinsel, işitme, görme, bedensel ve yaygın gelişim bozukluğu bulunan çocuklara özel eğitim ve rehabilitasyon desteği verilmektedir.

"Atla Terapi", "Yüzme Eğitimi", "PECS (Resim Değiş Tokuşuna Dayalı İletişim Beceresi)", "OÇİDEP (Otistik Çocuklara Davranışsal Eğitim)", "PCDI (Etkinlik Çizelgeleri ve Replik Silikleştirme)", "Küçük Adımlar (0-6 Yaş Öğretim Seti)", PARE (Plansız Anı Resimleme) Eğitim programları ile "Oyun Terapi" ve "Duyu



Rehabilitasyon Merkezi
Güvercinlik Loj. - ANKARA





Rehabilitasyon Merkezi / 7. Kolordu Komutanlığı - DİYARBAKIR



Mesleki Rehabilitasyon Merkezi / GATA İçi Etlik - ANKARA

Terapi” de Merkezlerde uygulanan diğer eğitim programlarıdır. Ayrıca Merkezlerde ailelere yönelik bireysel ve grup aile eğitim programları ve psikolojik danışma hizmetleri de yürütülmektedir.

Çocukluk çağından çıkmış (15 yaş üstü) engellilerin meslek becerileri kazanmalarına ve rehabi-

litasyonlarına imkan sağlamak amacıyla; 11 farklı branşta (seramik, el sanatları, geleneksel el sanatları, giyim, ebru, bilgisayar, mutfak, müzik, galoş imalatı, resim ve beden eğitimi) mesleki eğitim de GATA'daki eğitim uygulama merkezinde verilmektedir.



TSK ELELE VAKFI ÖZEL EĞİTİM VE REHABİLİTASYON MERKEZİ TİYATRO FAALİYETİ



Özel Eğitim Merkezlerinde eğitim gören öğrenciler, uzun bir çalışma sonunda hazırladıkları “**Tembel Memiş**” isimli tiyatro oyununu 21 Aralık 2013 tarihinde Sınav Koleji Tiyatro sahnesinde öğrenci ve velilere sahnelemiş ve KANAL D ana haber bülteninde yayınlanmıştır.





TSK Elele Vakfı Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi'nde eğitim gören öğrenciler **"Tembel Memiş"** isimli tiyatro oyunu sonrası seyircilerin büyük beğenisini kazandılar. Tiyatro öğrencileri de seyirciye büyük bir içtenlikle karşılık vererek onları saygıyla selamladılar.

İMLANT NE, NE ZAMAN, NASIL?

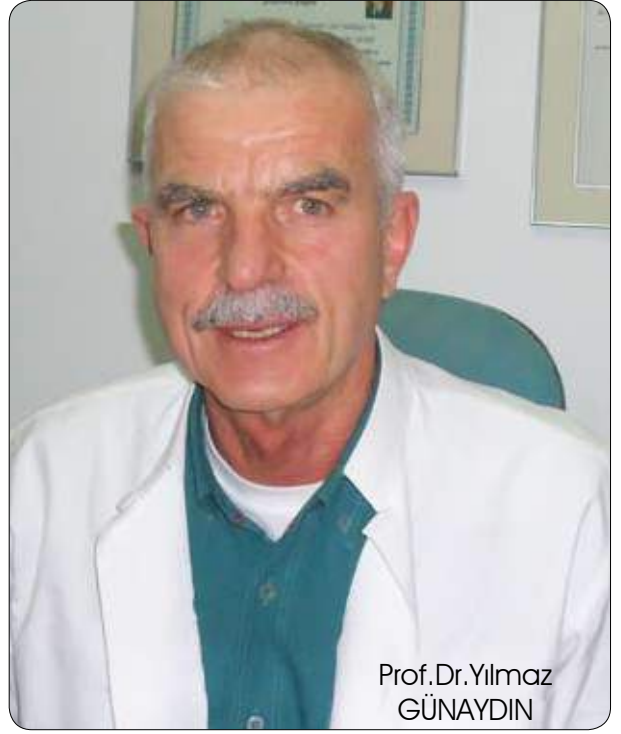
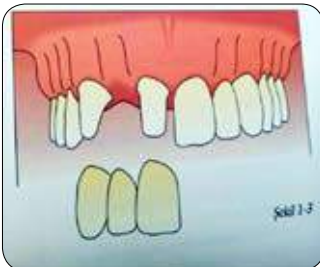
Prof.Dr.Yılmaz GÜNAYDIN
GATA Diş.Hek.Bil.Merk.Em.Öğ.Ü.

Dt. Çağatay GÜNAYDIN
Ankara Ün.Diş Hek.Fak.Ortodonti AD.

İmplant sözcüğü Latince 'in, içerisine, içeri-
sinde ve 'planto, ekme, dikme, yerleştirme
sözcüklerinin birleşiminden oluşmuştur. Tıbbı
açıdan implantasyon bir materyalin vücut
içine yerleştirilmesine verilen isimdir. Diş he-
kimliğinde implant kaybedilmiş doğal dişlerin
yerlerini doldurmak için geliştirilmiş titanyum
vidalardır. Tarihte maya uygarlığında diş yer-
lerine inorganik maddeler, deniz hayvanları-
nın kabukları, ineklerden elde edilen dişler
implant olarak kullanılmış, kölelerin dişleri asil-
lerin çekilen diş yerlerine yerleştirilmiştir.



Doğal dişlerin kaybı sonucu ağızda oluşan
boşluklar geleneksel yöntemlerle; kron-köprü
gibi sabit protezler veya hastanın takıp çıkar-
abildiği hareketli protezlerle giderilebilmek-
tedir. Kron köprüler ağızdaki boşluğun etrafın-
daki dişlerin kesilmesi ile gerçekleştirilen geri
dönüşü olmayan sabit protezlerdir. Hareketli
protezler ise ağızda taşınma zorluğu, taşıyıcı
kroşelerin doğal dişleri çürütmesi, estetik gö-
rüntülerinin hoş olmaması kullanma ve tutu-
culukla ilgili sıkıntılar nedeniyle hastaların şik-
ayetlerine neden olmaktadır.



Prof.Dr.Yılmaz
GÜNAYDIN

Özellikle bütün dişlerin kaybı ve sonraki
dönemde kemik erimeleri nedeniyle protez
ağızda durmamaya ve sık sık çıkmak sure-
tiyle rahatsızlık ve sosyal güvensizlik yaratan
hallere neden olmaktadır. Genç yaşlarda
takıp çıkarılan hareketli protezler ise kabul
edilemez bir tedavi şekli haline gelmiştir. Ya-
şam standartlarının yükselmesine bağlı ola-
rak insan ömrünün uzaması ve ileri yaşlarda
da belirli bir yaşam konforunun ihtiyaç haline
gelmesi bilim adamlarını yeni arayışlara yön-
lendirmiştir.

Titanyumun kemikle tam bir birleşme, bü-
tünleşme özelliği olan osseointegrasyon ye-
teneğinin anlaşılmasından sonra dişhekim-
liğinde implant olarak kullanılmasına başla-
nılmıştır. Çene kemiklerinin uygun olan veya
uygun hale getirilen bölgelerine yerleştirilen
implantlar belirli bir süre içinde kemikle bü-
tünleşirler ve üzerine sabit yada hareketli
protezler yapılır.

KİMLERE YAPILABİLİR?

Son zamanlarda implant her isteyene ya-
pılabilir şeklinde yanlış bir bilgilendirme ve uy-
gulama gözlemekteyiz. Kesin implant uygula-
namayan ve tedbirli olunması gereken hasta
grupları vardır. İmplant yapılması düşünülen
hasta hekim tarafından dikkatli ve detaylı bir
şekilde değerlendirilmelidir. Başlangıçta has-
tanın sağlık durumuyla ilgili etraflı bir sorgula-



ma gereklidir. Önceden bilinen her türlü sorunun tıbbi olarak çözülme şansı vardır.

Kullanılan ilaçların, hastalığın seyri ve durumunun bilinmesi gereklidir. Hastanın sistematik açıdan değerlendirilmesi dikkatli bir şekilde yapılmalıdır. Yirmi yıl önce implant uygulanmayan hastalık sayısı çok fazla iken bugün geliştirilen tedavi protokolleri sayesinde çok azalmıştır.

İmplant uygulanmasına engel olan sistematik hastalıklar:

- a- Kontrolsüz şeker (diabet mellitus)
- b- Alkolizm (aşırı alkol kullanımı)
- c- Kemik metabolizması ile ilgili hastalıklar (fibrözdisplazi, pageth)
- d- Psikik bozukluklardır.

RADYOTERAPİ: Radyotrapide en önemli komplikasyon olarak yüksek radyasyon tozuna bağlı çenelerin osteonekrozu(kemiğin ölmesi ve erimesi) ortaya çıkabilmektedir. Ancak 50-65 gy dozundaki terapinin implant uygulamasına ters bir etkisinin olmadığı bildirilmiştir. Daha yüksek tozda tedavi almış hastalarda implant uygulamadan önce 12-24 ay beklenmesi önerilmektedir.

YAŞ: İmplantlar 18 yaşından küçük iskeletsel gelişimini tamamlamamış çocuklarda yapılmamaktadır. Bu bayanlarda 15-16 erkeklerde 17-18 yaş sınırlarındadır. Bunun haricinde her yaşta sağlıklı uygun bireylere implant yapılabilir.

HAMİLELİK: İmplant tedavi öncesinde röntgen tetkikleri yapıldığından ve cerrahi bir müdahale olacağından hamile bayanlarda ertelenmesi uygundur. Zorunluluk hallerinde kadın-doğum hekimiyle görüşülerek özellikle ikinci 3 aylık dönemde (2. Terimestr) yapılabilir.

DİŞ ETİ HASTALIKLARI (PERİODONTİTİS) : Diş eti hastalıkları bulunan hastaların tedavisi implant öncesinde yapılmalıdır. Diş eti dokusundaki enfeksiyonlar sonradan implant etrafında da yerleşecek ve implanta zarar verecektir.

AĞIZ HİJYENİ VE SİGARA: Sigara kemik yoğunluğunu azaltmakta ve operasyon sonrası iyileşmeyi bozmaktadır. Kötu ağız hijyeni olan hastalarda iyileşme ve idame dönemlerinde sık sık enfeksiyonlarla karşılaşmaktadır.

DİŞ GICIRDATMA: Aşırı derece diş sıkma ve gıcirdatma problemi olan hastalarda implant üst yapısına gelen aşırı kuvvetler implantların erken kaybına neden olacağından dikkatli davranılmalıdır.

KLİNİK VE RADYOLOJİK MUAYENE

İmplant yapılacak alanın radyolojik muayenesi önemlidir. Hastanın gereksiz ışın alması için basitten mükemmel doğru tomografiler dahil değerlendirilerek iyi bir planlama yapılır. Son yıllarda önemli gelişmelerden birisi tomografiler esas alınarak implantların rehberler (guide) yardımıyla yerleştirilmesidir. Bu rehberler sayesinde kemiğin anatomisine ve planlamaya uygun doğru açı ve konum da implant yerleştirmek mümkün olmaktadır.

İmplant uygulamalarında kemik bölgesindeki yetersizlikler hekim tarafından dikkatle değerlendirilmeli gerekirse kemik artırıcı yöntemler uygulanmalıdır.

