



Sabri DEMİREZEN

Tümgeneral (e)
TSK Elele Vakfı
Genel Müdürü

sunuş

Değerli Okurlarımız,

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.

elele vakfı
dergisi



Yıl: 1 Sayı: 2

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:
Anıl Grup Matbaacılık Yay. Org.
Rek. ve Bilg. San. Tic. Ltd. Şti.
www.anilmatbaa.net
Tel: 0312 483 63 53
anilmatbaa@gmail.com

Baskı Tarihi: TEMMUZ 2013

içindekiler



4



6



10



18



23

Em.J.Uzm.Çvş. Yücel ALMA

Şırnak İli idil ilçesi 23'üncü Jandarma Sınır Tümen K.İği 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 ampüte (kesik), sağ bacakta parçalı kırıklar, iki gözde tamamen görme kaybı, ürolojik problemler ve kolostomi torbası sorunu oluştu.

Yaralandıktan hemen sonra ilk tedavim GATA K.İğında 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 ameliyatlar sırasında 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 ilettili. Kanundaki kısıtlamaların giderilmesini beklememe gerek kalmadan tıbbi malzeme ihtiyaçlarımdan göz protezlerimin ücreti Jandarma Genel K.İğınca 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.

GAZİLERİN TAŞIMA İŞİ

TSK Rehabilitasyon Merkezi Engelliler Spor Kulübü Etkinlikleri

TSK Rehabilitasyon Merkezi Engelliler Spor Kulübü Faaliyetine, 2001 Yılında TSK Rehabilitasyon Merkezinin Açılması İle Birlikte Karagücü Adı İle 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.

TSK Rehabilitasyon Merkezi Engelliler Spor Kulübü Olarak Vizyonumuz; Gazi ve Engellilerin Tüm Zorlukları Güven Duygusu İle Aşabilen Bireyler Haline Gelmelerini Sağlamak Ve Yaşam Standartlarının Yükseltilmesine Katkıda Bulunmaktır. Bu Doğrultuda Görevimiz, Tüm Gazi ve Engellilerin Sporla Tanışmalarını Sağlamak, Bedensel Engelli Sporları İçin Bilimsel Destek Ve Altyapı Çalışmaları Yapmak, Her Daldaki Başarılı Örnek Sporcular Yetiştirmektir.

Bu Sporcularımız, TSK Rehabilitasyon Ve Bakım Merkezi Bünyesinde Bulunan İki 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 İki Takımdan Birisidir. Her Yıl 3-4 Yeni Sporcu Yetiştiren Bir Alt Yapıya Sahiptir. Bugüne Kadar Millî 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 Merkezinde 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 Yıl Kulüpler bazında Düzenlenen Dünya Şampiyon Kulüpler Kupasında Rusya'Da Ülkemizi Başarı İle Temsil Etmiştir. 2011 Yılında İkinci Defa Katıldığı Bu Şampiyonada On İki Ülke Arasında Üçüncülük Alarak Başarılarına Bir Yenisini Daha Eklemiştir.

3. Halter (Powerlifting) Takımı:

Kulübümüz Bünyesinde 2002 Yılından İtibaren 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 İle Temsil Etmişlerdir.

4. Tekerlekli Sandalye Tenis Takımı:

Bu Sporun Türkiye'de Kurucusu Spor Kulübümüzdür. 2004 Yılında Kurulan İlk 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 İki 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 İtibaren Salon Ve Açık Hava Şampiyonalarında Çeşitli Dereceler Kazanmıştır. En Önemli Başarıımız, 2009 Yılında Çek Cumhuriyetinde Yapılan Dünya Okçuluk Müsabakasında Bir Sporcumuz Dünya Şampiyonu Olmuştur. Diğer Önemli Bir Başarıımızda 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 İtibaren De Başarılarla İmza 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 Şampiyonasında Bayanlarda Sporcumuz Dünya Üçüncüsü olmuştur. Aynı yıl takım olarak ta Dünya Üçüncülüğü Derecesi Kazanılmıştır. Son Olarak 2013 Yılında İspanya'da Düzenlenen Avrupa Şampiyonasında Tüfek Ve Tabanca Takımımız Üçüncü Olarak Büyük Bir Başarıya İmza Ayrımıştır.

