

□ TÜRKİYE MULTIPL SKLEROZ DERNEĞİ ANKARA ŞUBESİ TARAFINDAN ÇIKARILMAKTADIR

# YaşamSal

YIL: 1 ::: SAYI: 2004/1

NİSAN 2004

YILDA 2 KEZ YAYINLANIR

*MS'E GÖNÜL VERENLER*



## Dr. Jean Martin Charcot

(1825-1893)

Multipl Skleroz  
Nedir?

İçimizden Biri

Nereden,  
Nereye?

Fizyoterapi

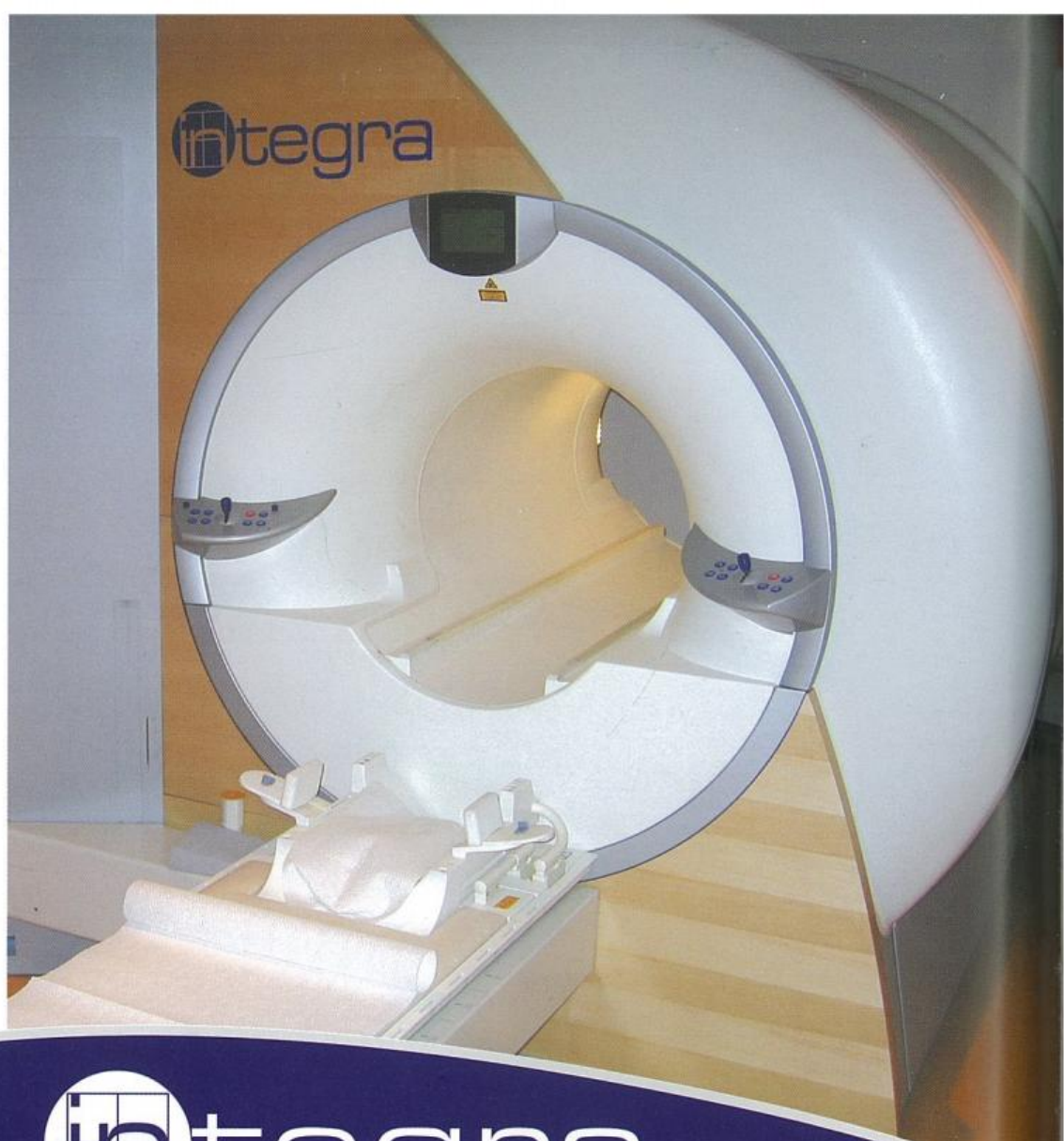
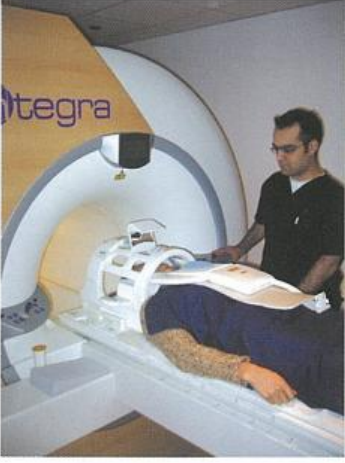
Kültür-Sanat  
Şiir-Öykü

Beypazarı

Olgu

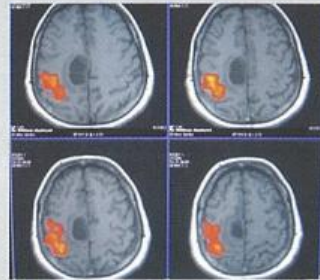
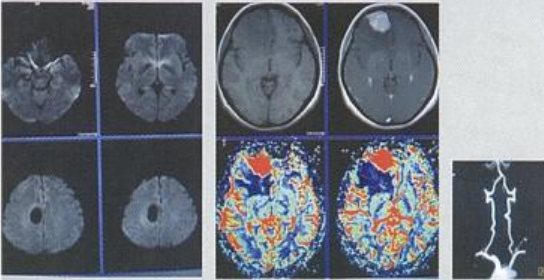
Neyzen Tefik

**MS**  
1994  
TÜRKİYE MULTIPL SKLEROZ DERNEĞİ  
ANKARA ŞUBESİ



# Integra

TIBBİ GÖRÜNTÜLEME MERKEZİ  
Manyetik Rezonans Görüntüleme 1.5 TESLA



- Diffüzyon
- Perfüzyon
- Multivoksel Spektroskopi
- Fonksiyonel Görüntüleme

- Flow Quantification  
(BOS Akım Hızı Ölçümü)
- Kontrastlı MR Anjiyografi (Care Bolus)
- Kontrastlı MR Venografi (Care Bolus)

**MS DERNEĞİ ANKARA ŞUBESİ**  
**ADINA SAHİBİ**  
SAMIYE ATA

**YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ**  
SAMIYE ATA

**YAYIN KURULU**  
SEMIH ALIKAYA  
FZT. SAMIYE ATA  
DOÇ.DR. KADRIYE ARMUTLU  
DR. İ.ÖZCAN ERTÜRK  
FERİDE TANÇ  
UZM.FZT. İLKE KESER  
DR. ASLI KURNE  
HACER KÖKSOY  
DOÇ.DR. NACIYE YILDIZ

**SANAT YÖNETMENİ**  
ZAFER SÖNMEZATEŞ  
snmzts@hotmail.com

**REKLAM MÜDÜRÜ**  
HACER KÖKSOY

**ADRES**  
MEŞRUTİYET CAD. 46/10 KIZILAY ANKARA  
TEL & FAKS: (0312) 435 82 20

**DANIŞMA KURULU**  
Doç.Dr. Müfit Akyüz  
Fikret Bila  
Prof. Dr. Ali Ergen  
Prof. Dr. Ceyla İrkeç  
Doç. Dr. Levent İnan  
Prof. Dr. Tülay Kansu  
Dr. İncila Kaplan  
Prof. Dr. Rana Karabudak  
Prof. Dr. Hülya Kayıhan  
Dr. Münire Kılınç  
Prof. Dr. Gülden Köksal  
Doç. Dr. Bijen Naziel  
Doç. Dr. Refia Palabıyıkoglu  
Doç. Dr. Canan Yücesan  
Prof. Dr. Nezir Yücesan  
Tayfun Talipoğlu

Dergide yer alan yazılardan ve aktarılan görüşlerden yazarlar sorumludur.

Bu Sayı Sn. Ayşe KIRMIZI'nın anısına ithaf edilmiştir.

## İÇİNDEKİLER

- 02 Başlarken
- 03-04-05 Multipl Skleroz Nedir?
- 06-07 İçimizden Birileri
- 08-09 Röportaj: Prof. Dr. Rana Karabudak
- 10-11 Röportaj: Doç. Dr. Kadriye Armutlu
- 12-13-14-15-16 Fizyoterapi
- 17-18-19-20 Türkiye Multipl Skleroz Derneği  
Ankara Şubesi
- 21 Multipl Skleroz Panelleri
- 22 MS Dünyası  
Yapılmış ve Yapılacak Toplantılar
- 23-24 Dr. Jean Martin Charcot
- 25-26-27 Multipl Skleroz Hastalarında  
Beslenme İlkeleri
- 28-29 Multipl Skleroz ve Göz
- 30 Bale: Fındıkkıran
- 31 Tuna Kiremitçi
- 32 Olgü: Sorular-Yanıtlar
- 33-34 Neyzen Tevfik
- 35-36-37 Beypazarı

# Başlarken...



DR. İ. ÖZCAN ERTÜRK

*MS Ailesinin değerli üyeleri merhaba,*

*Türkiye Multipl Skleroz Derneği Ankara Şubesi Yönetim Kurulu olarak bayrağı devraldığımızda, aynı zamanda büyük bir sorumluluk yüklenmiş olduk. Çünkü şubemizin kuruluşunun 10. yılına giriyorduk, üyelerimizle iletişim yollarının biran önce kurulması ve yeni bir yapılanma modelinin kurulması gerekiyordu; bu arada merkezimizin yerini de değiştirmek istemiştik. Hiç de kolay olmayacağını tahmin edebileceğiniz süreç ve yoğun uğraşlar sonucunda bazı aşamaları geçmiştik; ancak üyelerimiz ve daha geniş kapsamda düşlediğimiz MS Ailesine ulaşmakta sorunlar yaşıyorduk, yaşayacaktık.*

**Bu eksikliklerin sizlerin eleştirileri, katkıları ve destekleri ile giderileceğini umuyoruz.**

*Bildiğiniz üzere derneğimizin amacı, MS hastalarını bir çatı altında toplayarak onlara fiziksel ve psikolojik rehabilitasyon olanakları sağlamak, toplumu MS konusunda bilinçlendirerek MS'lilere yardımcı olmalarını sağlamaktır. Bu amaçlara ulaşabilmek için öncelikli olarak hedef kitemize ulaşmamız gerekiyordu.*

*İşte YAŞAMSAL bu amaçla*

*oluşturdu. Yayın Komisyonumuzun yoğun, özverili ve uzun uğraşları sonucu elinize ulaşan bu dergi; ülkemizde MS konusunda yayınlanan ilk dergi olma özelliğini taşıyor. Bu yıl iki sayı olarak çıkarmayı planladığımız derginin, hedef kitemizin hepsini kucaklaması için içerik yelpazesini de geniş tutmaya çalıştık.*

**Tamamen amatör emek ve ruhla yoğrulmuş olması, sıcaklığını sağlayacak; ancak eksiklikleri de barındıracak.**

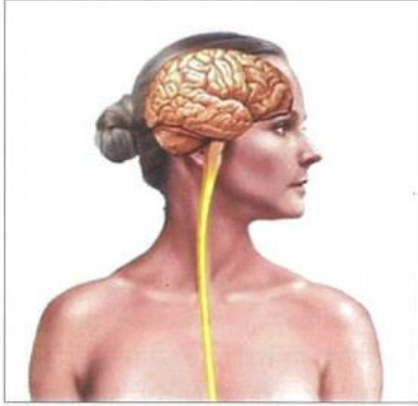
*Derginin oluşturulmasında emeği geçen tüm Yayın Komisyonu Üyelerine ve değerli danışmanlarımıza teşekkür ederim. Oluşum aşamasında en büyük zorluğu, dergi basımının derneğimize getireceği ekonomik yükü aşmakta yaşadık. Başlangıçta umduğumuz desteği maalesef sağlayamayınca derginin yayınlanmasından vazgeçme düşüncesi de gündeme geldi; ancak daha başında pes edemedik, etmemeliydik. Sorunu bazı dostlarımızın sağladıkları destek ile çözerek en azından bu ilk sayıyı sizlere sunabildik.*

*YAŞAMSAL'ın yaşaması dilekelerimle sevgi ve saygılarımı sunarım.*

# Multipl Skleroz Nedir?

Dr. Aslı Kurne , Prof. Dr. Rana Karabudak Hacettepe Üniversitesi Nöroloji Anabilim Dalı, Nöroimmünoloji Ünitesi

Beyin ve omuriliğe, birlikte 'merkezî sinir sistemi' adı verilmektedir (şekil I). Multipl Skleroz (MS) beyin ve omuriliği oluşturan sinirlerin toplamından oluşan merkezî sinir sistemine ait bir hastalıktır.