İMLANT UYGULAMASI

İmplant uygulaması cerrahi bütün disiplinlerin uygulandığı ciddi bir girişimdir. Lokal, sedasyon veya genel anestezi altında steril ortamda operasyon gerçekleştirilir. Uygun vakalarda dişeti kaldırılmadan ulaşılan





kemikte uygun frezlerle implant yuvaları açılarak implantlar yerleştirilir. Bu esnada kemiğin ısısının 47 °C'ın üzerine çıkmaması için serumla soğutma yapılır. Normal bir implantasyon 15-30 dakikada gerçekleştirilebilmektedir. Yapılacak uygulamanın zorluk derecesine göre süre artmaktadır. Son zamanlarda dişhekimliğinde aktüel hale gelen lazer ile implant yuvaları hazırlanabilmekte ancak çok zaman alması nedeniyle pratik görülmemektedir.

Uygun vakalarda bistüri ile dişetleri kesilmeden diş eti üzerinden implant yuvaları açılıp implant yerleştirilmektedir. Sonuçta daha az enfeksiyon riski, kanama, ödem (şişlik) ve ağrı oluşmakta iyileşme de daha erken olmaktadır.

AĞRI, KANAMA VE ŞİŞME (ÖDEM) OLURMU?

Cerrahi operasyon esnasında hastanın en korktuğu şeylerin başında ağrı ve kanama gelmektedir. Yapılan anesteziyle operasyonda ağrı olması önlenir. Normal derece bir kanama ile sonrasında hafif ödem (yüzün şişmesi) ve ağrı olabilir. Ağrı kesici alınması, soğuk kompres uygulanması, sıvı ılık diyet ve

iyi bir ağız bakımı ile bunlar önlenebilir. Klorheksidinli ağız gargaraları ve gerekirse uygun antibiyotikler iyileşmede yardımcıdır.

HEMEN (İMMEDİAT) İMPLANTASYON NEDİR?

Diş çekimlerinden sonra çekim boşluğunun enfeksiyondan arındırılıp hemen implant yapılması mümkündür. Son yıllarda çeşitli lazerler bu amaçla kullanılmaktadır. Bölgedeki kemik ve yumuşak doku kaybının derecesine

bağlı olarak 3 haftalık bir yumuşak doku iyileşmesi veya en az 2-3 aylık kemik doku iyileşmesinden sonra implant yapılabilmektedir.

CERRAHİ BAŞARI-SIZLIK NEDEN OLUR?

Araştırmalar implant kayıplarının yani çene kemiği ile bütünleşmemelerinin en çok bir yıl içinde olduğunu göstermektedir. Bunun sebepleri arasında yanlış planlama, cerrahi uygulamalarının gerekli titizlikle yapılmaması, kötü

ağız hijyeni en önemli sebeptir.

İMPLANT ÜSTÜ PROTEZ UYGULAMALARI

Standart protokollerde implant yerleştirildikten sonra alt çenede 3 ay üst çenede 5-6 ay sonra implant üstü proteze yapılabilmektedir. İmplantın bekleme süresini azaltmak için



implant yüzey özelliklerini geliştirme çabaları sonucu pürüzlü ve hidrofilik (suyu seven) yüzeyler oluşturulmuştur. Bunlar implant başarısını artırmış ve implant üstü protez yapabilmek için gerekli bekleme süresini azaltmıştır.

Dişsizliğin türüne göre farklı uygulamalar yapılmaktadır.

A – TEK DİŞ EKSİKLİĞİ: Alt-üst çenenin herhangi bir bölgesindeki diş eksikliğinin yerine yerleştirilen tek implant üstüne yapılır. Etrafındaki dişlerin kesilmemesi bir avantajdır ve sabit köprülerden daha uzun ömürlüdür.

B- KISMİ DİŞ EKSİKLİĞİ: Uygun planlamalarla 2-3 veya daha fazla implantlar üzerine sabit köprüler yapılarak gerçekleştirilir.

C- TAM DİŞSİZLİK: Hastaların geleneksel total dişsiz protezleri alt çenede 2 implant üzerine topuz(ball) tutucular yerleştirilerek daha rahat, konforlu ve stabil hale getirilebilir. Bu protezler alt ve üst çenede implant üzerine yerleştirilen bar tutucular yardımı ile de rahat kullanılabilir. Tabii ki bu protezler hastaların takip çıkarabildikleri hareketli protezlerdir. Tam dişsizlik vakalarında total protezlerin altına 2-4 adet implant yerleştirilerek protezlerin tutuculuğu ve stabilizasyonu sağlanır. İmplantların ağız içinde görünen kısımları bilye şeklinde yuvarlak olup, protezin iç kısmında hazırlanmış yuvalara sıkı şekilde otururlar ve protezin oynamasını, hareket etmesini engellerler. Hasta protezini dik yönde yukarı çekip çıkarabilir ve temizliğini yapar.

Alt üst çene dişsizlik vakalarında her çene için 6-8 implant yerleştirilerek sabit köprü protezleri yapmak ta mümkündür. Bu sayıda implantlarla çene kemiklerindeki kayıpların hasta estetiğini bozduğu vakalarda yumuşak ve sert doku kayıpların ortadan kaldıran hibrid protezler yapılmaktadır.

Son yıllara tam dişsizlik vakalarında hastalara hemen yerleştirilen 4 implant üzerine, anında yükleme yapılan sabit protezler (all on four konsept) ön plana geçmiştir. Tek seansta gerçekleştirilen bu uygulamada açılı implant üst yapıları hastanın mevcut protezine uygulanır ve sabit hale getirilir. 6-8 haftalık bir iyileşme periyodundan sonra aynı prensiplere uygun hastanın asıl sabit protezi gerçekleştirilir.

Doğumsal veya sonradan oluşan diş eksikliklerinde, çoklu aralıklı dişlerde(polidiastema) oluşan düzensizlikler sabit ortodontik tedavi ile implant yerleşimine uygun hale getirilir ve protezle rehabilite edilir.

İMLANTLARIN ÖMRÜ NE KADARDIR?

Klasik protezlerde mesela köprü protezlere



10 yıl ömür biçilirken implantlar üzerine doğru yapılmış bir protezin ömür boyu kullanılması şansı vardır.

VÜCUT İMLANTI REDDEDER Mİ?

Kalp, böbrek, karaciğer transplantasyonlarındaki gibi vücudun antijen-antikor ilişkisi ile implantları reddetmesi söz değildir. Bu sebepten dolayı implant uygulanan hastalara immuno süpresif tedavi söz konusu değildir.

İMLANT NE ZAMAN YAPILMALI?

Diş çekimi yapıldıktan sonra bekleme süresi bir aydan fazla olursa kemik daha hızlı bir şekilde erimeye başlayacaktır. Çünkü kemik bir şekilde ağız içinde çiğneme basınçlarına dişle beraber direnmektedir. Diş çekilip basınç kalkınca kemiğin süratle erimesini engellemek için implant mümkün olduğunda erken yapılmalıdır.

BAŞARI KRİTERLERİ

Pek çok kriter gözlenmesine rağmen özellikle;

a- Dişin üzerine vurulduğunda (perküsyon) ağrı olmamalıdır.

b- Röntgen tetkikinde implant etrafında koyu renkli boşluk gözlenmemelidir.

c- İlk 5 yılda dik yöndeki kemik erimesi implantın 1/5 inden fazla olmamalıdır.

d- İmplant her yönde hareketsiz olmalı, sallanmamalıdır.

Günümüzde implant uygulamalarındaki başarı oranı %90 nın üzerinde görülmektedir. Ancak bunlar genellikle akademik çevrelerin düzenli takip bildirimlerine dayanmaktadır. Pratisyen hekimlerin olgularını paylaşmaması %25 den fazla olduğu iddia edilen başarısızlık oranını gizlemektedir.

İmplanttaki başarısızlık oranı genellikle hekime, hastaya, seçilen malzemelere ve laboratuvarın kalitesine bağlıdır. Ancak bütün bu faktörlerin seçimi hekim tarafından yapıldığından sorunlu şüphesiz hekimin kendisi olacaktır.

İMLANT BAKIMI

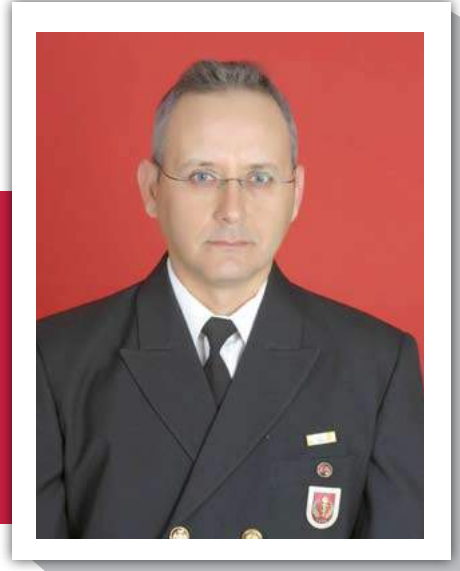
İmplant uygulanmış hastalarda ağız bakımı, temizliği muntazam yapıldığında protezlerin yıllar boyunca sorunsuz olarak kullanılması mümkündür. Geleneksel ağız bakımında olduğu gibi fırçalama, diş ipi, arayüz fırçası kullanımı ağız jelleri yeterli olmaktadır

Doç.Dz.Tbp.Bnb. Koray AYDEMİR

GATA Fiziksel Tıp ve Reh. A.D.

Öğretim Üyesi

FİBROMİYALJİ SENDROMU



Fibromiyalji sendromu vücutta yaygın ağrı, yorgunluk ve sabah tutukluğu ile karakterize bir hastalıktır. Hastalık bireyin yaşam kalitesini önemli ölçüde azaltmakta, tedavi giderleri ve iş gücü kaybı topluma ekonomik bir yük getirmektedir. Laboratuvar tetkiklerinde hastalığa özel bir bulgu yoktur, bu nedenle uzun yıllar bir hastalık olarak kabul edilmemiştir. Son yıllarda hastalıkla ilgili bilimsel çalışmalar önem kazanmış olup, fizyopatolojisi ve tedavisi ile ilgili tartışmalar devam etmektedir.

Epidemiyoloji

Hastalık her yaş ve cinsiyette görülebilir. En sık 40–60 yaş arasında, %85–90 oranında kadınları etkilemektedir. Toplumda %2–8 oranında görülmektedir. Ancak son yıllarda toplumda artan stres, hareketsiz yaşam koşulları, egzersiz yapamama ve çevresel zararlı maddelere maruz kalma gibi nedenlerle hastalığın görülme sıklığı giderek artmaktadır. Eğitim ve sosyoekonomik düzeyi düşük bireylerde hastalığın görülme oranı artmaktadır. Tek başına ortaya çıkabileceği gibi, diğer romatizmal ve sistemik hastalıklara eşlik edebilir.

Fizyopatoloji

Hastalık birçok faktörün etkileşimi sonucu ortaya çıkmaktadır. Nöroendokrin fonksiyon bozukluğu ve santral sinir sisteminde duyarlılıkta artış en önemli faktörlerdir. Uyku bozukluğu, travma, enfeksiyon, stres, genetik, fiziksel kondisyon kaybı ve soğuk-nemli hava gibi bazı çevresel faktörler hastalığın tetiklenmesine katkıda bulunmaktadır.