7. Golbol Takımı:

Golbol Takımı Türkiye'nin İlk Golbol Takımlarından Biri Olarak 2004 Yılında Kurulmuştur. 2004 Yılında Millî Takıma İki Sporcumuz Davet Edilmiş, İtalya'da Düzenlenen Avrupa Şampiyonasında Ülkemizi Temsil Etmişlerdir. 2004, 2005 Ve 2006 Yıllarında Ve 2013 Yılındaki Türkiye Şampiyonalarında İkincilik Elde Etmiştir. 2005 Yılında Torneo Internazionale Turnuvası İtalya'da Ülkemizi Temsil Etmiştir.

8. Eskrim Takımı:

Türkiye'nin İlk Engelli Eskrim Takımı 2011 Yılında Kulübümüz Bünyesinde Kurulmuş Olup, Çalışmalarına TSK Rehabilitasyon Ve Bakım Merkezi Eskrim Salonunda Devam Etmektedir.

9. Binicilik Takımı:

Türkiye'nin İlk Engelli Binicilik Takımı 2011 Yılında Kulübümüz Bünyesinde Kurulmuş Olup, Halen İki Gazi Subayımız Atlı Spor Eğitim Merkezi Tesislerinde Çalışmalarına Devam Etmektedir.

Karagücü Adı İle 2001 Yılında TSK Rehabilitasyon Ve Bakım Merkezi Komutanlığı Bünyesinde Kurulan Kulüp, 2013 Ağustos Ayından İtibaren Daha Profesyonel Yapıya Kavuşturularak TSK Rehabilitasyon Merkezi Engelliler Spor Kulübü Adını Almıştır. Büyük Fedakârlıklar Ve Elele Vakfının Da Desteği İle Bugünlere Gelen Kulübümüz, Dün Olduğu Gibi Bundan Sonrada Gazi Ve Engellilerin Tüm Zorlukları Güven Duygusu İle Aşabilen Bireyler Haline Gelmelerini Sağlamak Ve Yaşam Standartlarının Yükseltilmesine Katkıda Bulunmak İçin Çalışmalarına Büyük Bir Özveri İle Devam Edecektir.

“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 bacağı 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 bedenem 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 yüzden 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 içe 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 aktivitelere, 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 hedefdir. Bu fiziksel (uyku, beslenme ve egzersiz v.b.), ruhsal (rahatlama, kendine güven, amaç edinme v.b.) ve sosyal sağlığını (sosyal bağlantılar, iyi aile ilişkileri, aidiyet hissi v.b.) arasında dengeli kurmayı ve sürdürmeyi gerektirmektedir. Travmatik olay ile baş etmekte kullanılabilecek bazı faydalı yöntemler Tablo 1'de

belirtmiştir.

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 kişilerle 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 yaşamınızı etkileyen şiddetliyse psikiyatri uzmanından yardım istemelisiniz.

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/lss/swinpsyche/etheraphy/programs/ptsd

b. Hoge, C. H. (2010) Once a warrior

always a warrior. Guilford,

OLAĞANÜSTÜ DURUMLARDA İLAÇ VE ECZACILIK HİZMETLERİ

“Felaket baa gelmeden evvel önleyici ve koruyucu tedbirleri düünmek 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 Etlik-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 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 olağanüstü durumların etkisini ortadan kaldırmada yeterli olamamış, ancak alınacak tedbirler ve girişimler konusunda kolaylaştırıcı etkisi olmuştur. Olağanüstü durumlar dünyamızın oluşumundangünümüze 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



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 parçası 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