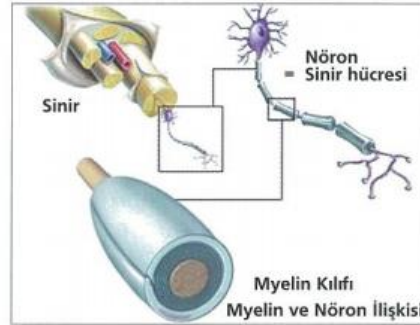
Şekil I: Merkezî sinir sistemi beyin ve omurilikten oluşmaktadır

Beyinden çıkan komutlar elektrik sinyalleri olarak omurilikten geçer ve vücudun ilgili kaslarına ulaşmak üzere sinirlere iletilirler. Tüm organlarımız gibi beynimiz de hücrelerden oluşmaktadır. Bu hücrelere nöron adı verilir. Nöronların bir gövdeleri, bir de uzantıları (aksonlar) bulunmaktadır. Aksonlar beyinde oluşturulan bilginin iletiminden sorumludurlar. Aksonlar özel bir yalıtkan madde olan myelin ile kaplıdır. Hastalığın en karakteristik özelliklerinden biri sinir liflerini çevreleyen ve yağ içerikli bir madde olan "myelin" in hasarlanmasıdır (şekil II). Sonuç olarak demyelinizasyon (myelin hasarı) gelişir ve plak olarak adlandırılan sert, normal dokudan farklı, normal doku gibi işlevsel olmayan çok sayıda hasarlı alanlar oluşur (Multipl skleroz başlığında geçmekte olan "multipl" çok sayıda

anlamını taşıırken, "skleroz" ise sert anlamına gelmektedir).

Bu hastalığın nedeni tam olarak bilinmemekte ve tamamen tedavi edilememektedir; ancak tedavi basamaklarında ve hastalığın nedenlerini oluşturan tetikleyici faktörlerin saptanmasında çok önemli gelişmeler sağlanmıştır.

*Bu hastalığın nedeni tam olarak bilinmemekte ve tamamen tedavi edilememektedir*



Şekil II: Bu şekilde sinir hücresi ve ondan ayrılarak bilgi taşıyan akson ile myelin kılıfı gösterilmektedir

Myelin, sinirleri çevreleyen bir kılıf olup, amacı sinir hücreleri boyunca bilgilerin aktarımını hızlandırmaktır.

Hastalığın bir başka özelliği akson hasarına yol açmasıdır. Aksonlar elektriksel bilgiyi sinir hücrelerinden alarak taşıyan uzun filamanlardır. Akson hasarı hastalık sürecinde oluşan kalıcı özür lülüğün en önemli nedenidir.

MS de izlenen şikayetler, hastalığın ağırlığı ve seyri, büyük ölçüde tanımlanmış olduğumuz plakların

yerleşim yerlerine ve demyelinizasyonun derecesine dayanmaktadır. Günümüzde MS iki ana gidiş bölümüne ayrılmaktadır:

- Relaps (ataklar) ve remisyonlar (düzleme dönemleri) ile giden tip
- Kronik (uzun süreli)-progresif (ilerleyici) MS. Bu grup genellikle primer progresif (baştan itibaren

ilerleyici seyirli), sekonder progresif (hastalık süreci sırasında ilerleyici karaktere bürünen) ve progresif-relapsing (giderek hızla ilerleyici izler oluşturan ataklar ile giden) olarak 3 ayrı başlıkta incelenmektedir.

Son yıllarda yapılan çalışmalar, belirtiler görülmeden önce hastalığın sessizce başladığını ve ilk belirtiler ortaya çıktığında beyin ve omurilik hasarının oluşmuş bulunduğunu göstermektedir.

**Atak ve düzleme dönemleri ile giden multipl skleroz:**

Bu form MS'in en sık ve genellikle genç erişkinlerde izlenen grubunu oluşturur. Bu formun en temel özelliği ataklar olmasıdır. Bu dönemler farklı MS belirtilerinin (kuvvetsizlik, yüzde ağrı, üriner sistem bozuklukları vs. ....) vücut ısısında yükselik olmaksızın ortaya çıkabildiği ve en az 24 saat, en tipik olarak da birkaç gün devamlılık

gösterdiği dönemlerdir. Hastaların yaklaşık yarısında hafif şekilde atlatılır. Ardından hastalık düzelme dönemine girer, bu dönemde belirtiler ya kaybolur ya da kısmen azalır. Bir hastanın düzelme döneminde sayılabilmesi için bir atak ile diğeri arasında en az 30 gün olmalıdır. Düzelme dönemleri kendiliğinden gelişebileceği gibi, immün sistemini (bağışıklık sistemi) baskılayan ilaçlarla da **indüklenebilir**. Düzelme dönemleri hemen her zaman ataklar ile takip edilirler; yıl içinde izlenen atak sayısı ortalama 0.14 ile 1.1 arasında değişmektedir.

#### **Kronik progresif multipl skleroz (uzun seyirli ilerleyici multipl skleroz):**

Bu form düzelme dönemi olmaksızın MS'e ait belirtilerin giderek artış gösterdiği grubu içermekte olup hastaların yaklaşık %20'si başlangıçtan itibaren bu gidiş şekline sahiptir. Bu formun şiddeti bireyler arasında çok farklılık göstermektedir. Bu forma ait 3 alt tip tanımlanmaktadır (şekil III).

#### **Primer progresif multipl skleroz:**

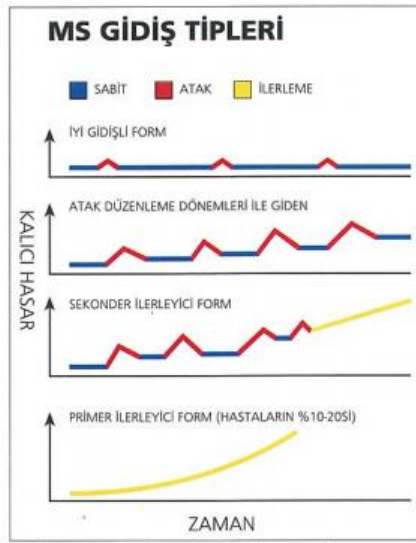
Bu grupta ilerleme sürekli ve aralık vermeden olmaktadır. Hastaların %10'luk bölümünde böyle bir seyir izlenmektedir.

#### **Sekonder progresif multipl skleroz:**

Başlangıçta atak ve düzelme dönemleri ile giden bir seyir sonrasında, hastalığın ilk 10 yılı içinde hastaların yaklaşık yarısında izlenmektedir. Başlangıçta izlenen atak ve düzelme dönemleri sonrasında gözlenen daha ilerleyici bir süreç ile ortaya çıkmaktadır.

#### **Progresif relapsing multipl skleroz:**

Başlangıçtan itibaren ilerleyişin ve atakların birlikte izlendiği ve ataklar arasında ilerlemenin olduğu gruptur. Hastaların %5'inden daha azında izlenmektedir.



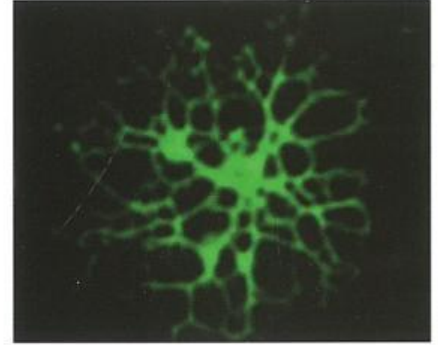
Şekil III: Hastalığın farklı alt gruplarının seyri

## MULTİPL SKLEROZ SÜRECİ:

Bağışıklık sisteminin normal yanıtı: Bağışıklık sistemi, organizmamızı dıştan ve içten gelen tehlikelere karşı, çeşitli grupların ortak ve destekleyici çalışması ile kısa ve uzun süreli olarak koruyan, oldukça karmaşık bir sistemdir. Normal şartlarda bu sistem organizmamızın lehine çalışmaktadır.

Multipl skleroz organizmanın kendine ait bazı özellikleri tanıyamadığı -yabancı saydığı hastalıklar olarak tanımlanan-"otoimmün hastalıklar" grubuna girmektedir. Bu hastalıkta temel bozukluk bağışıklık sisteminin kendi myelin yapısı ile yabancı proteinler arasında ayırım yapamaması ve kendine karşı saldıracak savaşı ve protein yapısında maddeleri (antikorlar) oluşturmasıdır. Bu durum vücut bağışıklık sisteminin genetik ve çevresel nedenlerle kendine zarar vermesi ile sonuçlanan bir hasarlanma ile açıklanmaktadır. MS'de temel olarak zarar gören madde "myelin"dir.

\_ Myelin, merkezî sinir sisteminde, "oligodendrosit" adı verilen hücrelerce yapılır ve katmanlar şeklinde birliktelik gösteren hücre membranlarından (hücre zarlarından) oluşur. MS' te bu katmanların zarar görmesi en temel özelliktir (şekil IV).



Şekil IV: Myelin oluşturan hücreler "oligodendrositler"

\_ Myelin kılıfı aksonlar boyunca segmentler halinde uzanmaktadır. Aksonlar bir sinir hücresinden elektriksel bilgileri alarak taşıyan uzun filamanlardır.

\_ Myelin segmentleri birbirlerinden ince aralıklara ayrılırlar, burada "ranvier nodları" olarak adlandırılan ve elektriksel iletim için çok önemli bir alan oluşturan sodyum kanallarının bulunduğu oluşumlar yer alır. Sodyum iyonları elektriksel bilginin bir sinir hücresinden diğerine aktarılmasında çok önem taşımaktadırlar.

\_ Myelin hasarı oluştuğunda merkezî sinir sisteminde bir sinir hücresinden diğerine elektriksel bilginin taşınımı bozulur.

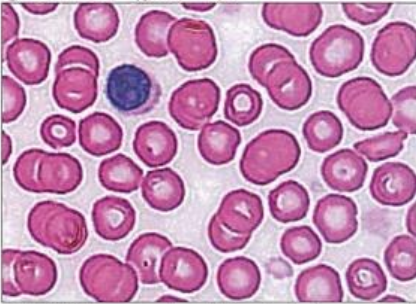
\_Başlangıçta hastalık süreci boyunca aksonların korunduğu düşünülse de, son dönemlerde yapılan çalışmalarda akson hasarının hastalığın erken dönemlerinden itibaren olaya katıldığı ve kalıcı nörolojik problemlerdeki rolünün çok önemli olduğu düşünülmektedir.

Organizmamız farklı çareler arayarak altta yatan sorunlara çözümler bulmaya çalışmaktadır: Örneğin MS'de, araştırmacılar elektriksel bilginin taşınımından sorumlu sodyum kanallarının yoğunluğunun arttığını ve myelin hasarına rağmen sinir hücrelerinin bu yol ile iletişim kurmaya çalıştıklarını belirlemişlerdir. Bir başka bilgi de, sinir hücrelerinin tekrar myelin oluşturma çabası içinde olduklarının gösterilmesi ile edinilmiştir.

## MS: OTOİMMÜN

### BİR HASTALIK VE İLTİHABİ YANIT:

- Hastalığın gelişiminde bağışıklık sistemi üyeleri arasında en önemli yer, beyaz kan hücrelerine aittir. Bu hücrelere "lenfosit" adı verilir. Lenfositler, bazı temel özelliklerine göre T lenfositler ve B lenfositler olarak iki ayrı grupta toplanırlar. Lenfositler, bağışıklık sisteminde çok önem taşıyan hücrelerdir. Bu hücreler normal şartlarda, vücut savunmasında kendileri aktif rol oynadıkları gibi, diğer bağışıklık sistemi üyelerini de aktif hale getirirler. (Şekil V).



Şekil V: Kırmızı kan hücrelerinin arasında yerleşimli ve mavi ile boyalı lenfositler

- T hücreler üzerinde yerleşimli belirli bağlayıcı yapılar organizmadaki bazı özel molekülleri tanıma becerisine sahiplerdir. T hücrelerin bu özellikleri, organizmamız için tehlikeli olabilecek bazı protein yapısındaki maddelerin yakalanması ve durdurulması açısından çok önemlidir.

- T hücreleri tehlikeler karşısında bazı özel yapılar üretmeleri ve salmaları için B hücrelerini aktive ederler. Böylece bu iki hücre grubu aynı amaç için çalışmaya başlar.