Çevreden gelen rahatsız edici uyarılara karşı santral sinir sisteminde duyarlılaşma, ağrı eşiğinde azalma ve ağrılı uyarılara karşı artmış bir cevap görülür. Beyin omurilik sıvısında ağrı duyusuna neden olan maddelerin sağlıklı birey-

lere göre 3 kat fazla saptanması ağrı algılama mekanizmasında değişiklik olduğunu düşündürmektedir. Hastaların bir bölümünde hormon düzensizlikleri, beyinde azalmış bölgesel kan akımı ve otonom sinir sistemi fonksiyon bozukluğu tespit edilmiştir. Ağrılı uyarı kaybolduysa bile, santral sinir sistemindeki aşırı duyarlılık hali devam etmektedir.

Fibromiyalji sendromlu hastalarda depresyon ve anksiyete bozukluğu görülme oranında artış mevcuttur. Çoğu hastada mevcut olan psikiyatrik bozuklukların tedavisi hastalığın tedavisini olumlu yönde etkilemektedir.

Özetlemek gerekirse; fibromiyalji sendromu, genetik yatkınlığı olan bireylerde santral sinir sisteminin birçok zararlı uyarılarla uyarılması sonucu aşırı duyarlı hale gelmesi ile ortaya çıkan bir klinik tablodur.



Fotoğraf, www.kadinlaricin.net/images/articles/84/fibromiyalji.png adresinden alınmıştır.



Klinik Özellikler

Ağrı, yorgunluk ve sabah tutukluğu tüm vücutta hissedilir. Kronik ağrı hastaların en sık başvurma nedenlerinden biridir. Özellikle sabahları belirgin olan, tüm gün hissedilen tutukluk ve yorgunluk hissi ile günlük işleri yaparken zorlanma şikâyeti vardır. Uykuya dalmada güçlük, gece sık uyanma gibi çeşitli uyku bozuklukları hastaların üçte ikisinde görülür. Uyku bozukluğunun iyi bir göstergesi olan sabah yorgun uyanma ve dinlendirmeyen uyku hastaların %75–90'ında görülür. Hastaların yarısında kol ve bacaklara yayılan uyuşma-karıncalanmalar ve şişlik hissi şikâyetleri vardır. Ancak muayenede şişlik, elektro fizyolojik çalışmalarda objektif hastalık bulgusu tespit edilemez.

Hastaların yarısından fazlasında sersemlik, baş dönmesi ve bilişsel bozukluklar vardır. Baş ağrısı, ağrılı adet dönemi, sindirim bozukluğu, huzur-

suz bacak sendromu, kuru göz belirtileri, ellerde solukluk-morarma, sık ve ağrılı idrara çıkma gibi sorunlar fibromiyalji sendromlu hastalarda olağandır (Tablo 1). Hastalığın belirtilerini artırıp/azaltan faktörler (Tablo 2)'de görülmektedir.

Fizik Muayene ve Laboratuvar Bulguları

Hastalar genellikle sağlıklı görünümündedirler, bazen kaygılı ve depresif yüz ifadesi görülebilir. Fizik muayenede eklem şişliği, kas güçsüzlüğü ya da anormal nörolojik bulgu tespit edilmez. En önemli bulgu vücutta çok sayıda hassas nokta varlığıdır. Belirli anatomik bölgeler üzerine bastırıldığında hastada şiddetli ağrı oluşur.

Hastalığa özel bir laboratuvar tetkiki yoktur. Eğer eşlik eden bir hastalık varsa o hastalığa ait bulgular saptanabilir. Tam kan sayımı, kas enzimleri, biyokimya, sedimentasyon hızı, tiroit fonksiyon testleri ve romatizma tetkikleri normal sınırlardadır.



Fotoğraf. www.kadinlaricin.net/images/articles/84/fibromiyalji.png adresinden alınmıştır.

Tablo 1: Fibromiyalji sendromunun belirtileri ve görülme oranları.

Kas-iskelet sistemi belirtileri	Diğer belirtiler	Eşlik eden sendromlar
<ul style="list-style-type: none"> • Çok sayıda anatomik bölgede ağrı (%100) • Katılık (%76) • Tüm vücutta sızı/acı (%62) • Yumuşak dokularda şişlik hissi (%52) 	<ul style="list-style-type: none"> • Halsizlik (%87) • Uyku bozukluğu (%72) • Sabah yorgun uyanma (%75) • Bilişsel fonksiyon boz. (%61) • Anksiyete-stres (%61) • Karıncalanma (%54) • Baş ağrısı (%54) • Sersemlik/baş dönmesi (%59) • Ağrılı adet dönemi (%43) • Depresyon (%37) • Kulak çınlaması (%17) • Kuru ağız -göz belirtileri (%15) • Raynaud fenomeni (%14) 	<ul style="list-style-type: none"> • Adet öncesi gerginlik sendromu (%42) • Spastik kolon (%38) • Huzursuz bacak sendromu (%31) • Kadın üretral sendromu (%15) • Periyodik bacak hareketi bozukluğu (%14) • Çene eklemi fonksiyon bozukluğu (%12)



Fotoğraf, sozcu.cubecdn.net/kadin/wp-content/uploads/2013/01/agri.gif adresinden alınmıştır.

Sinir iletim çalışmaları ve elektromiyografi normaldir, rutin olarak uygulanmamakla birlikte uyku laboratuvarında elektroansefalografide anormallik saptanabilir. Laboratuvar testleri ayırıcı tanı ve eşlik eden hastalıklar açısından önemlidir.

Tanı

Tanı için 2010 yılında yayınlanan tanı kriterleri kullanılmaktadır. Bu kriterlere göre bir hastada aşağıda belirtilen 3 durum mevcut ise tanı konulur.

1. Ağrılı bölge sayısının ve hastalık belirtilerinin şiddetinin belirli bir düzeyin üzerinde olması,

Tablo 2: Belirtileri artırıp/azaltan faktörler.

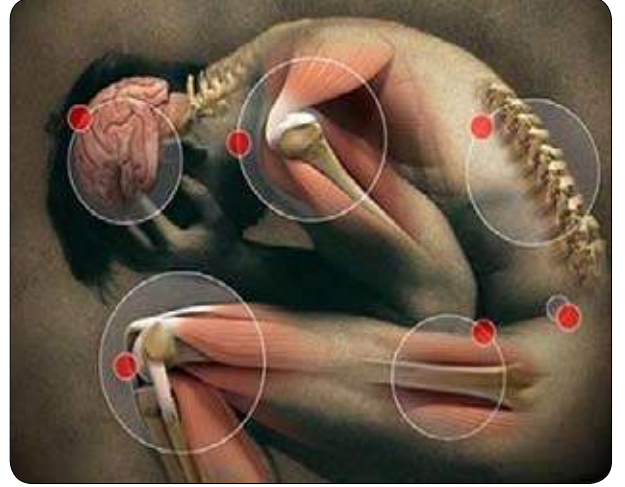
Belirtileri artıran faktörler	Belirtileri azaltan faktörler
<ul style="list-style-type: none"> • Fiziksel stres • Viral veya bakteriyel hastalıklar • Duygusal stres • Uykusuzluk • Fiziksel veya zihinsel yorgunluk • Aşırı fiziksel aktivite veya hareketsizlik • Soğuk ve nemli hava 	<ul style="list-style-type: none"> • Sıcak-kuru hava • Sıcak duş veya banyo • Dinlendirici uyku • Orta dereceli aktiviteler • Germe egzersizleri ve masaj • Çevre değişikliği ve tatil • Lokal sıcak uygulama

2. Belirtilerin en az 3 aydır aynı düzeyde devam ediyor olması ve
3. Bu belirtilere neden olabilen başka bir hastalığın olmaması.

Belirtilerin şiddetinin hesaplanmasında; yorgunluk, dinlendirmeyen uyku, bilişsel ve bedensel belirtiler değerlendirilir. Hastalıkta görülebilen bedensel belirtiler (Tablo 3)'de sunulmuştur.

Ayırıcı Tanı

Hastalığın yaygın sistemik belirti ve bulguları olduğu için ayırıcı tanıda birçok hastalık göz önünde bulundurulmalıdır. Bunlardan başlıca; hipotiroidi, hiperparatiroidi, ankilozan spondilit,



Hastalığa doğru ve erken tanı konulması için fibromiyalji kuşkusu uyandıran belirtileri dikkatle izlemek gerekiyor: (Fotoğraf, www.kadınlaricin.net/images/articles/84/fibromiyalji.png adresinden alınmıştır.

miyopatiler, multipl skleroz, artritler, polimiyalji romatika, radikülopatiler, kalp-akciğer hastalıkları, vitamin D eksikliği ve osteomalazi sayılabilir. Fibromiyalji sendromunun diğer hastalıklara eşlik edebileceği unutulmamalı, tedaviye başlamadan önce altta yatabilecek önemli hastalıkların varlığı dışlanmalıdır.

Tedavi

Tanı konulduktan sonra hasta ve yakınları hastalık hakkında bilgilendirilmeli, eğitim verilmeli ve tedavi seçenekleri değerlendirilmeli-

dir. Uygun tedavi yaklaşımı; eğitim, endişelerin giderilmesi, belirtileri artıran faktörlerin tespiti ve ortadan kaldırılması, eşlik eden hastalıkların tedavisidir. İlaç ve ilaç dışı tedavilerin kombinasyonu ile kişiye özel tedavi programı oluşturulmalıdır. Amaç; ağrının azaltılması, uykunun düzenlenmesi, fiziksel aktivite ve işlevselliğin artırılmasıdır. Erken tanı konulan, genç, tedaviye uyumlu, düzenli egzersiz yapabilen hastalarda tedavide daha başarılı olunmaktadır.

İlaç Tedavisi

İlaç tedavisi ile ağrı, uyku sorunları, anksiyete ve depresyon gibi semptomların tedavisi

Tablo 3 : Hastalığın bedensel belirtiler

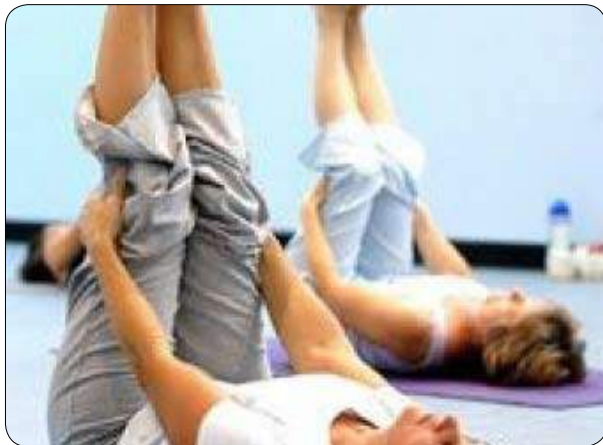
Hastalığın Bedensel Belirtileri	
<ul style="list-style-type: none"> • Kas ağrısı - güçsüzlük • Yorgunluk • Kuru göz • Kulak çınlaması • İşitme güçlüğü • Oral aft • Ağız kuruluğu • Tat duyusu bozuklukları • Baş ağrısı • Baş dönmesi • Ateş • Göğüs ağrısı • Spastik kolon • Depresyon, uykusuzluk • Bulanık görme • Işığa duyarlılık, döküntü 	<ul style="list-style-type: none"> • Hafıza problemleri • Karıncalanma • Nefes darlığı, göğüs ağrısı • Hırıltı • İştahsızlık • Bulantı • Hazımsızlık • Kabızlık • İshal • Karın ağrısı • Sık idrara çıkma • Ağrılı idrara çıkma • Raynaud fenomeni • Sinirlilik • Kaşıntı • Saç dökülmesi

ve sonuç olarak yaşam kalitesinin iyileştirilmesi amaçlanmaktadır. Tedavide kullanılan ilaçlar sinir sistemine etkili ilaçlardır. Beyin ve omurilikte ağrı duyusunun işlenmesini ve ağrıya karşı dayanıklılığı düzenleyen çeşitli moleküller üzerinden etki gösterirler. Bu amaçla; antidepresanlar, antikonvülzanlar, analjezikler sıklıkla kullanılmakta, ağrı, fonksiyonel durum, duygu durumu ve halsizlikte iyileşme, ayrıca hassas nokta sayısında azalma sağlanmaktadır. Hastanın durumuna göre tedavi yöntemlerinin birkaçı birlikte uygulanabilir. En az yan etki ile hastalığın belirtilerini tedavi etmek temel amaç olmalıdır.