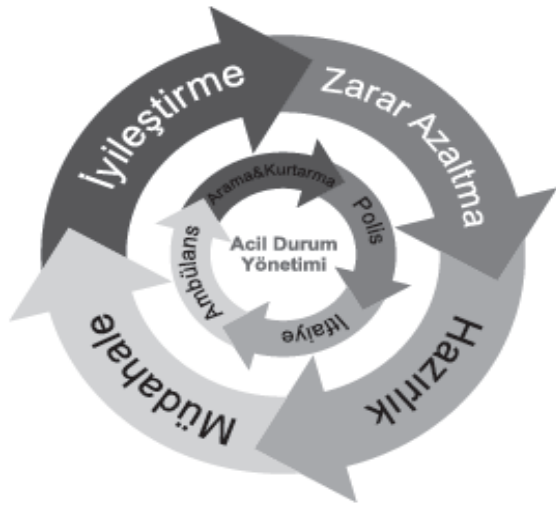
Olağanüstü durumların büyüklüğü bir olayın meydana getirdiği can kayıpları, yaralanmalar, yapısal hasarlar ve yol açtığı sosyal ve-ekonomik kayıplarla ölçülmektedir. Olağanüstü durumların büyüklüğüne etki eden faktörler aşağıda gruplanmıştır (6,11,12).

- 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



Şekil-1. Olağanüstü durumlarda faaliyetler zinciri.

DÜNYADA VE ÜLKEMİZDE OLAĞANÜSTÜ DURUMLAR

Tarih boyunca olağanüstü durumlar tüm dünyayı ve ülkemizi ayırım gözetmeden etkilemiş ve etkilemeye de 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 meydana geliş sıklıklarının arttığı ve kentleşmenin yanı sıra endüstriyel üretim ve tüketimde henüz yeterince çevresel faktörlere önem verilmediği görülmektedir (6,14).

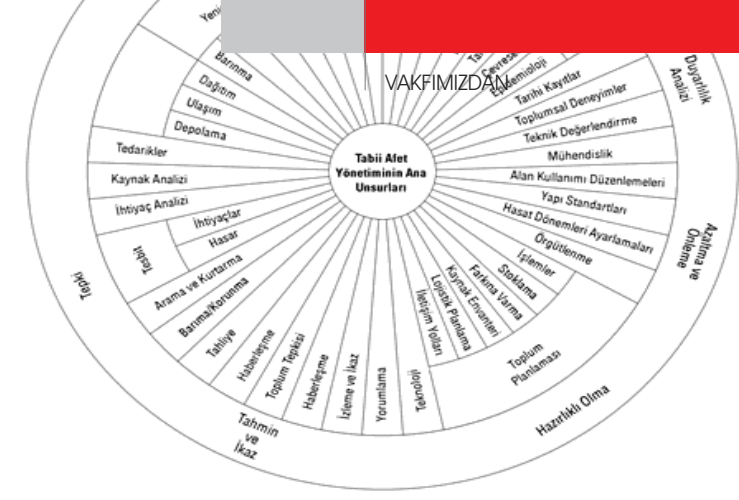
Ülkemiz jeolojik özellikleri, topografik yapısı, iklim özellikleri, plansız yapılanma ve büyüme nedenleriyle tüm afet grupları ile sıkça karşılaşan ve etkin olarak riskli sayılabilecek bir konumdadır. Türkiye olağanüstü durumlardan önemli ölçüde etkilenmekte başta deprem (% 61) olmak üzere heyelan (% 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 sistemi geliştirmeye yönelik çalışmalar içinde yer alması gereken önemli bir yönetim yaklaşımıdır. Günümüzdeki olağanüstü durumlar yönetim modellerinde süreklilik gerektiren, birbirini izleyen ve iç içe girmiş 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



Şekil 2. Wisconsin Üniversitesi Olağanüstü Durum Yönetim Modeli.

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).



Şekil-3. İlaç ve Sağlık Malzemelerinin Değerlendirilmesi Çalışmaları.

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 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 yaralarını sarabilmeyi düşünmelidir.

TSK ELELE VAKFI ÖZEL EĞİTİM VE REHABİLİTASYON MERKEZLERİ

TSK Elele Vakfı Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezleri ;



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

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;



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

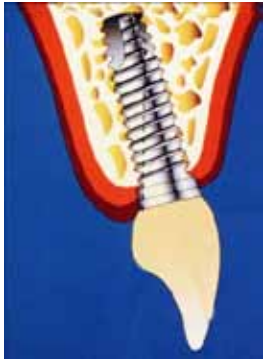
Çocukluk çağından çıkmış (15 yaş üstü) engellilerin meslek becerileri kazanmalarına ve rehabilitasyonlarına imkan sağlamak amacıyla; 11 farklı branşta (seramik, el sanatları, geleneksel el sanatları, giyim, ebru, bilgisayar, mutfak, müzik, galoş imalatı, resim ve beden eğitimi) mesleki eğitim de GATA'daki eğitim uygulama merkezinde verilmektedir.