Otoimmünite: Bağışıklık sistemin normal çalışma şekline daha farklı ve zarar verici şekilde çalışması bazı anormal durumlara neden olur. Bu durumda ortaya çıkan hastalıkların bir grubu da otoimmün hastalıklardır.

- MS ve diğer otoimmün hastalıklar T hücrelerinin programlanmasında bir hata taşır ve bu durum onları kendinden olan ile olmayanı ayırt edebilme yeteneğinden uzaklaştırır.

- MS'de yanlış eğitilmiş T hücreleri vücudun kendi myelinini içindeki bazı özel yapıları yabancı olarak algılar. Böylece T hücreleri yanlış akan bir süreci başlatmış olurlar; bu olaya bağışıklık sisteminin tüm grupları sıra ile katılmaya başlar.

- B lenfositler her zaman yaptıkları gibi bazı özel maddeler oluşturup (bunlara "antikor" adı verilmektedir) salmaya başlarlar; ancak, bu durumda bunlar, vücudun kendi yapılarına karşı geliştikleri için "otoantikorlar= organizmanın kendine karşı geliştirdiği savaşçı moleküler" olarak tanımlanırlar.

- MS'de, bağışıklık sisteminin yanlış işleyişi ile savaş açtığı özel yapı myelin proteinleridir. Bu proteinler daha önce de belirtildiği gibi aksonları çevreleyen yağ içerikli bir izolasyon kılıfıdır.

- Olayın ileri dönemlerinde T ve B lenfositler iletişimlerini sürdürürler. **Hasarlandırma**, gittikçe farklı yapıların katılması ile devamlılık gösterir.

Sitokinler ve iltihabî süreç: İltihabî süreç normale göre çok daha

aktif olan bağışıklık sisteminin bir ürünüdür ve otoimmün hastalıklarda en önemli hasar verici mekanizmadır.

- Beyaz hücreler bir kez yanıt verme konusunda uyarıldıklarında, hasarlanmış alanda ve zamanla organizmanın genelinde iletişimlerini sağlayan protein yapısında, özel maddeler üretir ve salarlar.

- Sitokinler küçük, kuvvetli ve protein yapısında maddeler olup bağışıklık sisteminde yer alan hücreler arasındaki haberleşmeden sorumludurlar. Normalde de vücutta bulunurlar; ancak, aşırı ve yanlış şekilde üretildiklerinde zarar vermeye başlarlar.

- Normalde koruyucu rol taşımaları gerekirken aşırı ve yanlış şekilde üretilmeleri ile iltihabî duruma yol açar ve hasarlandırıcı olurlar. Normal şartlarda iltihabî yanıt kontrol altında ve kendini sınırlayıcı durumdadır. Ancak otoimmün hastalıklarda bu durum kalıcı ve hasarlandırıcı özellik kazanır.

## AKSON HASARI:

Sinir hücrelerinden bilginin alınarak taşınmasından sorumlu olan aksonların hasarı MS'de kalıcı özürülülüğün gelişiminde en temel mekanizma olarak tanımlanmaktadır. Çalışmalarda myelin hasarının başladığı dönemde akson zedelenmesinin de bulunduğu ve hastalık ilerledikçe zayıflamış aksonların hasarlanmaya devam ettikleri gösterilmiştir. Hasarın yoğunluğu hastalığın erken döneminde oluşur ve zamanla oluşma hızı azalır; ancak yıllar sonra bile yıkımın sürdüğü görülmüştür. Günümüzde bu bilgi, yeni tedavilerin oluşturulmasında önemli ve kullanılabilir durumdadır.

# İçimizden Birileri

## MEYDAN OKURUM

Ne sonbahar ne de kış soğutur bu gönlümü,  
Her yandan alev alsam köze meydan okurum!  
Eşim, dostum, ahabım varsın duymasın beni,  
Sözlüklere damlasam, söze meydan okurum!

İster yolum sarp olsun, isterse de çakıllı,  
Kalemim nişanımdır bak sinemde takılı,  
İsteyen deli desin, isteyen de akıllı,  
Bir yol çizdim kendime, düze meydan okurum!

Her yerde ayrı tuzak, akıl almaz biçimde,  
Namert namını almış, mert de benim içimde,  
Bir tek yürek aradım yürekçikler içinde,  
Görmeyen bakar kör göze meydan okurum!

Sebepsiz çok sebepler her an çıksa karşıma,  
Bir günde iki defa girsem yeni yaşıma,  
Varsın dünya kurulsun taht misali başıma,  
Bire bin haykırıp da yüze meydan okurum!

Aynalar dostum benim, baktım; düşman bakıyor,  
Her geçen gün, her saat içimi karartıyor,  
Hep sorarım kendime, kim kimi ağlatıyor,  
Gözlerimden yaş sızsa yüze meydan okurum.

Sırrımı aynaların sırlarına bırakıp,  
Sırrı dökülene dek yüreğime kapatıp,  
İbret olsun diyerek kendime bakıp bakıp,  
Yüzümdeki kedere, ize meydan okurum!

Ay buluta saklansa, karanlık olur yollar,  
Fırtınalar kudursa eğilir bütün dallar,  
Kime faydası var ki, gönül kırdı mı kullar,  
Yaradan'a sığınıp yoza meydan okurum!  
Yaradan'a sığınıp yoza meydan okurum!

M. Levent Özgeç

25 Ekim 2003/Ankara



## M. Levent Özgeç

7 Temmuz 1965'te Elazığ'da doğdu. İlkokulu Elazığ'da, ortaokul ve liseyi Ankara'da bitirdi. 1986 yılında kazandığı Muharebe Astsubay Sınıf Okulundan mezun olduktan sonra Diyarbakır, Kıbrıs ve Tekirdağ'da görev yaptı. 1992 yılında MS hastalığıyla tanıştı. Bu sebeple 1998 yılında görevinden malûlen emekliye ayrıldı.

Şiir yazmak ve futbol oynamak en büyük tutkularındandır. Bir amatör futbol takımında lisanslı olarak futbol oynadı. Emekliye ayrıldıktan sonra şiire duyduğu yakınlık kendisi için büyük bir güç kaynağı oluşturdu. Hüseyin Yurdabak, Abdurrahim Karakoç, Cemal Safi, Halil Soyuer gibi şairlerle tanıştı. Ankara'da düzenlenen şiir toplantılarında bulundu, bazı şiirleri gazete ve dergilerde yayımlandı, bazı şiirleri de bestelendi. Yayımlanmış iki şiir kitabı bulunan Özgeç, şiiri bir yaşam tarzı olarak benimsedi. Ona göre şiir "hayatın ve hayat ötesinin adı"dır. Ankara'da oturan şair, evli ve iki çocuk babasıdır.





## Şule Gökoğlu

11.05.1962 Gümüşhane'de doğdu. Orta ve liseyi TED'de, üniversiteyi ODTÜ Uluslar Arası İlişkiler Bölümünde tamamladı. Halen TCMB'de uzman olarak çalışmaktadır.

"İstedیği kadar su alsın kunduram,  
Gemi değilim batmayacağım.  
Tutsunlar cehenneme atsınlar beni  
İnadım inat, yanmayacağım."

O.Murat Arıburnu

Merhabalar, ben Şule!

1980 yılından beri devam etmekte olduğum MS maratonunda aklımdan çıkarmamaya çalıştığım yukarıdaki dizeler oldu. Her zaman başardım mı? Hayır, tabii ki hayır. Her insanın yaşamında iniş ve çıkışlar var. Bu kulvarda koşanlar ise diğerlerinden farklı, çünkü : "Artık yeter! Biraz dinlenmek istiyorum, mola hakkımı kullanacağım" diye bir lüksleri yok. Koşu ömür boyu; ama Nazım Hikmet'in dediği gibi,

"Yani içerde on yıl, on beş,  
daha da fazlası hatta  
geçirilmez değil  
geçirilir.

Kararmasın yeter ki,  
Sol böğrünün üstündeki cevahir."

Her şey gönlünüzce olsun!

Şule Gökoğlu



## Ayşe-Sibel Kazazoğlu

Sizin hiç aniden hayatları alt üst eden bir hastalıkla tanışan yakınınız oldu mu? Bizim oldu...

Biz daha çocukken, diş çekiminden veya hafif bir gripten dolayı yatmasına bile kıyamadığımız annemiz artık MS hastasıydı.

80'li yıllarda tanıştık bu hastalıkla. Aile doktorumuzun tanısıyla öğrendiklerimize göre, zamanla annemizin yürürken ayağı, yemek yerken eli, bakarken gözü olacaktık. Tek ilacı moralini yüksek, vücudunu hareketli tutmaktı. Bu tavsiye üzerine okulda öğrendiğimiz beden eğitimi hareketlerini azim ve sabırla annemize uygulamaya başladık. Artık roller değişmişti. O hastaydı ve bizim yardımımıza muhtaçtı. Kendimizi onun yerine koyduk. Eğer biz hasta olsaydık, o bizim için her şeyini feda eder, bize bakardı. Biz de en yakınları olarak onu hiçbir şekilde hastalığıyla yalnız bırakamazdık ve bırakmadık.

Önce hasta evi imajını yerleştirmemek için elimizden geleni yaptık. Anneme eksiklikleri hissettirmeden (kanadımız kırık da olsa) misafirler ağırladık, yemekler yaptık; aynı çatı altında kendi odamızda ağlarken annemizin yanında güldük. Ama bizi en çok üzen şeylerden birisi de insanların mücadelemize değer vermeksizin annemizin ve daha çok da bizim moralimizi bozmaya yönelik söz ve davranışlarıydı. Onlara göre MS'li biriyle yaşamak, yaşarken ölmek olduğu için, çabalarımızı anlamsız buluyorlardı. Önceleri bunlardan çok etkilendik. Daha sonra, zamanla edindiğimiz tecrübeler doğrultusunda kimi zaman bu tip insanlarla görüşmeyerek, kimi zaman dert etmeyerek, kimi zaman da annemize hissettirmeyerek yolumuza devam ettik. Yine de hastalığın ilerlemesine engel olamıyorduk. Kollarımız ağrıdan kopsa, bardak-tabak elimizden düşse, uykusuzluktan perişan olsak bile, gece gündüz demeden 15 dakikada bir gelen özel ihtiyacını karşılamak için annemizi kollarından destekleyip, iki büklüm yürüttük (Hani annemizi tekerlekli sandalyeye, sonra da yatağa mahkum etmeyecektik ya). O zamanlar titremeleri kontrolsüz bir şekilde çoğalmıştı ve annemiz sandalyede bile oturamıyor, kayıyordu. Tam bu devredeyken fizyoterapiye başladık.

MS hastalığını tamamen ortadan kaldırmasa da, hasta ve hasta yakınları için yorucu gibi görünse de aslında olabileceğın en kaliteli bir yaşam için önemli olan fizyoterapi sayesinde bizim de hayatımızda kolaylıklar dönemi başlamış oldu.

Annemizin kaymadan oturabilmesi, iki büklüm sürüklenmeden daha rahat bir şekilde yürüyebilmesi ve özellikle titremelerinin kontrol altına alınabilmesi, hem onun için hem bizim için, fizyoterapinin faydalarını gösteren en güzel örnekler.

# röportaj



SAYIN PROF. DR. RANA KARABUDAK İLE YAPILAN RÖPORTAJ:  
H.Ü. TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANA BİLİM DALI ÖĞRETİM ÜYESİ

**Yaşamsal:** Ankara Şubesi kaç yılında ve kimler tarafından kuruldu?

**Prof.Dr. Rana Karabudak:** Nöroloji ihtisasım sonrası nöroimmünoloji ve MS konusunda çalışmalar yapmak üzere bulunduğum UCLA-Los Angeles`da, MS Derneklerinin, bu hastalığa dikkatlerin yöneltmesi ve araştırmaların desteklenmesi konusunda ne kadar etkin oldukları dikkatimi çekmişti. Ankara`ya döndüğümde derneğin İstanbul`da kurulduğunu öğrendim. Aynı çalışmaların Ankara çerçevesinde de yapılması için konu ile ilgili hasta ve yakınları ile temas kurduk.

Çalışmaların sistemli ve organize bir şekilde yürütülmesi hedefi ile ve yurt dışı örneklerinde olduğu gibi, merkezle işbirliği içinde çalışacak bir şube hâlinde hizmet etmeyi daha uygun bulduk.

Dernek, 1994 yılında, benimle birlikte başta sevgili Naci Yıldırım ve babası Tahsin Yıldırım olmak üzere değerli hastalarımız Gül Güleç ve eşi, Yavuz ve Sevim Çağlar, Şükran Erkuş ve eşi, Tülin Saçlıoğlu ve Cüneyt Saçlıoğlu, Oya Yılmaz, Aysel Batmaz, İsmet Yazıcı ve Güven Sak tarafından kurulmuştur. Ayrıca; başta Münever Bölükbaşı olmak üzere, Selim Alikaya ve daha sonraki yönetim kurulu üyeleri özverili çalışmaları ile hep hatırlanacaklar...