Vücutta eksik olan vitamin/mineral varsa yerine konulmalıdır. Özellikle D vitamini düzeyi düşük ise takviye edilmeli, hastanın öğle saatlerinde güneş ışığından faydalanması önerilmelidir.

İlaç Dışı Tedaviler

Etkinlikleri konusunda güçlü kanıtlar bulunan



Fotoğraf, www.porttakal.com/resimler/2000/2780_1.jpg adresinden alınmıştır.

ilaç dışı tedaviler; aerobik egzersiz, bilişsel davranış tedavileri ve hasta eğitim programlarını içeren multidisipliner yaklaşımlardır.

Fibromiyalji sendromlu hastaların fiziksel kondisyon ve kas güçleri, sağlıklı bireylere oranla düşüktür. Egzersiz; hastanın kendine güvenini geliştirme, gevsemeyi sağlama ve vücutta beta-endorfin ile büyüme hormonları salınımını artırarak ağrı algısında azalma sağlar. Ayrıca egzersizin hipotalamus-hipofiz-böbrek üstü bezi iletişimindeki bozukluğu düzelterek ağrı, halsizlik ve uyku sorunlarına çözüm sağladığı bilinmektedir. Egzersiz programına düşük yoğunlukta, kısa süreli bir programla başlanmalı, yoğunluk ve süre hastanın dayanabileceği şekilde artırılabilmelidir. Tedavide en etkili egzersizlerin aerobik egzersizler olduğu gösterilmiştir. Her gün en az yarım saat açık havada yürüyüş yapmanın tedaviye olumlu etkileri gösterilmiştir. Hastalar mutlaka düzenli olarak yürüyüş yapmaya teşvik edilmelidir.

Fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarından; yüzeysel sıcak uygulaması, ultrason, lazer, elektroterapi, akupunktur, elektromiyogram biofeedback, hidroterapi, kaplıca tedavisi ve masaj sıklıkla kullanılan yöntemlerdir. Etkinlikleri konusunda farklı görüşler mevcuttur. Egzersiz ve yaşam tarzı değişiklikleri ile kombine edilmeyen fizik tedavi yöntemleri tek başına tedavide etkili olamaz.

Kişisel davranışsal tedavi, gevseme teknikleri ve stresle başa çıkma yöntemleri sağlıklı davranış biçimlerini pekiştirerek ağrı ile başa çıkma becerilerini geliştiren yaklaşımlardır. Rehabilitasyonun amacı ağrı ve fonksiyonel kısıtlılıklar nedeniyle toplumdan izole olmuş bireyin yeniden topluma entegrasyonudur.

Prof.Dr.Albay Gökhan YAĞCI
GATA Genel Cerrahi Anabilim Dalı
Öğretim Üyesi

MORBİD OBEZİTE ve CERRAHİ TEDAVİSİ



Obezite Nedir? Obezite Deyince Ne Anlıyoruz

Kelime anlamı ile bakıldığında Obezite aşırı kilolu olmayı ifade etmektedir. Morbid terimi ise rahatsızlığa veya hastalığa yol açan bir durumu işaret eder. Günümüzde sıkça karşılaşmaya başladığımız Morbid Obezite kavramı ise vücudtaki aşırı yağ depolanmasının sebep olduğu yandaş hastalıklar dediğimiz, hayatı tehdit eden rahatsızlıklarla seyreden ciddi obeziteyi tanımlamaktadır.

Dünyada Obezite Prevelansı

Diyet ve egzersiz de içeren yaşam stilindeki değişiklikler, obezite ve fazla kiloların tedavisinde geleneksel olarak kullanılan yöntemler olmuştur. Ancak tüm dünyada aşikâr olarak ulaşılan noktada bu modalitelerin obezitenin geriye döndürülmesinde yeterli olmadıkları görülmektedir. Obezite küresel boyutta önemli bir halk sağlığı sorunudur. Hem gelişmiş ülkelerde hem de gelişmekte olan ülkelerde obezite her geçen gün artış göstermektedir. DSÖ tarafın-



dan Asya, Afrika ve Avrupa'nın 6 ayrı yöresinde yapılan ve 12 yıl süren MONICA çalışmasında 10 yılda obezite prevalansında %10-30 arasında bir artış saptandığı bildirilmiştir.

Obezitenin en sık görüldüğü ABD'de Kronik Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi (CDC) tarafından NHANES (ABD-Ulusal Beslenme ve Sağlık Araştırması) çalışmasına göre 2003-2004 yılında obezite (BKI > 30) prevalansının erkeklerde %31.1, kadınlarda %33.2, 2005-2006 yılında ise erkeklerde %33.3, kadınlarda ise %35.3 olarak tespit edildiği açıklanmıştır.

Avrupa'da yetişkinlerde fazla kilolu olma prevalansı erkeklerde %32-79, kadınlarda ise %28-78 arasında değişmektedir. Fazla kilolu olma durumunun en yüksek olduğu ülkeler Arnavutluk, Bosna-Hersek ve İngiltere (İskoçya bölgesinde)'dir. Türkmenistan ve Özbekistan ise prevalansın en düşük olduğu ülkelerdir. Bu ülkelerde obezite prevalansı ise erkeklerde %5-23, kadınlarda %7-36 arasında değişmektedir.

Türkiye'de Obezite;

Yapılan araştırmalar göstermektedir ki, beslenme alışkanlıkları ve hayat standartlarımızın değişmesi ile obezite sorunu ülkemiz insanları için de giderek yükselen oranlarda bir tehdit olarak karşımıza çıkmaktadır. Ülkemizde de diğer dünya ülkelerinde olduğu gibi obezite görülme sıklığı gün geçtikçe artmaktadır.

Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan "Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması-2010" ön çalışma raporuna göre Türkiye'de obezite sıklığı

Erkeklerde %20,5, Kadınlarda ise % 41,0 olup toplamda % 30,3 olarak bulunmuştur. Toplamda fazla kilolu olanlar %34,6, fazla kilolu ve şişman olanlar %64,9, çok şişman olanların oranı %2,9 olarak bulunmuştur.

Çocuklarda ve Adölesanlarda:

Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen ve Ha-

cettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü ve Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesince yapılan "Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması-2010" ön çalışma raporuna göre Türkiye'de

- 0-5 yaşta obezite sıklığı % 8,5 (erkek %10,1, kız %6,8)
- 6-18 yaşta obezite sıklığı % 8,2 (erkek %9,1, kız %7,3) olarak bulunmuştur.

0-5 yaşta fazla kilolu olanlar %17,9, fazla kilolu ve şişman olanlar %26,4 olarak bulunmuştur.

6-18 yaşta fazla kilolu olanlar %14,3, fazla kilolu ve şişman olanlar %22,5 olarak bulunmuştur.

Obeziteye Yol açan sebepler nelerdir?

Obeziteye neden olan etmenler tam olarak açıklanamamakla birlikte aşırı ve yanlış beslenme ve fiziksel aktivite yetersizliği obezitenin en önemli nedenleri olarak kabul edilmektedir. Bu faktörlerin yanı sıra genetik, çevresel, nörolojik, fizyolojik, biyokimyasal, sosyo-kültürel ve psikolojik pek çok faktör birbiri ile ilişkili olarak obezite oluşumuna neden olmaktadır. Tüm dünyada özellikle çocukluk çağı obezitesindeki artışın sadece genetik yapıdaki değişikliklerle açıklanamayacak derecede fazla olması nedeniyle, obezitenin oluşumunda çevresel faktörlerin rolünün ön planda olduğu kabul edilmektedir.

Obezitenin oluşmasında başlıca risk faktörleri aşağıda sıralanmıştır:

- Aşırı ve yanlış beslenme alışkanlıkları, yetersiz fiziksel aktivite, yaş, eğitim düzeyi, sosyokültürel etmenler, gelir durumu, hormonal ve metabolik etmenler, genetik etmenler, psikolojik problemler en sık etmenlerdir. Ayrıca sık aralıklarla çok düşük enerjili diyetler uygulama, sigara-alkol kullanma durumu, kullanılan bazı ilaçlar (antidepresanlar vb.), ve doğum sayısı ve

doğumlar arası süre de diğer faktörler olarak sıralanmaktadır.

Obezitenin gelişmesinde dikkat edilmesi gereken faktörlerden biri de yaşamın ilk yıllarındaki beslenme şeklidir. Yapılan çalışmalarda, obezite görülme sıklığının anne sütü ile beslenen çocuklarda, anne sütü ile beslenmeyen çocuklara göre daha düşük oranlarda olduğu, anne sütü verme süresinin, tamamlayıcı besinlerin türü, miktarı ve başlama zamanlarının obezite oluşumunu etkilediği bildirilmektedir.

DSÖ ve UNICEF (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu) tarafından yayımlanan çeşitli dokümanlarda 6 ay tek başına anne sütü verilmesinin, 6. aydan sonra emzirmenin sürdürülmesi ile birlikte güvenilir ve uygun kalite ve miktarda tamamlayıcı besinlere başlanılmasının ve en az 2 yıl emzirmenin devam ettirilmesinin kısa ve uzun dönemde obezite ve kronik hastalık riskini azaltabileceği belirtilmiştir.

Obezitenin neden olduğu sağlık sorunları/ risk faktörleri nelerdir?

Obezite; vücut sistemleri (endokrin sistem, kardiyovasküler sistem, solunum sistemi, gastrointestinal sistem, deri, genitoüriner sistem, kas-iskelet sistemi) ve psikososyal durum üzerinde yarattığı olumsuz etkilerden dolayı pek çok sağlık problemlerine neden olmaktadır.