Prof.Dr.Yılmaz Günaydın Dt.
Çağatay Günaydın
GATA Diş.Hek.Bil.Merk.Em.Öğ.Ü
Ankara Ün.Diş Hek.Fak.Ortodonti AD.

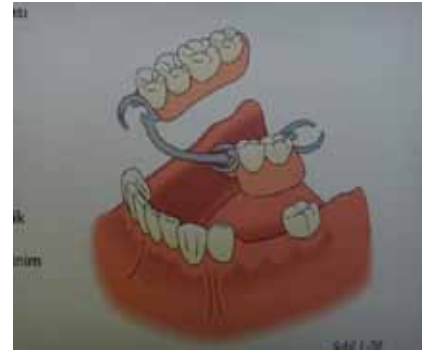
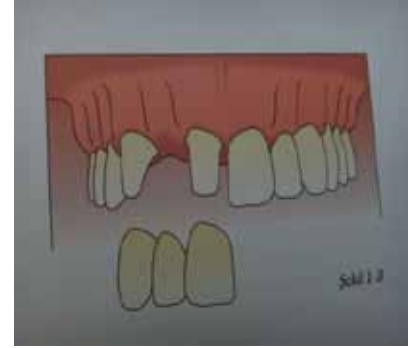
İMLANT NE,NE ZAMAN,NASIL?

İmplant sözcüğü Latince 'in, içerisine, içerisinde ve 'planto, ekme, dikme, yerleştirme sözcüklerinin birleşiminden oluşmuştur. Tıbbi açıdan implantasyon bir materyalin vücut içine yerleştirilmesine verilen isimdir. Diş hekimliğinde implant kaybedilmiş doğal dişlerin yerlerini doldurmak için geliştirilmiş titanyum vidalardır. Tarihte maya uygarlığında diş yerlerine inorganik maddeler, deniz hayvanlarının kabukları, ineklerden elde edilen dişler implant olarak kullanılmış, kölelerin dişleri asillerin çekilen diş yerlerine yerleştirilmiştir.



Doğal dişlerin kaybı sonucu ağızda oluşan

boşluklar geleneksel yöntemlerle; kron-köprü gibi sabit protezler veya hastanın takıp çıkarabildiği hareketli protezlerle giderilebilmektedir. Kron köprüler ağızdaki boşluğun etrafındaki dişlerin kesilmesi ile gerçekleştirilen geri dönüşü olmayan sabit protezlerdir. Hareketli protezler ise ağızda taşınma zorluğu, taşıyıcı kroşelerin doğal dişleri çürütmesi, estetik görüntülerinin hoş olmaması kullanma ve tutuculukla ilgili sıkıntılar nedeniyle hastaların şikayetlerine neden olmaktadır.



Özellikle bütün dişlerin kaybı ve sonraki dönemde kemik erimeleri nedeniyle protez ağızda durmamaya ve sık sık çıkmak suretiyle rahatsızlık ve sosyal güvensizlik yaratan hallere neden olmaktadır. Genç yaşlarda takıp çıkarılan hareketli protezler ise kabul edilemez bir tedavi şekli haline gelmiştir. Yaşam standartlarının yükselmesine bağlı olarak insan ömrünün uzaması ve ileri yaşlarda da belirli bir yaşam konforunun ihtiyaç haline

gelmesi bilim adamlarını yeni arayışlara yönlendirmiştir.

Titanyumun kemikle tam bir birleşme, bütünleşme özelliği olan osseointegrasyon yeteneğinin anlaşılmasından sonra diş hekimliğinde implant olarak kullanılmasına başlanılmıştır. Çene kemiklerinin uygun olan veya uygun hale getirilen bölgelerine yerleştirilen implantlar belirli bir süre içinde kemikle bütünleşirler ve üzerine sabit yada hareketli protezler yapılır.