**Yaşamsal:** Derneğin kuruluş amacı ne idi?

**Prof.Dr. Rana Karabudak:** Türkiye MS Derneği Ankara Şubesi, Multipl Sclerosis hastalığını topluma gerçek yönleri ile tanıtmak, hastalığın tıbbî ve sosyal yönü ile mücadele etmek, çoğunluğu genç insanlardan oluşan MS'lilerin yaşam kalitesini yükseltmek, MS hastalığı ile ilgili bilimsel ve tıbbî çalışmalara destek olmak amacı ile kurulmuştur.

**Yaşamsal:** Kuruluş aşamasında ve takip eden zaman içerisinde karşılaşılan güçlükler nelerdi?

**Prof.Dr. Rana Karabudak:** Tüm üyeleri ile Yönetim Kurulu, derneğin kuruluş amaçlarını gerçekleştirmek için mümkün olan en yüksek uyum içerisinde çalışmaya başladı. Fakat zaman zaman maddî imkansızlıklar nedeni ile zorluklar yaşanmıştır. Hastalara ulaşmak, onları derneğe çekmek, hasta ve ailelerinin dernekler hakkındaki bilgi yetersizlikleri nedeni ile güç olmuştur. Hâlâ da belli bir kesim, dernekle iletişim kurmamakta ısrarlı davranmaktadır. Derneklerin var olması için yönetim kurulu üyeleri arasında karşılıklı saygı, güven ve dayanışmanın olması şarttır. Zaman zaman, özellikle dernek Yönetim Kurulu üyeleri arasında bu bağların zayıflaması, belki de karşılaştığımız en büyük güçlüklerden biri idi.

**Yaşamsal:** Amacınıza ulaşabildiniz mi? Ulaşamadıysanız nedenleri nelerdir?

**Prof.Dr. Rana Karabudak:** Kısmen ulaştığımızı inanıyorum. Şu an derneğe kayıtlı 500 üye olması; hastalarımıza, hastalıkla ilgili düzenli bilgi akışının sağlanması; hastalarımıza fizyoterapi hizmetinin verilebiliyor olması; özellikle son dönemde olmak üzere, derneğin daha canlı, daha üretken ve yaşayan bir dernek haline gelmesi, elde ettiğimiz ve bizi mutlu eden sonuçlardandır. Şubenin ilk kuruluşundan bu yana, zaman zaman çok emek verdiğimiz bir arazi elde etme ve bu arazinin üzerine hastalarımıza çok daha iyi hizmet verebileceğimiz bir rehabilitasyon merkezi oluşturma h a y a l i m i z i h e n ü z gerçekleştiremedik. Bunun nedenleri için ise; ülkemizdeki politika dinamikleri ve belki bizim de bu iş üzerinde çok organize bir şekilde duramamış olmamızdır denilebilir.

**Yaşamsal:** Yurtdışındaki derneklerle karşılaştırıldığında benzer ve farklı yönleri nelerdir?

**Prof.Dr. Rana Karabudak:** Yurt dışındaki derneklerin maddî imkanları çok daha iyi düzeydedir. Öyle ki bu konudaki bilimsel araştırmalara ve genç bilim adamlarının bu konuda yetişmelerine destek sağlanmaktadır. Ayrıca genel toplum bilinci yönünden de daha

fazla yol kat etmişlerdir.

**Yaşamsal:** Ülkemizde MS hastalığının yeterince tanındığına inanıyor musunuz?

**Prof.Dr. Rana Karabudak:** Son yıllarda yapılan toplantı ve eğitim faaliyetleri ile hem hastalar ve yakınları, hem de konuyla ilgili uzmanlar biraz daha yakınlaşmış; geliştirilen tanı yöntemleri ile hastalık artık daha kolay ve hızlı tanınabilir hale gelmiştir. Hastalık ile ilgili yeni çalışmalar tüm ağırlığı ile sürdürülmektedir. Biz, hem konuyla ilgili uzmanlar hem de hekimlerle işbirliği içinde çalışmalar yürüten bir sivil toplum örgütü olarak, en sağlıklı bilgileri aktarmak ve bunlardan toplumumuzun yararlanmasını sağlamaya çalışmak zorundayız.

**Yaşamsal:** MS hastalığının tanı ve tedavisi konusunda nasıl bir yol izlenmektedir?

**Prof.Dr. Rana Karabudak:** MS ile ilgili çalışmalar yapan gruplara her geçen gün yeni beyinler eklenmekte, yeni düşünceler ve çalışmalar geliştirilmektedir. Test aşamasında bir çok ilaç çalışması bulunmaktadır. Bu konuların ayrıntılarını aktarmaya, zaman zaman yaptığımız toplantılarla devam etmekteyiz.

**Yaşamsal:** Bu değerli bilgileri bizimle paylaştığınız ve zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

**Prof.Dr. Rana Karabudak:** Ben teşekkür ederim.

# röportaj



SAYIN DOÇ. DR. KADRIYE ARMUTLU İLE YAPILAN RÖPORTAJ:  
H.Ü. FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON Y.O. NÖROLOJİ ÜNİTESİ ÖĞRETİM ÜYESİ

**Yaşamsal:** Dernekteki çalışmalarınız ne zaman ve nasıl başladı?

**Doç.Dr. Kadriye Armutlu:** 1994 yılının Haziran ayında Dr.Rana Hanım, "MS Aile Eğitim Semineri" düzenlemeyi düşündüklerini, benim de fizyoterapi konusunda bir konuşma yapmamı istediklerini söyledi. O zamana kadar çalıştığım birim içinde rutin olarak MS'li hastaları tedavi etmeme karşın, bu hastalığa ve hastalara özel bir yönelimim yoktu. 18 Haziran'da yapılan seminer, benim MS fizyoterapisi konusundaki çalışmalarına temel teşkil etti. Seminerin ardından, ayaktan gelen hastaların takiplerine ve dernekteki toplantılara katılmaya

başladım. 1996 Şubat'ında yapılan Genel Kurul'da Derneğin Yönetim Kurulu üyeliğine seçildim ve bildiğiniz gibi, o günden beri çalışmalarına devam ediyorum.

**Yaşamsal:** Dernek çalışmalarına başlarken amacınız neydi, bu amaca ulaşabildiniz mi?

**Doç.Dr. Kadriye Armutlu:** Bildiğiniz gibi Dernek Yönetim Kurulu üyeleri arasında ilgi alanlarına göre iş bölümü yapılması adettendir. Ben de doğal olarak Dernekte fizyoterapi çalışmalarının başlatılması, devam ettirilmesi ve hastaların bu konudaki eğitimi konusunda görev aldım. Bu önemli bir misyondu; çünkü, fizyoterapi-rehabilitasyon

uygulamalarının MS'li hastalar için gerekliliği ve faydaları konusunda hem hastaları, hem hasta yakınlarını, belki de en önemlisi, hekimleri bilgilendirmek gerekiyordu. Çok uzak değil, on beş yıl öncesine baktığımızda, MS teşhisi konduktan sonra hastaların çoğunun tüm aktivitelerinden uzaklaştığını, doktoru tarafından fazla hareket etmemesi konusunda uyarıldığını ve bu nedenle hastanın, MS'in getirdiği problemler kadar, hareketsizliğin getirdiği ikincil problemlerle de uğraşmak zorunda kaldığını görürüz. Bu profilin değişmesinde Dr. Rana Hanım'ın katkıları büyüktür. 1992 yılında Amerika'dan döndüğünde fizyoterapinin MS tedavisindeki önemini çok iyi bilen bir hekimdi. Onun da katkılarıyla fizyoterapinin önemi ve gerekliliği konusunda çok önemli adımlar atıldı. Şimdi artık büyük çoğunlukla nörologlar MS'li hastalarına rutin olarak fizyoterapi tavsiye eder, hastalar da fizyoterapi hizmeti almak için gerekli yolları zorlamaya başlar duruma geldiler. Bu yönüyle bakıldığında ilk hedefe ulaşmış durumda olduğumuzu söyleyebilirim.

**Yaşamsal:** Yurt dışındaki derneklerle bu dernek karşılaştırıldığında benzer ve farklı yönleri nelerdir?

**Doç.Dr. Kadriye Armutlu:** Diğer alanlarda olduğu gibi dernekçilikte de bazı yönlerden bizden daha ilerideler diyebilirim. Yapılanma yönünden yurt dışındaki benzer derneklerle herhangi bir farklılığımız olmadığını düşünüyorum; ancak, yurt dışında sivil toplum örgütlerine verilen değer ve bunların yaptırım güçleri daha fazla. Şüphesiz, bu da toplumların eğitim düzeyiyle yakından ilgili. Bizim Derneğimizde gördüğüm ve onu yurt dışındaki derneklerden farklı kılan özellik, hastalarımızın Derneği tam olarak sahiplenmeyip her türlü aktiviteyi Dernek Yönetim Kurulu'ndan

beklemeleri. Oysa ki Derneğe daha fazla sahip çıkarak Yönetim Kurulu üzerinde itici güç oluşturmaları gerekli. Bu bilinç tam olarak aşılandığında, Derneğin, MS'li hasta haklarını geliştirme ve yaşam koşullarını iyileştirme yönünden, ilgili resmî makamlar üzerindeki yaptırım gücü artacaktır.

**Yaşamsal:** Derneği ilerde görmek istediğiniz nokta nedir?

**Doç.Dr. Kadriye Armutlu:** Derneğimiz Eylül ayında yapılan olağanüstü genel kuruldan sonra daha yeni ve aktif bir kadroyla yoluna devam ediyor. Yönetim Kurulu Başkanımız Fizyoterapist Samiye Hanım başta olmak üzere, bütün kadromuz, büyük istek ve şevkle çalışmalarına devam ediyor. Yönetim Kurulu oluşturulduktan sonraki ilk amaçlarımızdan biri sizlere düzenli olarak seslenebileceğimiz bir dergiye hayat vermektir. Bugün bunu başarabildiğimiz ve sizlere ulaşabildiğimiz için mutluyuz. Ama daha yapılacak çok iş var. Bence bunlardan en önemlisi, size hizmet verebileceğimiz kendimize ait bir binamızın olması. Bu amaçla şimdiye kadar pek çok yol denendi; fakat, sonuca ulaşamadı. Bundan sonra daha ciddi adımlar atarak bu sorunu çözmemiz gerekli. Benim ileride görmek istediğim dernek; tek kat üzerine inşa edilmiş, hastalarımıza fizyoterapi hizmetlerinin modern şartlarda ve ücretsiz sunulabildiği, rekreasyon alanları olan, değişik aktivitelerin yapılabileceği, yaşayan bir ortam. Bunun gerçekleştirilmesi konusunda herkesten yardım bekliyoruz.

**Yaşamsal:** Son derece aydınlatıcı olduğunu düşündüğümüz bu röportajınız için ve bizlere vakit ayırdığınızdan dolayı çok çok teşekkür ederiz.

**Doç.Dr. Kadriye Armutlu:** Sağ olun.

# Fizyoterapi

Samiye ATA Fizyoterapist

Sağlıklı bir yaşamın sürdürülmesi için egzersiz gün geçtikçe daha fazla önem kazanmaktadır. Hareketli bir yaşamdan uzaklaşmak, sağlığı tehdit ederek birçok problemi de beraberinde getirmektedir.

Multipl Skleroz spastisite, kas kuvveti, denge ve koordinasyonla ilgili problemlerin yoğun olarak görüldüğü nörolojik bir hastalıktır. Hastanın fiziksel aktivitelerini kısıtlayan bu problemler, hareketsiz bir yaşama neden olmaktadır. Hareketsizlik ise zamanla bir çok fizyolojik ve biyokimyasal değişikliklere (hareketsizlik sendromu) neden olarak, hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.

Bu yazının amacı multipl skleroz (MS) hastalarında görülen nöromüsküler semptomların iyileştirilmesine ve ikincil risklerin önlenmesine yönelik terapatik egzersizleri tanıtmak, tedavi yöntemleri arasında egzersizin yeri ve önemine dikkat çekmektedir.

## İMMOBİLİZASYON PROBLEMLERİ

- Kas kuvvetinde ve enduransında azalma
- Kas atrofi
- Osteoporoz
- Koordinasyon zayıflığı
- Eklem fibrozisi ve ankilozu
- Ortostatik hipotansiyon
- Tromboflebit
- Vital kapasitede azalma
- Anoreksi, konstipasyon
- Dekübitis
- Emosyonel değişiklikler
- Mental bozukluklar

Hareketsizlik sendromu (immobilizasyon), dinlenme ile fizik aktivite gibi iki biyolojik olay arasındaki ilişkinin dengesizliğidir. MS hastalarında terapatik egzersizler ile, hem bu dengenin sürdürülmesi, hem de hastaların ev, iş ve sosyal yaşamlarında mümkün olan en üst bağımsızlık düzeyine ulaştırılmaları amaçlanır.