Obezitenin çeşitli hastalıklarla ilişkisi bilinmekte olup morbidite ve mortaliteyi artırıcı etkisi de ortaya konulmuştur. Fazla kilolu olma Avrupa Bölgesinde her yıl 1 milyondan fazla ölümün ve hasta olarak geçirilen 12 milyon yaşam yılının sorumlusudur

Morbid Obezite birçoğu ölüm riskini arttıran çok sayıda sağlık sorunları ile yakın ilişki içerisindedir. Bunların başında sürekli yüksek seyreden kan basıncı değerleri veya hipertansiyon hastalığı gelmektedir. Hipertansiyon varlığı kalp, böbrek hastalığı, inme ve atar damar tıkanıklarına neden olabilmektedir. Kanda kolesterol düzeylerinin yükselmesi ve diyabet hastalığı; özellikle de erişkin tip veya Tip II diyabet obez hastalarda on kat daha fazla görülmektedir. Kan şekeri düzeylerinin sürekli yüksek seyretmesi tüm vücutta doku hasarına yol açarak böbrek yetmezliği, görme kaybı, kalp krizi ve uzuv kaybına kadar gidebilen tablolara neden olabilmektedir. Uyku apne sendromu ve azalmış ventilasyon sendromları da Obezite ile ortaya çıkan solunum problemleridir. Gastroözefageal Reflü Hastalığı, Üriner Stres İnkontinansı, Dejeneratif Artritler ve ekstremitelerde gelişen Venöz Ülserler obezite ile seyreden diğer yandaş hastalıklar olarak karşımıza çıkmaktadır. Yapılan çalışmalar obez kadınlarda meme, rahim ve yumurtalık kanseri, obez erkeklerde ise yemek borusu, kalın barsak ve prostat kanseri gelişme riskinin daha yüksek olduğunu göstermektedir.



Obezite Nasıl Saptanır?

Dünya Sağlık Örgütü'nün obezite sınıflandırması esas alınarak Klinik olarak obeziteyi belirlemek için yaygın olarak Beden Kitle İndeksi (BKİ) kullanılmaktadır. BKİ, bireyin vücut ağırlığının (kg), boy uzunluğunun (metre cinsinden) karesine ($BKİ=kg/m^2$) bölünmesiyle elde edilen bir değerdir. BKİ boy uzunluğuna göre vücut ağırlığının tahmin edilmesinde kullanılmakta, vücutta yağ dağılımı hakkında bilgi vermemektedir. Buna göre erişkinlerde beden kitle indeksi (BKİ)'nin 25'in üzerinde olduğu kişiler aşırı kilolu, 30'un üzerinde olanlar obez olarak tanımlanır. Çocuklarda ise yaş ve cinse göre hazırlanan BKİ persentil eğrileri kullanılarak >85 persentil olan çocuklar aşırı kilolu, >90 persentil olanlar ise obez olarak sınıflandırılmaktadır.

Obezitenin Tedavisi

Obezite oluşmadan korunma büyük önem taşımaktadır ve bu yaklaşım çocukluk çağında başlamalıdır. Çocuk ve adolesan döneminde oluşan obezite, yetişkinlik dönemi obezitesi için zemin hazırlamaktadır. Bu nedenle ailelerin ve okul çevresinin yeterli ve dengeli beslenme ile fiziksel aktivite konularında bilgilendirilmeli büyük önem arz etmektedir. Obezitenin etiyolojisinde pek çok faktörün yer alıyor olması, bu hastalığın önlenmesi ve tedavisini son derece güç ve karmaşık hale getirmektedir. Bu nedenle obezite tedavisinde hekim, diyetisyen, psiko-

log, fizyoterapistten oluşan çok disiplinli bir ekip gerekmektedir.

Obezite tedavisinde amaç, gerçekçi bir vücut ağırlığı kaybı hedeflenerek, obeziteye ilişkin morbidite ve mortalite risklerini azaltmak, bireye yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığı kazandırmak ve yaşam kalitesini yükseltmektir. Vücut ağırlığının 6 aylık dönemde %10 azalması, obezitenin yol açtığı sağlık sorunlarının önlenmesinde önemli yarar sağlamaktadır.

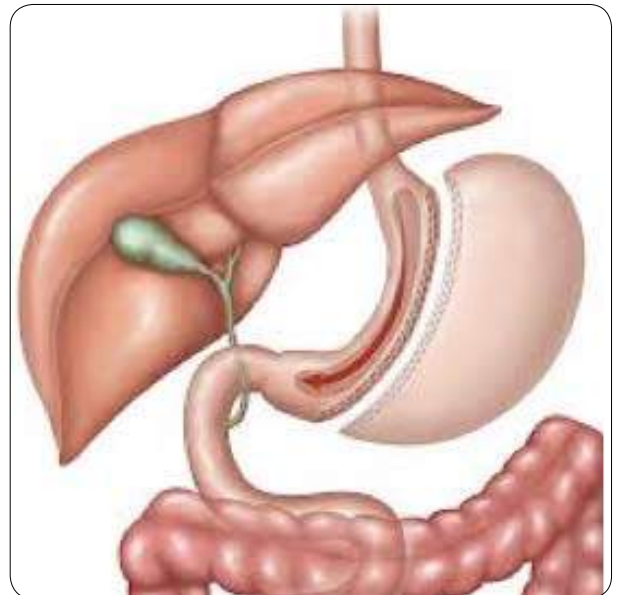
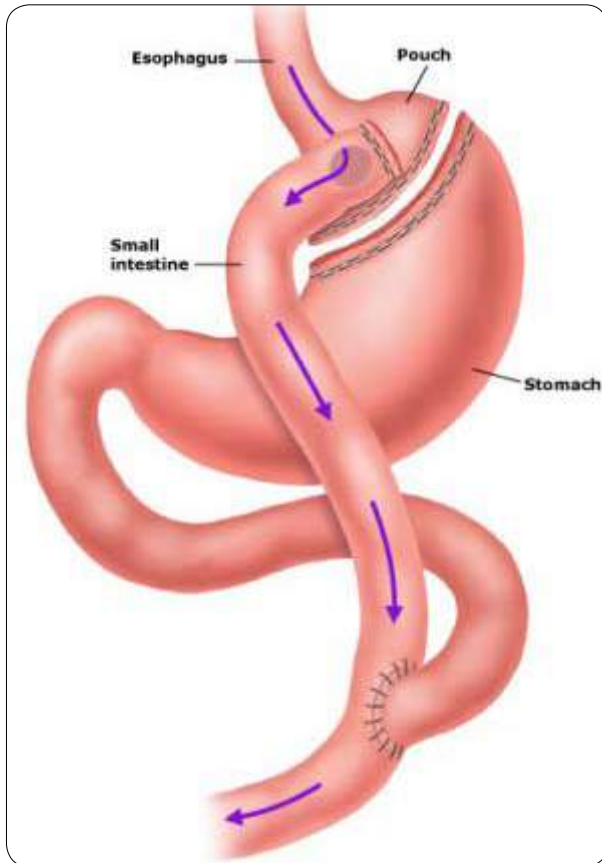
Obezite tedavisinde kullanılan yöntemler 5 grup altında toplanmaktadır. Bu yöntemler;

1. Tıbbi beslenme (diyet) tedavisi : Obezitenin tedavisinde tıbbi beslenme tedavisi anahtar rol oynamaktadır. Obezitede beslenme tedavisi ile: •Vücut ağırlığının, boya göre olması gereken ($BKİ= 18.5 - 24.9 kg/m^2$) düzeye indirilmesi hedeflenmelidir. Tıbbi beslenme (diyet) tedavisinin bireye özgü olduğu unutulmamalıdır. Başlangıçta belirlenen hedefler, bireyin olması gereken ideal ağırlığı olabildiği gibi, ideal ağırlığının biraz üzerinde de olabilir.

Uygulanacak zayıflama diyetleri yeterli ve dengeli beslenme ilkeleri ile uyumlu olmalıdır. Amaç, bireye doğru beslenme alışkanlığı kazandırılması ve bu alışkanlığını sürdürmesidir.

Vücut ağırlığı boya göre olması gereken ($BKİ= 18.5 - 24.9 kg/m^2$) düzeye geldiğinde tekrar ağırlık kazanımı önlenmeli ve kaybedilen ağırlık korunmalıdır.

2. Egzersiz tedavisi : Egzersiz tedavisinin ağırlık kaybını sağlamadaki etkisi halen tartışmalı olsa da, fiziksel aktivitenin yağ dokusu ve karın bölgesindeki yağlanmayı azalttığı, diyet yapıldığında görülebilen kas kütle kayıplarını önlediği kesin olarak kabul edilmektedir. Egzersiz tedavisi ile tıbbi beslenme tedavisini destekleyici nitelikte bireylerin ağırlık kazanımları engellenebilmekte, zayıflama ve tekrar ağırlık kazanımının önlenmesi sağlanmaktadır.



Yetişkinlerin her gün ortalama 30 dakika orta şiddette egzersiz yapması önerilmektedir. Bu düzey bir aktivite günlük 840kj (200kkal) enerji tüketimini sağlar. Obez kişilerde her gün fiziksel olarak aktif olmak amaçlanmaktadır. Enerji harcaması kişinin vücut ağırlığı ve aktivite şiddetine göre değişir.

Obez bireyde, egzersiz programının uygulanmasında dikkat edilmesi gereken en önemli konular, enerji harcamasını artırırken yaralanma riskinin en düşük düzeyde tutulmasıdır. Önerilen egzersiz programı, bireye özgü olmalı, eğlenceli, uygulanabilir ve bireyin günlük yaşam alışkanlıkları ile uyumlu olmalıdır.

3. Davranış değişikliği tedavisi :

Ališılmış olan hayat tarzının değiştirilmesi obezite ile mücadelede en önemli basamaklardan biridir. Vücut ağırlığının denetiminde davranış değişikliği tedavisi, fazla ağırlık kazanımına neden olan yemek yeme ve fiziksel aktivite ile ilgili olumsuz davranışları olumlu yönde değiştirmeyi veya azaltmayı, olumlu davranışları ise pekiştirerek yaşam biçimi haline gelmesini amaçlayan bir tedavi şeklidir.

4. Farmakolojik tedavi :

Obezite tedavisinde kullanılacak ilaçlar hafif ve orta derecede ağırlık fazlalığı olan bireyler için uygun değildir. Kullanılan ilaçların, sağlık yönünden güvenirliliğinin saptanmış olması, obeziteye neden olan etiyolojiye uygun bir etki göstermesi, kısa ve uzun dönemde önemli yan etkisinin olmaması ve bağımlılık yapmaması ve bu tür ilaçların mutlaka hekim tavsiyesi ve kontrolünde kullanılması gerekliliği büyük önem taşımaktadır.

Obezite tedavisinin başarılı olması için hastanın ilaç tedavisinin yanı sıra tıbbi beslenme

tedavisi ve egzersiz tedavisini sürdürmeyi kabul etmesi ve düzenli olarak kontrollere gelmesi gerekmektedir.

5. Cerrahi tedavi : Obezitede cerrahi yaklaşım temelde ikiye ayrılır. Besinlerle alınan enerjinin azaltılmasına yönelik bariyatrik cerrahide hedef, besinlerin gastrointestinal sistemde emilimlerini azaltmaktır. Bu amaçla bypass, gastropласти, gastrik bantlama, gastrik balon vb. yöntemleri kullanılır. Rekonstrüktif cerrahide ise amaç; vücudun çeşitli bölgelerinde lokalize olmuş mevcut yağ dokularının uzaklaştırılmasıdır. Bu tedavi estetik açırlıklıdır ve eğer hasta obezite tedavisinin gereklerini yerine getirmezse yağ birikimi tekrar gerçekleşmektedir.