KİMLERE YAPILABİLİR

Son zamanlarda implant her isteyene yapılabilir şekilde yanlış bir bilgilendirme ve uygulama gözlemekteyiz. Kesin implant uygulanamayan ve tedbirli olunması gereken hasta grupları vardır. İmplant yapılması düşünülen hasta hekim tarafından dikkatli ve detaylı bir şekilde değerlendirilmelidir. Başlangıçta hastanın sağlık durumuyla ilgili etraflı bir sorgulama 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 uygulanamayan 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: Radyoterapide en önemli komplikasyon olarak yüksek radyasyon dozuna bağlı çenelerin osteonekrozu (kemiğin ölmesi ve erimesi) ortaya çıkabilmektedir. Ancak 50-65 yaş

dozundaki terapinin implant uygulamasına ters bir etkisinin olmadığı bildirilmiştir. Daha yüksek dozda tedavi almış hastalarda implant uygulamadan önce 12-24 ay beklenmesi önerilmektedir.

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

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

DİŞ ETİ HASTALIKLARI (PERIODONTİTİS): 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 gıcırdatma problemi olan hastalarda implant üst yapısına gelen aşırı kuvvetler implantların erken kaybına neden olacağından dikkatli davranılmalıdır.

KLİNİK VE RADYOLOJİK MUAYENE

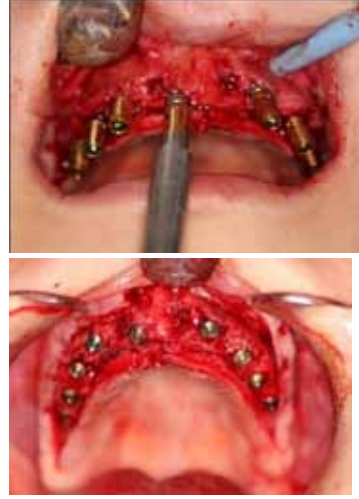
İmplant yapılacak alanın radyolojik muayenesi önemlidir. Hastanın

gereksiz ışın almaması 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 in 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 önenebilir. Klorheksidinli ağız gargaraları ve gerekirse uygun antibiyotikler iyileşmede yardımcıdır.

HEMEN (İMMEDİYAT) İMLANTASYON 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 yapılabilir.

CERRAHİ BAŞARISIZLIK 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.

İMLANT ÜSTÜ PROTEZ UYGULAMALARI.

Standart protokollerde implant yerleştirildikten sonra alt çenede 3 ay üst çenede 5-6 ay sonra implant üstü protez yapılabilir. 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. Tabi 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.



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;

- Dişin üzerine vurulduğunda (perküsyon) ağrı olmamalıdır.
- Röntgen tetkikinde implant etrafında koyu renkli boşluk gözlenmemelidir.
- İlk 5 yılda dik yöndeki kemik erimesi implantın 1/5 inden fazla olmamalıdır.
- 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

FİBROMİYALJİ SENDROMU

Doç.Dz.Tbp.Bnb.

Koray AYDEMİR

GATA Fiziksel Tıp ve Reh. A.D.

Öğretim Üyesi



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 eşliğinde azalma ve ağrılı uyarılara karşı artmış bir cevap görülür. Beyin omurilik sıvısında ağrı duyusuna neden olan maddelerin sağlıklı bireylere 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 kaybolursa 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 uyarıyı uyarılması sonucu aşırı duyarlı hale gelmesi ile ortaya çıkan bir klinik tablodur.

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-karınalanmalar 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, huzursuz 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.

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) Karınalanma (%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)

Tablo 1: Fibromiyalji sendromunun belirtileri ve görülme oranları.

Belirtileri artıran 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 Sıcak Dinlenim Ortalama Genel Çevre Lok

Tablo 2: Belirtileri artırıp/azaltan faktörler.