## TERAPATİK EGZERSİZ NEDİR ?

Kuvvet, endurans ve koordinasyonu artırarak hareket yetersizliklerini azaltmak, fiziksel uygunluk sağlamak ve fonksiyonel kapasiteyi geliştirmek için planlanan, tedavi değeri olan, hastaya özel hareketlere "terapatik egzersizler" denir. Normal kas cevaplarının doğru uyarılarla geliştirilmesi esasına dayalı terapatik egzersizler, fizyoterapistlerin en sık kullandığı Fizyoterapi ve Rehabilitasyon (FTR) yöntemlerinin başında gelir. Terapatik egzersizler, vücut üzerinde lokal ve genel etkilere yol açarlar. Bu egzersizlerin vücutta oluşturacağı cevaplar, özellikle kas-iskelet, kalp-dolaşım, sinir, solunum ve endokrin sistemlerde ortaya çıkar.

## KALP DOLAŞIM (KARDİYO-VASKÜLER) SİSTEMİ

Kalbin optimal bir çalışma düzeyinde tutulabilmesi için düzenli ve devamlı bir aktivite zorunludur; immobilizasyon sonucu kardiyovasküler sistem zarar görür ve bazal şartlar üzerindeki metabolik gereksinimlere yanıt veremez.

Horizontal pozisyonda ( yatış pozisyonu) arteriyel ve venüllerin seyrek aralıklarla kasılmalarının yanı sıra, iskelet kaslarının inaktiviteleri nedeniyle pompalayıcı etkisinin azalması, bacaklarda dikkat çeken venöz bir stazın ortaya çıkmasına neden olabilir. Ayrıca venöz dönüşteki bazı hemodinamik değişiklikler, pıhtılaşma mekanizmasındaki bozuklukla birlikte tromboflebitin patogeneziinde önemli bir faktör oluşturur.

**Devamlı yatan birisinin ayağa kaldırılması ile nabızın belirgin olarak artması; kan basıncının düşmesi, zayıf bir vazomotor stabiliteyi gösterir ve postural hipotansiyon adını alır.** Genel olarak egzersizin koroner arter ve periferik dolaşım üzerinde pozitif etkileri vardır. Egzersizle, kanda fibrinolitik aktivite artar; trombositlerin bir araya toplanması azalır. Sık tekrarlanan egzersizlerle oluşan bu değişiklikler tromboza karşı uzun vadede etkili olur.

Egzersizin artan sempatik aktivite ve diğer faktörlerle birlikte myokardın kasılma gücünü artırmada etkisi vardır. Vücudun kullandığı oksijenin maksimum sınırı da kalbin kasılma gücüne (atım volümüne) bağlı olmaktadır. Myokardın kasılma gücü zayıf olan kişilerde -akciğer yeterince oksijen alma yeteneğine sahip olsa bile- kaslara pompalanan kan miktarı da az olur. İnaktivitede kas kılcal damarlarının büyük bir kısmı dolaşıma kapalıdır. Kasın aktivitesi arttıkça dolaşıma açılan, içlerinden kan geçmeye başlayan kapiller adedi de artar.

İstirahat halinde iskelet kaslarına giden kan, kalbin dakika volümünün % 15-20'sini oluştururken, egzersizin şiddetine göre bu oran %85-88'e kadar yükselir.

**Egzersiz stabil ya da azalmış kan basıncı (hipertansiyonda) ve serum lipidleri veya yağların (kolesterol-trigliserit) azalması üzerinde de pozitif etkileri vardır.**

## KAS-İSKELET SİSTEMİ

Uzun süreli immobilizasyonun en belirgin ve tahrip edici etkisi, kas-iskelet sisteminde ortaya çıkar. Kasların kullanılmaması, hem kas kitlesinde (atrofi) hem de kas kuvvetinde ve enduransında belirgin bir azalmaya neden olur. Aynı zamanda fibriller içinde çoğalan yağ, yalnız kasın kasılma gücünü azaltmakla kalmaz, bir sürtünme freni gibi hareket ederek fibrillerin kasılma süratine de etki eder. Yapılan çalışmalar, kullanılmayan kasların gücünü hızla kaybettiklerini, bir egzersiz programı uygulansa bile kas gücünün tekrar kazanılmasının çok daha yavaş olduğunu göstermiştir.

İnaktivitede kuvvet ve enduransın azalmasıyla birlikte, sık sık yinelemelerle gelişen koordine hareketler de giderek kaybolmaktadır. İskelet sistemi ve onu çevreleyen doku, ligamentler, eklem kapsülü, tendonlar, deri, pasiftir; yani aktif hareket çıkaramazlar, ancak hareketsizliğin bu dokular üzerinde de etkileri kaçınılmazdır.

**Hareketsizlik osteoporoz için de önemli risk faktörlerinden biridir.** Kemik metabolizmasının bütünlüğü, kemik kitlesinin artması ve rezorpsiyonu arasındaki denge, uygun besin

maddeleri, hormonal denge yanında mekanik streslere bağlıdır. Kasların kasılmalarıyla tendonlarda ortaya çıkan gerilme ve ayakta durmayı gerektiren aktiviteler sırasında yer çekimi ile kemiklere yük binmesi, gerekli mekanik stresi yaratır. Hareketsizlik, kemik yapımını uyarıcı mekanik stresin ortadan kalkması demektir. Immobilizasyon sonrası kalsiyum boşalımının artışı tam olarak kanıtlanmıştır. Diyetle yeterince kalsiyum alınsa bile, hareketsiz kalmaya devam edildiğinde, gene kalsiyum kaybı meydana gelmektedir. Bu nedenle, kullanılmama veya yeterli işlev yapmama nedeniyle kemiklerde meydana gelen osteoporoz, hareketsiz bölgeye özeldir.

**Egzersiz kemiğin kalsiyum kazanmasını kolaylaştırır.**

Egzersiz kemik dansitesini artırıcı etkisinin lokal olduğu unutulmamalı, vücudun çeşitli kısımlarını ve kas gruplarını içine alan ağırlık taşımaya ve transferine yönelik egzersizler yapılmalıdır.

Bağların primer fonksiyonu; eklem hareket sırasında istenmeyen yönlere olacak hareketini ve yük altında aşırı kaymasını sınırlayarak eklem stabilizasyonunu sağlamaktır. Eklem hareketleriyle bağlar üzerine gerilim kuvveti etki eder. Azalan hareketle, bağlar üzerindeki bu mekanik stres ortadan kalkar. Bu durumda bağların kuvvet ve dayanıklılığının azalması ile eklem stabilizasyonunda önemli bir faktör kaybedilmiş olur.

Hareketin, kartilaja besin geçişini artırması nedeniyle kıkırdak beslenmesi üzerinde de pozitif etkileri vardır. Eklemelerin immobilizasyonunda ise

kıkırdakta dejeneratif değişiklikler meydana gelir.

**Eklemde aktif veya pasif hareketler yaptırılmadıkça değişik derecelerde fibrozis ve ankiloz gelişir. Immobilizasyon sonucu, eklemde yoğun bir konnektif lif füzyonuyla birlikte eklem sertleşir, tam hareket açıklığında çalışamaz ve irreversible bir deformite meydana gelebilir. Bu nedenle MS'li bir hastanın iyi yürüyememesi sadece parezi, pleji ve spastisiteye değil, bazen de bu problemlere ikincil gelişen bir eklem deformitesine (örn: ekin deformitesi) bağlı olabilir.**

Ayak bileği plantar fleksörlerindeki spastisite ve/veya ayak bileği dorsifleksörlerindeki güçsüzlük nedeniyle, zaman içinde ekin deformitesi gelişebilir. Bu durumda yürüyüş sırasında topuk yerle temas etmez ve ağırlık metatars başlarına biner; itme fazı etkin bir şekilde yapılamaz ve hastalar çabuk yorulur. Yürüyüşün salınım fazında ise ayağın yerden kesilmesi güçleşir. Kalça ve dizde aşırı fleksiyon ile bacağın boyu kısaltılmaya çalışılır; ancak yine de ayağın yere sık sık takılması ile hasta düşebilir.

## SOLUNUM SİSTEMİ

İnaktif hastalarda meydana gelen solunum fonksiyonlarındaki değişiklikler, ilerleyen evrelerde hastanın klinik tablosunun ağırlaşmasına neden olabilir. Bu nedenle solunum egzersizlerinin immobilize MS hastalarının yaşamında önemli bir yeri vardır.

İmmobilizasyonda, zayıf solunum kasları ve göğüs kafesindeki esnekliğinin de etkilenmesine bağlı olarak

hastada vital kapasitede ve fonksiyonel solunum kapasitelerinde % 25-50 oranında bir azalma olur.

İmmobilizasyon sonucu siliyer fonksiyonlarda da bir azalma olur. Solunum müköz sekresyonları bronşiyellerde birikip giderek daha yoğun bir hal alır, normal siliyer hareketler güçleşir ve bronş epiteline yapışan sekresyonlar temizlenemez. Abdominal kas zayıflığının olumsuz etkisi ve öksürme mekanizmasındaki bozukluk nedeniyle, etkili bir öksürük oluşamaz ve sekresyonlar dışarı atılamaz. Sekresyonlarla birlikte bakteriler de akciğerler içinde kalıp ürerler. Bu nedenle hafif bir üst solunum yolları enfeksiyonu bile ciddi akciğer enfeksiyonlarına neden olabilir.

## **TERAPATİK EGZERSİZLERLE TEDAVİDE TEMEL İLKE VE PRENSİPLER, BAŞARIYI ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

FTR'de başarı sağlanabilmesi için ilk adım dikkatli ve detaylı bir değerlendirme yapılmasıdır.

**Uygulanan testlerden bazıları:**

- Kas kuvvetinin ölçülmesi
- Kas kısalık testleri
- Normal Eklem Hareket (NEH) açıklığının ölçülmesi
- Duyu-algı-motor testleri
- Refleks ve kas tonusu testleri
- Ağrı değerlendirmesi
- Denge ve koordinasyon testleri
- Yürüme ve postür analizi
- Pulmoner fonksiyonların ölçülmesi
- Günlük yaşam aktiviteleri (GYA)
- İş analizi ve fonksiyonel çalışma

Tanısı konmuş hastalara bir terapatik egzersiz programına başlamadan önce fizyoterapistler tarafından bazı testler uygulanarak yukarıdaki anlatılan sistemlere ait, hastalığın etkisiyle oluşmuş mevcut ve ikincil problemlerle oluşması muhtemel problemler saptanmalıdır.

**Kapsamlı bir değerlendirme yapılmaksızın rasgele verilen ve uzman olmayan kişilerce uygulanan egzersizlerin hastanın problemlerine çözüm getirmeyerek yetersiz kalabileceği, hatta hastaya zarar verebileceği unutulmamalıdır.**

Periyodik aralarla yapılan bu değerlendirmeler hastalığın ilerleme derecesi, FTR programının planlanması ve tedavinin etkinlik derecesinin belirlenmesinde objektif kriterler verir; ancak yukarıdaki testlerle saptanan sorunların giderilmesinin, kişinin mevcut durumuna ve rezidüel gücüne bağlı olduğu bilinmeli ve ulaşılmak istenen hedef gerçekçi olmalıdır. **Bazen amaç sadece mevcut durumu korumak bile olabilir.** Tüm kronik-progresif hastalarda olduğu gibi MS'te de semptomları azaltmak, yaşam kalitesini yükseltmek, günlük aktivitelere fiziksel ve emosyonel katılımı artırmak daha başka bir çok faktör tarafından belirlenmektedir.

Hastanın hastalıktan önceki ve sonraki sosyal ve meslekî hikayesi, hastalıktan önceki yaşam streslerine ve şimdiki hastalığın stresine tepkisi, psikolojik ve mental durumu, hasta ve ailesinin hastalık hakkında yeterli bilgiye ve sosyal desteğe sahip olup olmadığı ve motivatif faktörlerin, uygulanacak fizyoterapi programının başarısına etkileri dikkate alınmalıdır. Ayrıca hastanın bağımsız olmadığı

durumlarda yardımın niteliği ve bağımsızlığın kayıp süresi belirlenmelidir.

Yardımanın niteliği önemlidir ; hasta bağımsız yürüyebilir; ancak sandalye veya yataktan kalkmak için bir başkasına bağımlı olabilir. Eğer hasta ayağa kalkmak için gerekli yardımı çeşitli nedenlerden dolayı alamıyorsa, bu hasta için bağımsız yürüyor olmasının hiç bir önemi kalmayacaktır.