Günümüzde minimal invaziv tedavi yöntemlerindeki gelişmeler ve Laparoskopik cerrahideki ilerlemeler ile Morbid Obezitenin tedavisinde düşük komplikasyon riskleri ile aşkar ve sürdürülebilir kilo kaybı sağlayan gastrointestinal cerrahi işlemlerde belirgin bir artış olmuştur. Cerrahi girişimler ile elde edilen kilo kaybı sonucunda obez hastaların büyük bir çoğunluğunda yandaş hastalıkların tamamen ortadan kalkmakta veya gerilemektedir. Geniş serilerle yapılan çalışmalar sonucu Laparoskopik Mide Bypass Ameliyatı (Roux-en-Y Gastric Bypass) ve Laparoskopik Tüp Mide Ameliyatlarının (Vertical Sleeve Gastrectomy) Morbid Obezite hastalarında kilo kaybı ve metabolik bozuklukların düzeltilmesinde etkili tedavi yöntemleri oldukları gösterilmiştir.

Kaynaklar

1. Hedley AA, Ogden CL, Johnson CL et al (2004) Prevalence of overweight and obesity among US children, adolescents, and adults, 1999-2002. JAMA 291(23):2847-2850
2. Ogden CL, Fryar CD, Carroll MD, Flegal KM (2004) Mean body weight, height, and body mass index, United States 1960- 2002. CDC National Center for Health Statistics, Number 347.
3. Flegal KM, Carroll MD, Ogden CL, Johnson CL (2002) Prevalence and Trends in obesity among US adults, 1999-2000. JAMA 288:1723-1727
4. Advances in the surgical treatment of morbid obesity. Margaret A. Stefater, Rohit Kohli, Thomas H. Inge. Molecular Aspects of Medicine 34 (2013) 84-94
5. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı web sitesi. (<http://www.beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=45>)



Fotoğraf, <http://www.kilom.org/upload/uploaded/9438096.jpg> adresinden alınmıştır.

TURKTRUST Türkiye'nin İmzası

e-imza hem zaman hem para kazandırıyor

Türk Silahlı Kuvvetleri ELELE Vakfı'nın bir iştiraki olarak 2004 yılında kurulan TÜRKTRUST, e-imza ve bilgi güvenliği alanında ürün ve hizmet vermeye devam ediyor.



e-imza
Nitelikli Elektronik Sertifika



SSL
Güvenli Sunucu Sertifikası



Zaman Damgası

- TÜRKTRUST Genel Müdürü Dr. Tolga TÜFEKÇİ söyleşimize Türkiye'de elektronik imza sektörünü konuşarak başlayabiliriz Tolga Bey. Sektörün ülkemizdeki durumu şuan nasıl?

e-İmza sektörü bilişim sektörünün bir alt sektörü, dolayısıyla bilişim sektöründeki gelişmelerden doğrudan etkileniyor. Bilişim sektöründeki uygulamalar için e-imza anahtar bir teknoloji çünkü sadece e-imza ile elektronik işlemlerde hukuki sonuç elle atılan imzaya eşdeğer olabiliyor.

Sektörün faaliyete geçtiği 2005 yılından bu yana bir hayli yol kat ettiğimizi söylemeliyim. Esasen bilişim teknolojilerinin ülkemizde kullanım yaygınlığı son 10 yılda katlarca arttı. Bugün her 10 haneden en az altısında evde bilgisayar ve İnternet var, bu hiç küçümsenecek bir oran değildir. Yargıdan dış ticaret işlemlerine, borsaya yapılan bildirimlerden çevre raporlarına, ticaret sicil işlemlerinden araç satış ve ruhsat işlemlerine kadar gerçekten önemli iş süreçleri bugün e-imza ile İnternet üzerinde yapılıyor.

Bu gelişmeleri ülkemiz açısından da sektörümüz açısından da önemsiyoruz. e-İmza kullanımı ile zamandan ve pa-

radan elde ettiğimiz ulusal tasarrufun milyarlarca lira olduğunu biliyoruz. Bu bakımdan bir e-imza firması olarak gurur duyuyoruz.

Bu genel tablo içinde, elbette her sektörün olduğu gibi bizim de sorunlarımız var. Öncelikle şunu belirtmeliyim; e-imza kolay bir teknoloji sunumu değil. İşimiz uluslararası standartlarda bir güvenlik hizmeti sunmak; bu amaçla sayısız teknik ve idari gerekliliği sürekli özen ve dikkatle uygulamamız gerekiyor. Dolayısıyla bilgiye, insana ve nihayetinde fiziki altyapıya ciddi yatırımlar yapmanız gerekiyor. Öte yandan e-imza talebi çok yavaş gelişen bir talep, vatandaşlarımız ancak zorunlu olduğunda talep ediyorlar. Yukarıda saydığım uygulamalar, yıllar içinde ortaya çıktı; bu da elbette sektörü ilk yıllarda çok zorladı.

Burada vurgulanması gereken son bir husus da, özel sektör e-imza firmalarının kamuya hizmet veremiyor olmalarıdır. Bu yönüyle e-imza sektörü, liberal ekonomimizin tekele izin veren, sanıyorum tek sektördür.

-Elektronik imza kullanımı yaygın mı? Değilse sizce çözüm yolları nelerdir?

Bu soruya iki farklı açıdan bakarak cevap verebilirim. Bi-

rincisi hangi sektörlerde veya iş süreçlerinde e-imza kullanılmıyor? İkincisi hangi meslek grupları e-imza kullanmıyor? Bu analizlere göre de yaygınlığını tartışabiliriz sanıyorum.

e-İmza kullanımının çok düşük veya hiç olmadığı sektörler arasında sağlık, inşaat, tarım, gıda ve hayvancılık, bankacılık, perakende ticaret, otel ve lokanta hizmetleri ile enerji ve madencilik sektörleri geliyor. Bu sektörler özel sektörde çalışan nüfusun %80'ine yakın bir bölümünü kapsamaktadır. Buna bir de kamu sektöründeki tekeli eklerseniz, özel e-imza pazarının çalışan toplum nüfus içinde henüz ancak %10'lar mertebesindeki bir bölümle ilgili olduğunu söyleyebiliriz.

Meslekler açısından bakıldığında, hizmet sektöründe çalışan avukat,

gümrük müşaviri, dış ticaret uzmanı, mali müşavir ve benzeri meslek erbabı işinde e-imza kullanırken, doktor, mühendislerin büyük bir bölümü, çiftçi ve zanaatkarlar, hizmet sektöründe çalışanların büyük bir bölümü de kullanmıyor.

Dolayısıyla e-imzanın henüz tam olarak derinleşmiş bir pazar olduğunu söyleyemeyiz. Yaygınlaşmasını sağlamanın tek yolu ise, saydığım sektörlerde ve meslek gruplarının işlerinde, iş süreçlerini kolaylaştıracak biçimde elektronik uygulamaların geliştirilmesidir. Burada da görev bence sadece kamuya düşmüyor, Türkiye ekonomisinin büyük bir bölümünü oluşturan özel sektörün, verimliliği arttıracak, maliyetleri düşürecek uygulamalar için daha fazla gayret sarf et-

mesi gerekmektedir.

- Biraz da şirketinizi konusalım. TÜRKTRUST sektördeki çalışmalarına nasıl başladı? Biraz kurumunuzdan bahsedebilir misiniz?

TÜRKTRUST TSK ELELE Vakfı'nın bir iştiraki olarak 14 Temmuz 2004 tarihinde kurulmuş bir bilişim şirkettir. Ana faaliyet alanımız e-imza hizmetleridir. Şirketimiz, e-imza sektörünün lider kuruluşudur. TÜRKTRUST aynı zamanda bir teknoloji şirkettir. E-imza ve bilgi güvenliği alanında ürün ve hizmet üretiyoruz.

TÜRKTRUST hizmet altyapısının tamamı da kendi ürünleri üzerinde çalışmaktadır.

İzin verirsiniz, kısaca kurumsalımızdan da söz etmek is-

tiyorum. TÜRKTRUST, uluslararası ISO 27001 Bilgi Güvenliği Yönetim Sistemi, ISO 9001 Kalite Yönetim Sistemi ve ETSI 102 042 "Policy requirements for certification Authorities Issuing Public Key Certificates" kalite belgeleri ile Milli ve NATO Tesis Güvenlik Belgelerine sahiptir. Şirketimiz yasal ve etik iş kurlarıyla tam uyum çerçevesinde, vergi mevzuatı açısından tam tasdik denetimi ile uluslararası finansal raporlama ve denetim standartlarına göre bağımsız denetimden de geçmektedir.

- TÜRKTRUST'ın faaliyet alanları nelerdir? Ne tür ürün ve hizmetleriniz var Tolga Bey?

Şirketimizin ana faaliyet alanı, 5070 Sayılı Elektronik İmza Kanunu kapsamında elektronik imza, nitelikli elektronik sertifika ve zaman damgası hizmetleri vermektir. Sanıyorum en fazla bu yönümüzle biliniyoruz, çünkü burada perakende bir sektörde ve tüm Türkiye sathında faaliyet yürütüyoruz.

Çok önemseydiğimiz diğer bir faaliyet alanımız, SSL ve EV SSL güvenli sunucu sertifikaları hizmetimizdir.

Sertifika hizmetleri dışında, bir teknoloji firması olarak, elektronik imza ve bilgi güvenliği teknolojilerinde yazılım ürünleri, proje çözümleri, eğitim ve danışmanlık hizmetleri de vermekteyiz.

Bu zamana kadar hangi projeleri faaliyete geçirdiniz? Sektöre kazandırmış olduğunuz yenilikler neler?

Burada çok fazla ayrıntı vermek uygun olmaz, ancak üç kategorinin altını çizmek istiyorum: Öncelikle, e-imza hizmetlerimiz sektör-





deki öncü, yenilikçi hizmetlerdir. Tüm ofislerimizden başvuru gününde teslim ettiğimiz e-imza hizmeti, PIN/PUK zarfını ortadan kaldıran ve PUK kilitlenmelerini önüne geçen uygulamamız ilk elde akla gelen yeniliklerdir. İkinci önemli kategori, bir yazılım uygulamasına e-imzanın eklenmesi amacıyla geliştirmiş olduğumuz çözümler, sektöre büyük katkılar sağlamış ve sağlamaya devam etmektedir. Pek çok durumda başka bir yazılım geliştirici bu ürünlerimizi kullanırken, bazı özel durumlarda entegrasyonu biz yapıyoruz. BİST Kamuyu Aydınlatma Platformu projesi kapsamında yapmış olduğumuz proje buna güzel bir örnektir. Son olarak, sızdırmazlık etme istediğimiz kategori de, alanımızda yaptığımız



eksprEs-İmza

mız anahtar teslim projelerdir. Bu projeler kendi uzmanlık alanımıza özgü, rekabetin genellikle yurt dışı firmalarla gerçekleştiği projelerdir. Buna en iyi örnek, Ulaştırma, Denizcilik ve Haberleşme Bakanlığı uhdesinde TOBB'ine kurulan "Türk Sayısal Takograf Kart Otoritesi" altyapısıdır.