<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 İşğe duyarlılık, döküntü 	<ul style="list-style-type: none"> Hafıza problemi Karınalanma Nefes darlığı, g Hırıltı İştahsızlık Bulantı Hazımsızlık Kabızlık İshal Karın ağrısı Sık idrara çıkma Ağrılı idrara çık Raynaud fenomeni Sinirlilik Kaşıntı Saç dökülmesi
--	--

Tablo 3

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. Eşlik eden bir hastalık varsa o hastalığa ait bulgular saptanabilir. Tam kan sayımı, kas enzimleri, biyokimya, sedimantasyon hızı, tiroit fonksiyon testleri ve romatizma tetkikleri normal sınırlardadır.

Sinir iletim çalışmaları ve elektromiyografi normaldir, rutin olarak

ansesfalografide ve eşlik eden

kullanılmaktadır. mevcut ise tanı

stinin belirli bir

ılması ve ması.

, dinlendirmeyen lıkta görülebilen

Ayrıcı Tanı

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

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.

Dr. Gökhan YAĞCI



Dünyada Obezite Prevalansı

Diyet ve egzersiz de içeren yaşam stilineki 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 tarafından 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 (BKİ > 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 Hacettepe 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 dökümanlarda 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 içerisinde. 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/m²) 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 cinsine 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 adölesan 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 etiolojisinde pek çok faktörün yer alıyor olması, bu hastalığın önlenmesi ve tedavisini son derece güç ve karmaşık hale getirmektedir. Bu nedenle obezite tedavisinde hekim, diyetisyen, psikolog, 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/m²) 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/m²) 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 kazanmanın önlenmesi sağlanmaktadır.

Yetişkinlerin her gün ortalama 30 dakika orta şiddette egzersiz yapması önerilmektedir. Bu düzey bir aktivite günlük 840kj (200kcal) 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 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

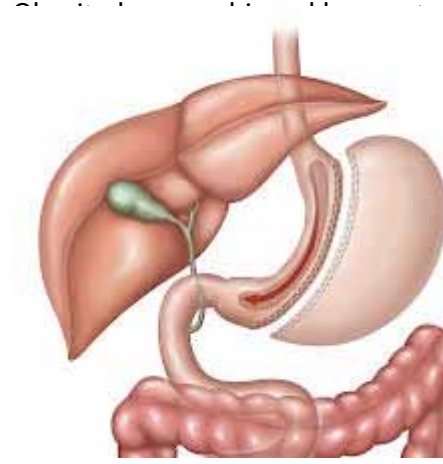
Alışılmış olan hayat tarzının değiştirilmesi obezite ile mücadelede en önemli basamaklardan biridir. Vücut ağırlığının denetiminde davranış değişikliği tedavisi, fazla ağırlık kazanımına neden olan yemek yeme ve fiziksel aktivite ile ilgili olumsuz davranışları olumlu yönde değiştirmeyi veya azaltmayı, 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 güvenilirliğinin 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



elde ikiye zaltılmasına besinlerin emilimlerini jastroplasti, yöntemleri ise amaç; ilize olmuş masıdır. Bu sta obezite mezse yağ

Günümüzde minimal invaziv tedavi yöntemlerindeki gelişmeler ve Laparoskopik cerrahideki ilerlemeler ile Morbid Obezitenin tedavisinde düşük komplikasyon riskleri ile aşikar 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.](http://www.beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=45)

[php?lang=tr&page=45\)](http://www.beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=45)

ATATÜRK ve VAKIFLAR

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

“Vakıflarla ilgili konulara gelince; bilinmemektedir 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 hatta 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 alınınca; 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 tamiratı 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 vakıflar 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 ih-

maller 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 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) TR47000670100000001000001

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 veya 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 yapılabilir.

Menkul bağış işlemlerinde dikkat edilmesi gerekenler: TSK ELELE Vakfına bağışta bulunan değerli bağışlarımız 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 isim 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, gayrimenkul 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.

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 Gv. Hiz. A.Ş. kurulmuştur. Vakfımız % 99 hisse ile kurucu ortak statüsündedir.



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.



TURKTIP-SAN 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 TURKTIP-SAN Sağlık, Turizm, Eğitim ve Ticaret A.Ş. ne Vakfımız % 20 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.