Kayıp süresi önemlidir; yıllar önce kaybolan kas gruplarının eğitimi, yakın geçmişte kaybolanlardan daha zordur.

Terapatik egzersizlerin tek başına yeterli olmadığı durumlarda diğer FTR yöntemleri ve gerekiyorsa uygun cihaz kullanılmalı, hastanın yaşadığı çevreyi de uygun hale getirecek çözümler üretilmelidir. Tüm bu değerlendirmeler ve tespitler ışığında hastanın mevcut kapasitesi, yetersizlikleri ve gereksinimleri belirlendikten sonra **"hastaya özel" bir "terapatik egzersiz programı"** planlanmalıdır.

Hastalara göre önceden hazırlanıp standardize edilmiş veya işaretleme yolu ile düzenlenen bir terapatik egzersiz programının dezavantajlarının, yukarıda anlatılan tüm faktörler nedeniyle anlaşılması gerekir.

## **MULTİPL SKLEROZ TEDAVİSİNDE TERAPATİK EGZERSİZ PROGRAMI:**

- Mobilite ve fleksibilitiyi korumak için egzersizler
- Kuvvet ve endüransı korumak için egzersizler
- Denge ve koordinasyon eğitimi için egzersizler
- Fonksiyonel bağımsızlık için egzersizleri kapsamalıdır.



## **MOBİLİTE ve FLEKSİBİLİTEYİ KORUMAK İÇİN EGZERSİZLER**

**Kas iskelet sisteminde çeşitli faktörlerle oluşan gerginlikle birlikte hareket arkındaki kısıtlanmanın yavaş yavaş oluşacağı ve bir deformite gelişinceye kadar gözden kaçabileceği unutulmamalıdır.**

Bir hasta aynı pozisyonda sürekli hareketsiz oturur veya yatarsa, örneğin kalça sisteminde fleksör yönde fibröz konnektif dokunun kısalması ve birbirine füzyonu, ekstansiyon yönünde giderek ilerleyen bir kısıtlılığa neden olur. Başlangıçta gözden kaçabilen bu hafif fleksiyon kontraktürü, ilk zamanlar lumbal lordoz artışı ile kompanse edilebilir. İlerleyen dönemlerde ise quadriceps femoris ve kalça ekstansörleri zayıf, lumbal ekstansiyon da kısıtlıysa yürüme esnasında vücut ağırlığının asetabulum önüne geçmesiyle diz fleksiyona gelir ve diz ekstansiyonda tutulamaz (kilitlenemez). Burada esas sorun kalça eklemindeki fleksiyon kontraktürü olduğu halde, dikkat dizin kilitlenmesine odaklanırsa, doğal olarak bu sorun çözülemeyecektir. Kalçada fleksiyon kontraktürünün giderek ilerlemesi ise pelvisin oblik bir konum almasına ve ikincil bir skolyozis gelişmesine sebep olabilir.

**Gelişmiş bir deformiteyi ve onun yol açacağı problemleri düzeltmek, gerginliği ve bir deformitenin gelişmesini önlemekten çok daha zordur. Bu nedenle yumuşak dokulardaki boy değişikliklerinin önlenmesi ve kasların fleksible tutulması önemlidir.**

Bütün eklemler tam hareket genişliğinde, uygun teknik ve periyodik tekrarlarla çalıştırılmalıdır.

Gergin eklem ve kaslara uygulanacak germe egzersizleri, belirli teknik ve kurallara uygun şekilde yapılır. Ayrıca, ödem, enflamasyon, osteoporotik kemik yapı, zayıf yumuşak dokuların varlığı daima sorgulanarak, germe işlemi uygulanırken aşırı yüklenmenin getireceği problemlere (kırık, konnektif doku içine kanamalar, vb) yol açmamak gerekir.

Kısalma, spazm, spastisite varlığında limitasyon genellikle antagonist paternindedir. Agonist paternin uyarımı ve antagonist paternin direkt gevşetilmesi vb. yöntemlerle limitleyici faktörler gevşetilerek, germe işleminin dirençli egzersizler şekline dönmesine izin verilmemelidir.

## **KUVVET VE ENDURANS İÇİN EGZERSİZLER**

Zayıf yada cevapsız bir kası uyarmak için nörofizyolojik prensiplere dayalı çeşitli fasilitasyon yöntemleri kullanılır.

### **Kas gruplarının eğitiminde egzersizler;**

- Az ya da hiç etkilenmemiş kaslara,
- Paralizi kaslara,
- Spastik kaslara,

alınan yanıt ve görülen iyileşmeye bağlı olarak aktif yardımcı, aktif, aktif dirençli olarak seçilebileceği gibi izometrik veya izotonik olacağına göre de farklılık gösterir.

- Egzersizin tipi
- Egzersizin süresi (10-60 dk)
- Egzersizin şiddeti (nabza göre belirlenebilir)
- Egzersizin sıklığı (haftada 2-3 gün)

Bu parametrelerin hastaya

uygunluğunun belirlenmesi bir egzersiz programının en önemli noktalarından biridir. **Burada, uygun seçim ve dozun üstüne çıkılması, geçici olarak semptomların artmasına yol açacaktır. Uygun dozun altında kalınması ise yeterli etkiyi oluşturmayarak faydalı olmayacaktır.**

Bu nedenle aktivitelerin yapılması esnasında karşılaşılan güçlük derecesi ve performans dikkatlice ölçülerek uygun seçim ve doz saptanmalıdır.

Programa basit ve kolay hareketlerle başlayarak daha zor ve komplike hareketlere doğru ilerlenmelidir. Hastanın durumu değiştiğinde uygulanacak program da buna uygun biçimde tekrar tekrar düzenlenmelidir. Anatomik bağlantılar ve kinezyolojik bilgiler ışığında, gövde ve ekstremitelerin uygun pozisyonlarda yerleştirilmesiyle bazen maksimal destek sağlanarak bir hareketin açığa çıkarılmasının kolaylaştırılması, bazen de hareketi zorlaştıracak biçimde yerleştirilerek kuvvetin açığa çıkarılması sağlanabilir.

**Egzersizlerin faydalı etkisinin devam etmesi için düzenli bir şekilde sürdürülmesi gerekir. Egzersize uzun bir süre ara verilmesi ile hasta egzersize başlamadan önceki düzeyine döner.**

Kan basıncını artırmaya etkisi olan izometrik/statik egzersizler, kas kasılmalarının ritmik olduğu aktiviteler ve solunum egzersizleriyle birleştirilmelidir.

**Kuvvete etki eden önemli bir faktör de yorgunluktur. Yorgunluk, "egzersize toleransın düşük olması ve tekrarlı aktivitelerin yapılmasındaki güçlük" şeklinde tanımlanabilir. Yorulan fibrillerin uyarılabilme yeteneği ve kasılması zayıflar.**

İnsanlar iç ısı sabit canlılardır. İç ısısının sabit tutulması, ısı kaybı ve ısı oluşumu arasında bir dengenin devam ettirilmesiyle mümkündür. Kas çalışmalarında işe çevrilen enerjiden geri kalanı ısıya dönüşür. Böylece kassal çalışma iç ısını artırmış olur. Tedavi esnasında sıcak ve soğukun etkisi dikkate alınmalıdır. Gerek vücut sıcaklığının artması ve yüksek çevre sıcaklığının, gerekse yorgunluğun bazı MS hastalarında nörolojik semptomların geçici olarak artmasına yol açarak fonksiyonelliği azalttığı görülmüştür.

Yorgunluğa ve iç ısının artmasına sebep vermemek için egzersiz parametrelerinde doz uygunluğuna dikkat etmek gerekir. Ayrıca, egzersiz sırasında, kısa sürelerle sık sık dinlenmeyle birlikte, programı bölüp aralarda uzun dinlenmeler de verilebilir. Remisyon dönemlerinde büyük kas gruplarının resiprokal kasılmalarının düşük seviyelerde, ancak uzun süreli kullanılması, aerobik kapasitenin artırılmasında etkilidir.

## DENGE VE KOORDİNASYON İÇİN EGZERSİZLER

Serebellar tutulumu olan MS'li hastalarda denge ve koordinasyon bozukluklarının sıklıkla görülmesi bu sorunlarının giderilmesine yönelik koordinasyon egzersizlerinin olumlu etkileri MS fizyoterapisinde egzersizin önemini göstermektedir.

Serebellum fonksiyonu, öğrenilmiş hareketlerin yapılmasında agonist, antagonist ve sinerjist kasların aktivitelerini düzenlemek ve uyumlarını sağlamaktır. Tüm vücuttaki derin

duyu reseptörlerinden gelen yoğun uyarılar, iç kulak ve serebral hemisferlerden gelen sinyallerle birlikte serebellumda karmaşık ve bilinç dışı bir değerlendirmeye tabi tutulurlar. Bu sürecin sonucunda oluşan yanıtlarla, kas kasılmalarının düzgün ve uyumlu bir şekilde yapılmasıyla, istemli ve beceri gerektiren hareketlerin ortaya çıkması sağlanır.

Serebellar lezyonu olan MS'li hastalarda (kuvvetleri yeterli olsa bile), uyumsuz ekstremiteler hareketleri (dismetri, disdiadokokinezi, tremor) ve denge bozukluğu, hastanın fonksiyonelliğini kısıtlayarak bağımlı duruma gelmesine neden olabilir.

Tedavi ile elde edilecek düzeltmelerin sağlam kalmış ve lezyona katılmayan sinir yolları aracılığıyla veya cerebellar fonksiyonların diğer sistemler tarafından üstlenilmesiyle olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle impulsların geçişini kolaylaştıran merkezî sinir sistemindeki yolların tekrarlı uyarımındaki teknikler özenle seçilmelidir.

**Koordinasyon egzersizlerine geçilmeden önce gövde ve proksimal kaslarda stabilite, uygun egzersizlerle sağlanmalıdır. Ancak, çok sayıda doğru kasın, basitten karmaşığa doğru istenen aktiviteleri art arda doğru zamanda, gerekli hız ve şiddetle yapabilmesi için, önceden programlanmış otomatik paternlerin geliştirilmesi, terapatik egzersizlerin anlaşılması en zor olan yönünü oluşturur.**

Koordinasyon eğitiminde istenmeyen tüm aktivitelerin inhibe edilmesi esastır. Ancak, bu, istenen aktivitelerin

fasilitasyonundan daha zordur. Burada fizyoterapistin düşen görev, bozuk paternleri ve kompanse edici hareketleri önleyerek bir aktivitede yalnızca "o harekete temel olan kas kontraksiyonlarıyla sınırlı" nasıl kalınabileceğini ve öğrenilen bu istemli hareketin koordinasyon eğitiminde temel olarak ne şekilde kullanılabileceğini dikkatlice planlayıp hastaya öğretmektir.

Ayrıca koordinasyon bozukluğuna neden olan veya artıran diğer ikincil faktörler (immobilizasyon, kuvvet ve endüransın yetersiz olması, kasın kendi kuvvetine oranla daha büyük bir dirence karşı kasılmasının istenmesi, yorgunluk, refleks fasilitasyon yöntemlerinin yanlış veya sürekli uygulanması, heyecan ve güçlü emosyonel durumlar) ekarte edilmelidir.

## FONKSİYONEL BAĞIMSIZLIK İÇİN TERAPATİK EGZERSİZLER

Fiziksel fonksiyonlardaki bağımsızlık, günlük yaşam aktivitelerindeki (GYA) bağımsızlık olarak da tanımlanabilir. Bunlar yataktaki hareketler, transfer aktiviteleri, yürüme, hijyen, mesane ve barsak fonksiyonu, yeme-içme gibi ana başlıklar altında ele alınmalıdır.