-TÜRKRUST'ın önümüzdeki dönemde ne tür hedefleri var?

e-İmza pazarında saygın ve öncü konumumuzu pekiştirerek sürdüreceğiz. Bu amaçla 2014 yılında yeni hizmet sunum planlarımız olduğunu ifade etmek isterim. Amacımız hizmetlerimize daha hızlı, daha kolay erişim sağlamaktır.

SSL pazarını çok önemsiyoruz. Ülkemizde giderek artan İnternet uygulamaları, SSL pazarına da olumlu yansımaktadır. Geçmiş yıllarda bu ürün için yaptığımız yatırımların geri



dönüşlerini 2013 yılı sonunda hissetmeye başladık, bunun 2014 yılında artarak devamını sağlamak diğer önemli hedeflerimiz arasındadır.

Rekabetçi gücümüzü korumak ve arttırmak için yeni ürünleri de pazara sunmayı hedefliyoruz. Şirketimiz 2014 yılında büyümeye devam edecektir.

Sonuç olarak TÜRKRUST, kendi alanında katma değerli ürün ve hizmet üreten güçlü ve iyi bir yerli teknoloji firmasıdır. Vatandaşlarımızın ve müşterilerimizin bize gösterdikleri ilgi ve iltifat hizmetlerimizi her gün daha iyiye götürmek için en büyük şevk kaynağıdır, Şirketimizi bir dünya markasına dönüştürmek en büyük hedefimizdir.



**BAGIMSIZ DENETİM**

TURKTRUST yasal ve etik iş kurallarında tam uyum çerçevesinde, vergi mevzuatı açısından tam bağımsız denetim ve denetim standartlarına göre bağımsız denetimden geçmektedir.

e-imza hem zaman hem para kazandırıyor

Son yıllarda oldukça gelişen bilişim sektöründeki uygulamalar için anahtar bir teknoloji olan e-imza kullanımı Türk iş dünyası tarafından yoğun şekilde tercih ediliyor

Türkiye'de 2004 yılında Elektronik İmza Kanunu'yla kullanılmaya başlanan e-imzaya olan ilgi son yıllarda artış gösterdi. Elektronik imza başta olmak üzere işlediği çözümlerle sektörde ön planda olan TURKTRUST'un Genel Müdürü Tolga Tüfekçi ile sektörü ve şirketi konuştuk.

Tolga Bey sektörün gelişimi Türkiye'de nasıl?

Esasen bilişim teknolojilerinin ülkemizde kullanım yaygınlığı son 10 yılda katlanarak arttı. Bugün her 10 haneden en az altısında bilgisayar ve internet var, bu hiç küçümsenecek bir oran değildir. Yangından dış ticaret işlemlerine, borsa ya yapılan bildirimlerden çevre raporlarına, ticaret icil işlemlerinden araç satış ve ruhsat işlemlerine kadar gerçekleşen önemli iş süreçleri bugün e-imza ve İnternet üzerinde yapılıyor. Bu gelişmeleri İktisat açısından da sektörümüz açısından da nemiyoruz. E-İmza kullanımı ile zamandan ve arandan elde ettiğimiz ulusal tasarrufların milyarca lira olduğuna biliyoruz. Bu bakımdan bir imza firması olarak gurur duyuyoruz.

"e-İmza kolay bir teknoloji sunumu değil"

İşimiz uluslararası standartlarda bir güvenlik iznemi sunmak, bu amaçla sayısız teknik ve idari erdelliği sürekli özen ve dikkatle uygulamamız gerekiyor. Dolayısıyla bilgiye, insana ve nihayetinde fiziki altyapıya ciddi yatırımlar yapmamız gerekiyor. Öze yarıdan e-imza talebi çok yavaş gelişen bir talep, vatandaşlarımız ancak zorunlu olduğunda talep ediyorlar. Yukarıda saydığımız uygulamalar, iller içinde ortaya çıktı, bu da e-İmza sektörü ilk yıllarda çok zorladı. Burada vurgulanması gereken on bir husus da, özel sektör e-imza firmalarının amması hizmet veremiyor olmalarıdır. Bu yönüyle e-imza sektörü, liberal ekonominizin tekelde tım eren, sanayicim tek sektörüdür.

"e-İmzanın hemiz tam olarak derinleşmiş ir pazar olduğunu söyleyemeyiz"

Hangi sektörlerde veya iş süreçlerinde e-imza kullanılmıyor? Hangi meslek grupları e-imza kullanmıyor? Bu gibi sorularla da e-imzanın uygulanımları tartışabiliriz sanıyorum. e-İmza kullanımında çok düşük veya hiç olmadığı sektörler arasında sağlık, inşaat, tarım, gıda ve hayvancılık, sanacılık, perakende ticaret, otel ve lokanta işletmeleri ile enerji ve madencilik sektörleri yer alıyor. Bu sektörler özel sektörde çalışan nüfusun %80'ine yakın bir bölümünü kapsamaktadır. Buna bir de kamu sektöründeki tekelci etkilerden, özel e-imza pazarının çalışan toplam nüfusu içinde en az %10'lar mertebesindeki bir bölümle ilgili olduğunu söyleyebiliriz. Meslekler açısından bakıldığında hizmet sektöründe çalışan avukat, ömürük müşavir, dış ticaret uzmanı, mali müşavir ve benzer meslek erbabı içinde e-imza kullanan doktor, mühendis, çiftçi ve zanaatkarlar gibi hizmet sektöründe çalışanların önemli bir bölümü de kullanmıyor.

Yaygınlaşmasını sağlamanın tek yolu ise, aydınlanmış sektörlerde ve meslek gruplarının ilerinde, iş süreçlerini kolaylaştırmak biçimde elektronik uygulamaların geliştirilmesidir.

KALİTE BELGELİ

TURKTRUST Uluslararası ISO 27001 Belgeli



Türk Silahlı Kuvvetleri (ELELE Vakfı'nın bir iştiraki olarak 2004 yılında kurulan TURKTRUST, e-imza ve bilgi güvenliği alanında ürün ve hizmet üretmeye devam ediyor

Faaliyet alanlarımız nelerdir?

Şirketimizin ana faaliyet alanı, 5070 Sayılı Elektronik İmza Kanunu kapsamındaki elektronik imza, nitelikli elektronik sertifika ve zaman damgası hizmetleri vermektir. Sanıyorum en fazla bu yönümüzle biliniyoruz, çünkü burada perakende bir sektörde ve tüm Türkiye sahatında faaliyet yürütüyoruz. Çok önemsettiğimiz diğer bir faaliyet alanımız, SSL ve EV SSL güvenli sunucu sertifikaları hizmetimizdir. Sertifika hizmetleri dışında, bir teknoloji firması olarak, elektronik imza

ve bilgi güvenliği teknolojilerinde yazılım ürünleri, proje çözümleri, eğitim ve danışmanlık hizmetleri de vermekteyiz.

Tolga Bey; bu zamana kadar hangi projeleri faaliyete geçirdiniz?

Burada çok fazla ayrıntı vermek uygun olmaz, ancak üç kategorinin altını çizmek istiyorum: Öncelikle, e-imza hizmetlerimiz sektördeki öne, yenilikçi hizmetlerdir. Tüm ofislerimizden başvuru gününde teslim ettiğimiz e-imza hizmeti, PIN/PUK zarfını ortadan kaldıran ve PUK kilitlenmelerini önüne geçen uygulamamız ilk elde akla gelen yeniliklerdir. İkinci önemli kategori, bir yazılım uygulamasına e-imzaların eklenmesi amacıyla geliştirilmiş olduğumuz çözümler, sektöre büyük katkılar sağlanmış ve sağlamaya devam etmektedir. Pek çok durumda başta bir yazılım geliştirici bu ürünlerimizi kullanırken, bazı özel durumlarda entegrasyonu biz yapıyoruz. BİST Kamuyu Aydınlat-

ma Platformu projesi kapsamında yapıldığımız proje buna güzel bir örnek. Son olarak söz etmek istediğim kategoride, alanımızda yaptığımız anahtar teslim projelerdir. Bu projeler kendi uzmanlık alanımıza özgü, rekabetin genellikle yu dışı firmalarla gerçekleştirildiği projelerdir. Buna en iyi örnek, Ulaştırma, Denizcilik ve Haberleşme Bakanlığı uhdesinde TOBB'a kurulan "Türk Sayısal Takvimi Kart Otoritesi" alt yapısıdır.

HEDEFİMİZ DÜNYA MARKASI OLMA

E-İmza pazarında saygın ve öne çıkı numaramızı pekiştirerek sürdürüyoruz. amaçta 2014 yılında yeni hizmet sunum planlarımız olduğunu ifade etmek isteriz. Amacımız hizmetlerimize daha hızlı, de kolay erişim sağlamaktır. SSL pazarını çok önemsiyoruz. Ülkemizde giderek artan İnternet uygulamaları, SSL pazarına da olumlu yansımaktadır. Beklediğimiz gücümüzü korumak ve arttırmak için y ürünleri de pazara sunmayı hedefliyoruz. Şirketimiz 2014 yılında büyümeye devam edecektir.

Sonuç olarak TURKTRUST, kendi alanında katma değerli ürün ve hizmet üreten güçlü ve iyi bir yerli teknoloji firmasıdır. Nihai hedefimiz bir dünya markası olmaktır. Vatandaşlarımızın ve müşterilerimizin bize gösterdikleri ilg ve İttifat hizmetlerimizi her gün daha iyive sürdürmek için en büyük motivasyonumuzdur.

TSK Elele Vakfı'na Bağış Yöntemleri



T.C. ZİRAAT BANKASI A.Ş.
ANKARA / KIZILAY ŞB.
(TL) TR970001000685390259905002

HALK BANKASI
ANKARA / K. ESAT ŞB.
(TL) TR290001200921600016000013

ING BANK
ANKARA / CEBECİ ŞB.
(TL) TR3200099005050500100006

TÜRKİYE İŞ BANKASI A.Ş.
ANKARA ŞB.
(TL) TR550006400000142006000000

ALMANYA / FRANKFURT ŞB.
(EURO) DE74502306000044000008

TÜRKİYE VAKIFLAR T.A.O.
ANKARA / KOLEJ ŞB.
(TL) R150001500158007288774545

TÜRKİYE GARANTİ BANKASI
ANKARA / ANAFARTALAR ŞB.
(TL) TR280006200071100006299431

TÜRKİYE EKONOMİ BANKASI
ANKARA / MEŞRUTİYET CAD. ŞB.
(TL) TR770003200010500000030796

AKBANK
ANKARA / K. ESAT ŞB.
(TL) TR490004600101888000066182

YAPI VE KREDİ A.Ş.
ANKARA / CEBECİ ŞB.
(TL) TR470006701000000001000001

Vakfın, gelir kaynağını halkımızın yaptığı gönüllü menkul ve gayrimenkul bağışlar oluşturmaktadır. Devlet desteği veya yasa ile belirlenmiş herhangi bir gelir kaynağı bulunmamaktadır.

Bankalar aracılığı ile bağış

Hiçbir kişi ya da kuruluşu Vakıf adına makbuzla bağış toplama konusunda yetkilendirmeyen TSK ELELE Vakfı vatandaşlarımızın yaptıkları nakit bağışları Genel Müdürlüğümüzde makbuz karşılığı ve bankacılık aracılığı ile kabul edilmektedir.

TSK ELELE Vakfının anlaşmalı olduğu banka şubelerinden yapılan nakit bağışlarda havale ve EFT ücreti alınmamaktadır.