**GYA eğitiminin asıl sonucu, hastaya öğretilenlerin, hastanın bunları evinde ve dış ortamda kullanıp-kullanamamasıyla ölçülür.**

**GYA eğitiminin hasta ve ailesi tarafından kolayca öğrenilecek ve uygulanabilecek şekilde olmasına dikkat edilmelidir**

**Samiye ATA**  
Fizyoterapist



TÜRKİYE MULTIPL SKLEROZ DERNEĞİ

## TÜRKİYE MULTIPL SKLEROZ DERNEĞİ ANKARA ŞUBESİ 5.DÖNEM YÖNETİM KURULU

### Yönetim Kurulu Asil Üyeleri

- 1.Fzt. Samiye ATA (Başkan)
- 2.Uzm.Dr. İhsan Özcan ERTÜRK (Başkan Yardımcısı)
- 3.Doç.Fzt. Kadriye ARMUTLU (Sayman)
- 4.Saniye BAYGÜN (Sekreter)
- 5.Ercan EROL
- 6.Nermin TUĞUŞLU
- 7.Nazire ÖZDEN
- 8.Filiz VRENA
- 9.Gökmen Işın KARADEMİR

### Yönetim Kurulu Yedek Üyeleri

- 1.Dr. Aslı KURNE
- 2.Fuat SARIKAYA
- 3.Fzt. İlke KESER
- 4.Zeynep BEĞENDİK
- 5.Fzt. Nilüfer Çetişli KORKMAZ
- 6.Bülent MUTLU
- 7.Emre TUNCAY
- 8.Onur BAŞIBÜYÜK
- 9.Müjgan ŞEN

### Denetleme Kurulu Asil Üyeleri

- 1.Av.Dilek DERMANCIOĞLU
- 2.Berrin NAYMANLAR
- 3.Selma ÜSTÜNDAĞ

### Denetleme Kurulu Yedek Üyeleri

- 1.Ahmet TANER
- 2.Murat YIĞIT
- 3.Zafer BUDAK

Şeref Üyeleri

- 1.Prof.Dr.Rana KARABUDAK

2.Aysel İZGİ

### İdari Sekreter

Filiz Pınar

### Muhasebeci

Turgay DOĞAN

5. Dönem çalışmalarını yürüten, üstlenen, katkı sağlayan, toplantılarımıza katılan sevgili üyelerimize, dostlarımıza sonsuz teşekkürlerimizi sunuyoruz...

## TÜRKİYE MULTIPL SKLEROZ DERNEĞİ ANKARA ŞUBESİ

### Samiye ATA YÖNETİM KURULU BAŞKANI

Merhaba...

Multipl Skleroz...Hastalığın sebepleri ve tam olarak tedavisi henüz bilinmiyor...Bu nedenle hastalar ve yakınları, bu bilinmezlik içinde yaşamının getirdiği birçok problemle karşılaşılıyor. Bu problemlerin hafifletilmesinde MS Derneklerine önemli görevler düşüyor.

5. Dönem Yönetim Kurulu olarak bizler, hastalığın ve yarattığı sorunların ciddiyeti ve üzerimizdeki sorumluluğun bilinciyle hareket etmekteyiz. Bu nedenle, farklı bir anlayış içinde, belli kurallar ve prensipler çerçevesinde yeniden yapılanarak çözüm yolları aramak, projeler üretmek gerekliliği üzerinde önemle duruyoruz. MS'li hasta ve ailelerinin öncelikli ihtiyaçlarının belirlenmesi ve çözümü, uzun vadeli hizmetlerin planlanması ve gerekli çalışmaların başlatılması için, derneğimiz çatısı altında çeşitli komisyonlar kurduk. Dört ay gibi kısa bir dönem içinde bile, önemli çalışmaları başlatan ve yürüten komisyonlarımız, şimdiye kadar gerçekleştirdikleriyle, şimdi ve gelecekte ciddi, verimli çalışmalar üreteceğini bizlere müjdeliyor.

Türkiye'de on binlerce kişiyiz...Ankara ve çevresinde binlerce kişiyiz. Hepimiz aynı çatı altında birleşerek aynı yöne koşmaya başlarsak...

Hep bir ağızdan aynı şarkıyı söylersek...

Bizi herkes duyar.

### Gelin,

Kendiniz ve sevdikleriniz için;

### Gelin,

İnsanlık adına doğru şeyler yapmak için;

### Gelin,

Yaşamınıza erdemli bir anlam yüklemek için;

### Gelin, ve...

gücünüzü harekete geçirin.

### Bugün

sizin yarattığınız bu güç

### yarın

belki sevdiğiniz birinin

belki de kim olduğunu, nerede ve nasıl yaşadığını hiç bilmeyeceğiniz birinin

**mutlu olmasına neden olacaktır.**

MS'li hasta ve ailelerinin birlikteliğini geliştirmek ve sorunlarını hafifletebilmek için yürüdüğümüz sevgi dolu, emek dolu, paylaştıkça büyüyeceğiniz bu yolda; bizlerle omuz omuza yürümeye davet ederek sizleri gücünüzü harekete geçirmeye çağırıyoruz.

Saygılarımla

# TÜRKİYE MULTIPL SKLEROZ

KOMİSYONLAR FAALİYETLER KOMİSYONLAR FAALİYETLER KOMİSYONLAR FAALİYETLER KOMİSYONLAR FAALİYETLER KOMİSYONLAR FAALİYETLER KOMİSYONLAR FAALİYETLER



## TAŞINDIK...

Geçmiş dönem dernek faaliyetlerinin yürütüldüğü Yunus Nadi Sokak'tan, merkezî bir yer olan **Meşrutiyet Caddesi 46/10 Kızılay** adresine taşındık.

Yeni merkezimizin bakım ve onarımını yaptıran Sn. Sedat SEÇKİN'e; son derece titiz ve zevkli seçimlerle hiçbir fedakârlıktan kaçınmayarak bizlere nezih, pırl pırl bir çalışma ortamı hazırlayan Sn. Mustafa GÜNGÖR'e; her aşamada desteklerini esirgemeyen Sn. Memduh ŞEN'e teşekkür ediyoruz...

## AÇILIŞ...AÇILIŞ...AÇILIŞ...

Taşınma, yeni merkezin düzenlenmesi ve gerekli alt yapı çalışmalarını bitirince 27 Eylül 2003'te merkezimizin ve 5.Çalışma Döneminin açılışını yaptık.



Mustafa Güngör'e teşekkür plaketi



Ankara Valisi Sn. Yahya GÜR, Çankaya Belediye Başkanı Sn. Haydar YILMAZ, TRT Redaktör Spikeri Sn. Nermin TUĞUŞLU açılıшта...



Yönetim Kurulu Başkanı Sn. Samiye ATA'nın açılış konuşması



Üye ve konuklarımızdan bir grup

Ankara Valisi Sn. Yahya GÜR, bizzat katılarak onurlandırdığı açılışımızda, varlıkları ve verdikleri mesajlarıyla çalışmalarımıza güç ve şevk katmışlardır. Kendilerine teşekkür ediyoruz.

Çankaya Belediye eski Başkanı Sn. Haydar YILMAZ da açılışımıza katılarak bizleri yalnız bırakmamışlardır. Kendilerine teşekkür ediyoruz.

Telgraf çekerek bu günün anlamını ve önemini daha da büyüten Sağlık Bakanımız Sn. Recep AKDAĞ'a, H.Ü. Rektörü Sn. Tuncalp ÖZGEN'e, Keçiören Belediye Başkanı Sn. Turgut ALTINOK'a, Altındağ Belediye Başkanı Sn. M. Ziya KAHRAMAN'a, Yenimahalle Belediye Başkanı Sn. Tuncay ALEMDAROĞLU'na, Mamak Belediye Başkanı Sn. Gazi ŞAHİN'e, TOBB Yönetim Kurulu Başkanı Sn. Rifat HİSARCIKLIOĞLU'na teşekkür ederiz.

Açılış kokteylimizin organizasyonunu üstlenen Dedikodulu Biber Bar'ın sahibi Sn. M.Faik ÖZTÜRK'e katkılarından dolayı teşekkür ediyoruz.

Açılışımızda her zamanki gibi aramızda bulunan çok sevgili üyelerimize, ailelerine, gönüllü çalışan dostlarımıza teşekkür ediyoruz.

## KOMİSYONLAR... FAALİYETLER...

Derneğimizin işlev ve gücünün artırılması yönünde ne tür yaklaşımlar geliştirilebileceğinin belirlendiği, veri akışlarının işlendiği, projelerin geliştirildiği, katkı ve katılımın artırılması çalışmalarının yapıldığı komisyonlarımızda; herkes sorumluluk ve üstlendiği alanda inisiyatif kullanabildiği gibi, kolektif bir ortamda, olağanüstü bir iş yapma kapasitesi de yaratılmaktadır.

# DERNEĞİ ANKARA ŞUBESİ

KOMİSYONLAR FAALİYETLER KOMİSYONLAR FAALİYETLER KOMİSYONLAR FAALİYETLER KOMİSYONLAR FAALİYETLER KOMİSYONLAR FAALİYETLER KOMİSYONLAR FAALİYETLER

## TIP KOMİSYONU

Amacı, üyelerimize tıbbî danışmanlık hizmeti sunmak, hastanelerde MS Üniteleri organize etmek, eğitim amaçlı bilimsel ve sohbet toplantıları düzenlemek, yayın (dergi, broşür, kitap, WEB sayfası...) hazırlamak, fizyoterapi ve psikolojik danışmanlık hizmetleri vermek ve bilimsel araştırmalar planlamak-desteklemek şeklinde özetlenebilir.

Bu amaç doğrultusunda Ankara'daki hemen tüm hastanelerde çalışan ve Multipl Skleroza ilgi duyan nörologlarla iletişime geçilmiş olup diğer branşlarla ilgili organizasyonlar sürdürülmektedir.

**HER CUMARTESİ...HER PAZAR...**

## Fizyoterapi...

Fiziksel yeterliliğin bozulduğu durumlarda uygulanan fizyoterapinin amacı bozulan işlevlerde düzelmeye sağlamak, özür lülük oluşmuşsa bunu azaltmak veya ikincil gelişen problemleri önlemektir.

Dernek binamızda, Hacettepe Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulunun katkılarıyla ve Doç. Fzt. Kadriye Armutlu'nun koordinatörlüğünde, FTR hizmetleri verilmektedir. Siz de bu hizmetler hakkında bilgi almak, yararlanmak istiyorsanız, derneğimize baş vurabilirsiniz.

**HER CUMARTESİ...HER PAZAR...**

**HER SALI...HER PERŞEMBE...**

## HAVUZ GRUBU

Bu grup, MS tedavisinde su içi egzersizlerin yarar düşünülerek oluşturulmuştur. Vücut ısısını artırmaması; suyun kaldırma kuvveti veya suyun direncinden yararlanılarak egzersiz çeşitliliğinin artırılabilmesi; su ısısının rahatlatıcı etkisi gibi yararları havuz tedavisini cazip hale getirmektedir. Bilinçli yapıldığında kas iskelet sistemi yanı sıra kalp sağlığı açısından da çok gereklidir. Tabii en önemlisi de, denizden uzakta bir şehirde yaşadığımız için, yüzmeye olan hasretimizi sona erdirmesidir. Eğlenceli ve yararlı olan bu tedaviye katılımlarınızı bekliyoruz...

Havuz konusunda vermiş olduğu destekten dolayı, Gençlik ve Spor İl Müdürü Sn. Ahmet SAĞLAM'a ve bu çalışmalarda bizi yalnız bırakmayan Sn. Nezir ÖNAL'a teşekkür ederiz.

**HER SALI...HER PERŞEMBE...**

## YAYIN KOMİSYONU

Türkiye'de yayımlanan ilk MS dergisi olan **Yaşamsal**, yayın komisyonunun özverili çalışmalarıyla hayat bulmuştur. **Yaşamsal**, hem en doğru ve yeni bilgilerin ilgilene herkese ulaşmasını sağlamak, hem de MS'li hastalarla tıbbî kadroların, ilgili kurum ve kuruluşların bir araya geldiği bir aileye ev sahipliği yapmak arzusundadır. Siz dostlarımızın katkıları ve eleştirileriyle en doğru çizgiyi yakalayacağımıza inanıyor ve desteklerinizi bekliyoruz.

## Yaşamsal'ı okuyun

### Okutun...Abone olun.

Washington'da bulunan değerli üyemiz Sn. Feride Tanç; Amerikan MS Derneğinin yayınlarından dört kitapçığı ve dört broşürü çok titiz ve seri bir çalışmayla tercüme ederek bizlere ulaştırdı. Yayın Kurulu olarak kendisine teşekkür ediyoruz.

### Kitapçıklar;

1. MS ile Yaşam, (Basıldı)
2. Stres ve MS (Basıldı)
3. MS'li Hastanın bakımı (Baskıda)
4. MS ve Beslenme (Baskıda)

### Broşürler;

1. Evet, MS ile Hayatı Sevebilir ve İyi Bir Yaşam Sürebilirsiniz,
2. MS'li Kişi Hastalığını Başkalarına Nasıl Söylemeli?
3. Acaba Çalışabilir Miyim?
4. Kısa Bilgiler konularındadır.

## HUKUK KOMİSYONU

Her başvurumuzda bizi hep aynı sıcaklıkla karşılayan, çalışmalarımızda bizimle aynı heyecanı paylaşan sevgili dost Avukat Dilek Dermancıoğlu, hasta ve yakınlarının MS'ten kaynaklanan hukukî problemlerine danışmanlık düzeyinde hizmet vererek üyelerimize destek oluyor. Kendisine teşekkür ediyoruz.