Online bağış

TSK ELELE Vakfının internet sayfası www.elele.org.tr. Üzerinden kredi kartı ile online bağış yapılabilmektedir.

Menkul bağış işlemlerinde dikkat edilmesi gerekenler: TSK ELELE Vakfına bağışta bulunan değerli bağışçılarımız Online Bağışlarınızda ve banka aracılığı ile yaptığınız bağışlarda İsim, Soyadı, T.C. Kimlik Numarası, Adres ve Telefonlarınızı (GSM Dahil) doğru olarak yazılıp yazılmadığı kontrol edilmelidir.

Çelenk Bağışı

Ankara ili içerisindeki çelenk bağışı için Çelenkte yer alması gereken ismin Vakıf ile koordine edilmesi gerekmektedir.

Gayrimenkul bağışı

Gayrimenkul bağışlarında, mevzuat gereğince Tapu Sicilinden ve Vasiyetname ile olmak üzere iki bağış usulü bulunmaktadır.

1. Tapu Sicilinden Yapılan Bağış

Tapu Sicil Müdürlüklerinde yapılan bu çeşit bağışlarda iki çeşit uygulama mevcuttur.

Şartsız Bağış: Bağışçı ve Vakıf yetkilileri birlikte ilgili Tapu Sicil Müdürlüğüne giderler ve taşınmazın tapusu Vakıf üzerine intikal ettirilir. İşlemler satış işlemine benzer, ancak vakfın vergi muafiyeti nedeniyle vergi ve harç ödenmez.

Bu tür bağışlarda bağışçının gayrimenkul üzerinde hiçbir hakkı kalmaz, gayri menkul vakfın mülkiyetine geçer.

İntifa Hakkı Bağış: Bağışçı, bahse konu gayrimenkulün tapusunu devreder, ancak tapuya konulan kayıtlı intifa (kullanma) hakkı kendisine kalır. Bağışçının vefatına kadar gayrimenkul bağışçıya aittir. İsteddiği gibi tasarruf eder. Kendisi oturur veya kiraya verebilir. Ancak satamaz, devredemez ve yapının esasına yönelik değişiklikler yapamaz.

2. Vasiyetname ile yapılan bağış

İkinci bağış türü Noter aracılığıyla vasiyetname tanzim etmek suretiyle yapılan bağıştır. Bağışçı Noterden isterse açık, isterse gizli vasiyetname tanzim ederek bağışlayacağı mallarını kime ne şartlarda bağışlayacağını belirtir. Bağış yapan şahıs isterse vakfa bilgi verir veya vasiyetnamesinden bir suret gönderir. Şahıs vefat ettikten sonra vakıf tarafından vasiyetname ile beraber, ilgili Asliye Hukuk Mahkemesine müracaat edilir. Yetkili mahkeme, vasiyetin içeriği doğrultusunda, karar verir. Mahkeme kararına istinaden vakıf tarafından gerekli işlemler yürütülür.



Obi Turizm Taşımacılık Organizasyon Araç Kiralama ve Servis Hizmetleri

FİRMAMIZIN YAPMIŞ OLDUĞU HİZMETLER

- PERSONEL TAŞIMA VE SERVİS HİZMETLERİ
- HAVAALANI TRANSFER HİZMETLERİ
- ARAÇ KİRALAMA
- YURT İÇİ VE YURT DIŞI UÇAK BİLETLERİ
- ORGANİZASYON



Turgut Özal Mah. 2284. Sokak 3/A Blok No: 12 Yenimahalle / ANKARA
Tel: 0312 566 09 32 • Fax: 0312 566 09 32 • Gsm: 0507 305 85 93
e-mail: obiturizm@hotmail.com.tr

ATATÜRK ve VAKIFLAR

1 Mart 1922'de T.B.M.M.'ni Açış Nutkundan

"Vakıflarla ilgili konulara gelince; bilinmektedir ki vakıflar memleketimizin mühim bir servetini teşkil eder. Bu servetten millet ve memleketin gerektiği şekilde istifade edebilmesi için Şer'iyye Vekâletiyle beraber bütün Bakanlar Kurulunun ve hafta Yüce Meclisin bu hususu ehemmiyetle tetkik ile bu büyük müessesenin haraplıktan korunmasını ve memlekete faydalı bir hale konulmasını temenni eylerim.

Efendiler;

Vakıfların varoluş esprisi göz önüne alınca; bunun dinî müesseseler ile beraber hizmet ve sosyal dayanışmayı hedeflediği ortaya çıkar.

Vakıfların imarethaneler, bîmarhâneler, hastahaneler, kütüphaneler, kervansaraylar, hamamlar, çeşmeler, mektepler, medreseler, ve diğer irfan müesseselerini kapsamış olması, vakıflara ait konuların çözümünde uyulması zorunlu olan esasları göstermektedir."

K. ATATÜRK



1 Mart 1339 (1923) T.B.M.M.'nin 4.Toplantı Yılıni Açarken

Efendiler,

Geçen sene zarfında Evkaf Vekâleti; dinî ve hayrî yapıların tamir ve inşaatında oldukça mühim bir faaliyet göstermiştir. Yapılan tamirler, yurdun çeşitli yerlerinde olmak üzere toplam; 126 cami ve mescit ile 31 medrese ve mektep, 22 su yolu ve çeşme, 175 akar ve 26 hamama ulaşmıştır.

339 senesinde İstanbul'a ait olup, şimdiye kadar teşkilâtsizlik yüzünden ihmal edilen bentlerin tamirâtı ciddiyetle göz önüne alınarak; bu hususta bir kanun tasarısı hazırlanıp, Türkiye Büyük Millet Meclisine sevk edilmiştir ve adı geçen Kanunun Yüce Meclis tarafından kabulü halinde İstanbul'da susuzluk tehlikesine maruz kalan halk ve dinî yapıların su ihtiyacı mümkün olduğu kadar azaltılacaktır.

Toplamı önemli bir miktara ulaşan vakıf-





lar giderlerinin hiçbir denetime tutulmadan harcanması uygun olmadığı gibi, devamlı olarak halk tarafından yapılan şikâyetlerin bir an önce tetkiki mümkün olmadığından, yeniden Teftiş Kurulu oluşturulması bütçeye konmuştur.

Aylık yirmibeş, elli kuruş gibi küçük bir ücretle hizmetlerini yürütmekte olan din görevlilerinden 487 kişinin maaşlarına şimdiye kadar 13006 lira zam yapılmış ve bu sene içinde bir o kadar lira zam kararlaştırılmıştır.

Efendiler !

Geçen sene arz etmiştim. Bu sene de tekrara mecburum ki, vakıflar konusu mühimdir. Memleket ve milletin hakiki menfaati yönünden tetkik ve günün gereklerine uygun bir şekilde çözülmesi lâzımdır, çok gereklidir."

K. ATATÜRK

Telgraf Başvekil İsmet Paşa Hazretlerine

Son inceleme gezilerimde çeşitli yerlerdeki müzeleri ve eski sanat ve medeniyet eserlerini de gözden geçirdim.

1.İstanbul'dan başka Bursa, İzmir, Antalya, Adana ve Konya'da bulunan müzeleri gördüm. Bunlarda şimdiye kadar bulunabilen bazı eserler muhafaza olunmakta ve kısmen de yabancı uzmanların yardımıyla tasnif edilmektedir. Ancak memleketimizin

hemen her tarafında emsalsiz hazineler halinde yatmakta olan eski uygarlık eserlerinin ilerde tarafımızdan ortaya çıkarılarak ilmî bir şekilde koruma ve tasnifleri ve geçen devirlerin sürekli ihmali yüzünden çok harap bir halde olan âbidelerin korunmaları için Müze Müdürlüklerine ve kazı işlerinde kullanılmak üzere (arkeoloji) uzmanlarına şiddetle ihtiyaç vardır. Bunun için Maarifçe yurt dışına öğrenime gönderilecek öğrencilerden bir kısmının bu konuya ayrılmasının uygun olacağını düşünmekteyim.

2.Konya'da asırlarca devam etmiş ihmallere sebebiyle büyük bir tahribat içinde bulunmalarına rağmen, sekiz asır evvelki Türk medeniyetinin gerçek mimarî şaheserleri sayılacak kıymette bazı binalar vardır. Bunlardan bilhassa Karatay Medresesi, Alâeddin Câmii, Sahip Atâ Medrese Cami ve Türbesi, Sırçalı Mescit ve İnce Minareli Cami derhal ve acele olarak onarıma muhtaç bir durumdadırlar. Bu tamirin gecikmesi ve âbidelerin tamamen ortadan kalkmasına sebep olacağından, öncelikle asker tarafından kullanılanlarının boşaltılmasını ve tamamının uzman kişiler kontrolünde onarımının temin edilmesini rica ederim.

K.ATATÜRK

Kaynak: <http://www.vgm.gov.tr>

TSK Yararına Faaliyet Gösteren Vakıflar



TSK ELELE Vakfı
www.elele.org.tr
Tel : 0 312 431 99 36



TSK Güçlendirme Vakfı
www.tskgv.org.tr
Tel : 0312 468 87 88



Mehmetçik Vakfı
www.mehmetcik.org.tr
Tel : 0 312 284 19 70



TSK Dayanışma Vakfı
www.tskdv.org.tr
Tel : 0 312 448 13 11



TSK Eğitim Vakfı
www.tsk-yurt-vakif.org.tr
Tel : 0 312 231 21 10

Ortaklıklarımız ve İştiraklerimiz



TÜRKTRUST Bilgi İletişim ve Bilişim Güvenliği Hiz. A.Ş.

Bilgi, İletişim ve Bilişim Teknolojileri, Bilişim Güvenliği ve Elektronik İmza ile Elektronik Kimlik (Sertifika) Sağlayıcılığı alanlarında faaliyet göstermek üzere, 02 Ağustos 2004 tarihinde TÜRKTRUST Bilgi, İletişim ve Bilişim G. Hiz. A.Ş. kurulmuştur. Vakfımız % 99 hisse ile kurucu ortak statüsündedir.



TURKTIPSAN Sağlık Turizm Eğitim ve Ticaret A.Ş.

Türk Silahlı Kuvvetleri yararına faaliyet gösteren altı vakıf tarafından, Sağlık, Otomotiv, Petrol, Eğitim, Ticaret ve Turizm alanlarında faaliyet göstermek üzere kurulan TURKTIPSAN Sağlık, Turizm, Eğitim ve Ticaret A.Ş.'ne Vakfımız % 20 hisse ile ortak bulunmaktadır.



MEHMETÇİK VAKFI Sigorta Aracılık Hizmetleri Ltd. Şti.

Türk Silahlı Kuvvetleri Yararına Faaliyet Gösteren üç vakfın birlikte kurduğu ferdi kaza, emeklilik, konut, kasko, sağlık, işyeri ve deprem sigortası branşlarında faaliyet gösteren şirkete vakfımız % 10 hisse ile ortak bulunmaktadır.



GÜLSAV Pazarlama Dağıtım. A.Ş.

Türk Silahlı Kuvvetleri Yararına Faaliyet Gösteren beş vakfın ortak olduğu GÜLSAV Paz.ve Dağ. A.Ş.'ne, Vakfımız da % 10 hisse ile ortak bulunmaktadır.