## SOSYAL FAALİYETLER KOMİSYONU

Amacı:Yönetim Kurulu, komisyonlar ve gönüllü çalışan üyeler arasındaki işbirliğini sağlamak; dernek kurulları ile hasta ve yakınları arasındaki ilişkiyi kuvvetlendirmek; hasta ve yakınlarının istek ve sorunlarını tespit ederek Yönetim Kurulu'na bildirmek; dernek çalışmalarını hasta ve yakınlarına duyurmak ve katılımlarını sağlamak; önemli günlerde önceden projelendirilmiş faaliyetlerle birlikte gelir getirici aktiviteler düzenlemek.



Sosyal Faaliyetler Komisyonu, hasta ve yakınlarının daha aktif ve renkli bir sosyal yaşama çekilmesi için tiyatro ve sinema günleri, koro çalışmaları, dernekte müzik yayını, kitaplık oluşturmak gibi faaliyetleri de planlamaktadır

KOMİSYONLAR FAALİYETLER KOMİSYONLAR FAALİYETLER KOMİSYONLAR FAALİYETLER KOMİSYONLAR FAALİYETLER KOMİSYONLAR FAALİYETLER KOMİSYONLAR FAALİYETLER

KOMİSYONLAR FAALİYETLER KOMİSYONLAR FAALİYETLER KOMİSYONLAR FAALİYETLER KOMİSYONLAR FAALİYETLER KOMİSYONLAR FAALİYETLER KOMİSYONLAR FAALİYETLER

# TÜRKİYE MULTİPL SKLEROZ DERNEĞİ ANKARA ŞUBESİ

KOMİSYONLAR FAALİYETLER KOMİSYONLAR FAALİYETLER KOMİSYONLAR FAALİYETLER KOMİSYONLAR FAALİYETLER KOMİSYONLAR FAALİYETLER KOMİSYONLAR FAALİYETLER KOMİSYONLAR FAALİYETLER

## Ev Ziyaretleri

Tıbbî, moral ve sosyal destek sağlamak üzere ev ziyaretleri yapılmaktadır..

Bu amaçla yapılan ev ziyaretleri moral sağlamanın yanı sıra hastalıkla mücadele sırasında yapılan bilgi eksikliklerini de gidererek son derece yararlı olmuştur.



"Sosyal Komisyon üyeleri, Sayın Hülya Çanakçı'nın ev ziyareti sırasında..."

## GENÇLİK KOMİSYONU

Sayın Fuat Sarıkaya başkanlığındaki komisyon, genç MS' liler için çeşitli sosyal ortamlar yaratmak amacı ile kurulmuştur. Bu ortamlar yeni arkadaşlar edinmeyi, dostlukları pekiştirmeyi ve bir arada hareket ederek dayanışma ortamı oluşturmayı sağlamaktadır. Hep birlikte sinema, tiyatro, konser keyfi yaşamak... İsterseniz, sizi de bu komisyona katılmaya davet ediyoruz...



Gençlik Komisyonu "Fadik Kız" adlı tiyatro oyununda...

HER SALI...HER SALI...HER SALI...HER SALI...HER SALI...HER SALI...HER SALI...HER SALI...

## Kurslar...Kurslar...Kurslar...Kurslar...Kurslar...Kurslar...

MS'li hasta ve yakınlarının yetenek ve ilgisine göre belirlenecek faaliyetleri gruplandırarak kurslar düzenlenmektedir.

Sayın Meltem Hatipoğlu, ahşap, cam, kumaş, polyester boyama teknikleri konusunda kurs vermekte ve çalışmalar yaptırmaktadır. Kendisine ve bu çalışmalara katılan bütün değerli üyelerimizle gönüllülerimize teşekkür ediyoruz. Üretilen ürünler, çeşitli kermeslerde satışa sunularak derneğimize maddî gelir sağlanmaktadır.

Ayrıca Derneğimizde takı tasarımı, ebru ve bilgisayar kurslarının verilmesi de planlanmaktadır.



HER SALI...HER SALI...HER SALI...HER SALI...HER SALI...HER SALI...HER SALI...HER SALI...

# 10.YIL...

*Derneğimizin Ankara Şubesinin kuruluşunun 10.Yılıni ve MS Haftasını, Mayıs ayında çok coşkulu etkinliklerle kutlayacağız. Bu etkinliklerden ilki 21 Mayıs 2004 tarihinde Ankara Hilton SA'da değerli sanatçımız Sayın Safiye Soyman'ın sahne alacağı 10.Yıl Yemeğiyle kutlanacaktır. Ayrıca derneğimiz tarafından 29 Mayıs 2004'de Beypazarı'na günübirlik bir gezi düzenlenecektir. Bu organizasyonlara katılmak isteyen dostlarımız bizi 435 82 20 numaralı telefonumuzdan arayabilirler.*

*MS'le yaşamak bir mücadeledir; ama sonuç alınabilecek bir mücadeledir.*

## MULTİPL SKLEROZ PANELLERİ

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı (HÜTF Nöroloji ABD) ve Türkiye Multipl Skleroz Derneği Ankara Şubesi'nin işbirliği ile düzenlenen Multipl Skleroz Panelleri'nin ilki 21 Mayıs 2003 tarihinde, ikincisi ise 18 Ekim 2003'te Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kültür Merkezi R Salonunda düzenlenmiştir. Bu toplantıların amacı hastaların ve hasta yakınlarının Multipl Skleroz konusunda bilinçlendirilmeleridir. Ayrıca toplantılar sırasında hasta-hasta yakını-doktor-fizyoterapist ekibi için uygun bir diyalog ortamı oluşturulmuştur.

Toplantıların ilki, Multipl Skleroz Haftası olarak kutlanan 19-25 Mayıs 2003 tarihleri arasında basın ve toplumun dikkatini bu hastalığa çekmek ve süregelen yanlış inanışları kırmak amacı ile düzenlenmiştir. Bu toplantıda, Prof. Dr. Rana Karabudak önderliğinde farklı disiplinlerden gelen genç konuşmacılar, hastalığa ait değişik noktaları vurgulamışlardır. Toplantı, Prof. Dr. Rana Karabudak'ın giriş konuşması ile başlamış, ardından HÜTF Nöroloji ABD'nden:

Dr. Murat Arsava "MS'de Göz Tutulumu, Ortaya Çıkan Bulgular ve Tedavi Yaklaşımları"

Dr. Aslı Kurne "MS'de Ortaya Çıkan Semptomlar ve Semptomatik Tedavi" HÜTF Üroloji ABD'nden:

Dr. Cem Akbal "MS'de Üriner Sistem Tutulumu ve Tedavisi" HÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulundan:

Fzt. İlke Keser "Fizyoterapi'nin MS'de Kazandırdıkları"

Avukat :

Dilek Dermancıoğlu "MS Hastalarının Günlük Yaşamda Sık Karşılaştıkları Hukuki Sorunlar ve Çözümleri"

konularında ayrıntılı bilgi vermişlerdir.

Konuşmalar sırasında ve sonrasında hastalarımız konulara aktif olarak katılmış ve karşılaştıkları sorunlar üzerine sorularını yöneltmişlerdir. Toplantı sürecinde, MS tanısı ile izlenen hastalarımız ve hasta yakınları da bu hastalığın yaşamlarına olan etkileri, başa çıkma yöntemleri ve hastalığa ait deneyimlerini paylaşmışlardır. Bu doğrultuda yapılmış olan ikinci toplantı, HÜ Rektörü Prof. Dr. Tunçalp Özgen'in açılış konuşması ile başlamıştır. Ardından Türkiye MS Derneği Ankara Şubesi tarafından Prof. Dr. Rana Karabudak'a, konuya özveri katkılarından dolayı teşekkür plaketi sunulmuştur.

Toplantının bilimsel kısmında;

HÜTF Nöroloji ABD'nden:

Prof. Dr. Rana Karabudak "MS'de Geliştirilmekte Olan Yeni Tedaviler"

Dr. Aslı Kurne "MS'de İmmunomodülatuar Tedavi Yaklaşımları"

Dr. Kayıhan Uluç "MS'de İmmunosupresör Tedavi Yaklaşımları"

Dr. İrem Çıkrıkçı "MS'de Sık Sorulan Sorular ve Yanıtları"

HÜTF Üroloji ABD'nden:

Dr. Cem Akbal "MS'de Sık İzlenen Ürolojik ve Cinsel Sorunlar ve Tedavileri"

HÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulundan:

Doç. Fzt. Kadriye Armutlu "Fizyoterapi'nin MS'deki Yeri ve Önemi"

Uzm. Fzt. Arzu Güçlü Gündüz "MS'de Spastisite ve Fizyoterapi Yaklaşımları"

Uzm. Fzt. İlke Keser "MS'de Denge ve Koordinasyon Egzersizleri"

Uzm. Fzt. Meral Boşnak "MS'de Solunum Problemleri ve Yürüme Yardımcıları"

Türkiye MS Derneği Ankara Şubesinden:

Dernek Başkanı Fzt. Samiye Ata "MS Derneği, Geleceğe Yönelik Planlar ve Faaliyet Raporu"

Dr. Özcan Ertürk "MS Derneği'nin Oluşumu, Çalışma Komisyonları ve Faaliyetler" konularında bilgiler verdiler.

İkinci toplantıda katılımın çok daha yüksek olması, hastalarımız için bu tip organizasyonların yararını ve gerekliliğini ortaya koymuştur. Ayrıca Türkiye MS Derneği Ankara Şubesi ile Hacettepe Üniversitesi'nin bu konudaki işbirliğinin hastalarımızın motivasyonunda son derece önemli olduğu gözlenmiştir. Bu toplantıda, sanatın farklı dallarına ilgi duyan hastalarımız çalışmalarını paylaşmış; böylelikle, her bireyin üretici ve katılımcı olarak yaşamlarını daha güzel kılacakları ve görülmüştür. Beğenilen ürünler yine hastalar ve hasta yakınları tarafından oylanarak değerlendirilmiş ve dereceye girenler, daha sonra farklı bir toplantı ile Türkiye MS Derneği Ankara Şubesi'nde ödülleri almışlardır. Bu toplantıların düzenli aralıklarla, farklı katılımcıların desteğiyle ve en önemlisi de hasta ve hasta yakınlarımızın aktif çabalarıyla ileride de düzenlenmesi planlanmaktadır. Bu organizasyonlarda, MS'de sıkça karşılaşılan farklı sorunlar ve çözüm yolları, konuya ait uzman kişiler tarafından tartışılacaktır.

Dr. Aslı Kurne

Fzt. İlke Keser

Derneğimizin üyesi bulunduğu **MSIF** (Multiple Sclerosis International Federation) geleneksel olarak iki yılda bir, üye ülkelerden birinde, uluslararası konferans düzenlemektedir. "**International MS Conference**" son olarak **20-24 Eylül 2003** tarihlerinde **Berlin**'de gerçekleştirildi. Türkiye Multipl Skleroz Derneği Genel Merkezi olarak katıldığımız bu toplantıda, aşağıda başlıkları verilen konularda çeşitli sunumlar yapıldı:

### BERLİN, 20 - 24 Eylül 2003

#### 21 Eylül 2003, Pazartesi:

1. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler
2. Münih'te Kurulan Sylvia Lawry Merkezi'nin Amaçları ve Elde Edilen İlk Sonuçlar
3. MS'de Son Gelişmeler

#### 22 Eylül 2003, Salı:

1. Sponsorların Bulunması
2. Derneğimizi Basın ve Kamuoyunda Nasıl Daha İyi Tanıtabiliriz?
3. Federasyonun Yayınladığı **MS in Focus** Dergisinin Derneklerin Yayınlarına Katkısı
4. MS Hemşiresi Yetiştirilmesi
5. MS Derneği Bünyesinde Hukukî Danışma Biriminin Kurulması

#### 23 Eylül 2003, Çarşamba:

1. İletişimdeki Yenilikler ve Genç MS'li İçin Yeni Ufuklar
2. MS'in Aileler Üzerindeki Malî Yükünün Uluslararası Boyutta Araştırılması
3. MS'in Başlangıç Döneminde Fizyoterapinin Önemi
4. Yeni MS Tanısı Konmuş Kişiler İçin Özel Birim Oluşturulması
5. MS ve Cinsel İşlev Bozuklukları
6. Çocuklukta ve Gençlikte MS'in Yol Açtığı Zihinsel Sorunların Eğitim Üzerine Etkisi
7. MS ve Spor
8. Çocuklarda MS Tanı ve Tedavisi

### TÜRKİYE MULTİPL SKLEROZ DERNEĞİ

Büyükdere Caddesi Hukukçular Sitesi No:24  
Kat:2 Daire:1 Mecidiyeköy 80290 İSTANBUL

Tel: 0212 275 22 96 - 97

Fax: 0212 265 94 20

# MS DÜNYASI

## YAPILMIŞ VE YAPILACAK TOPLANTILAR

### ECTRIMS'DEN HABERLER

The European Committee for Treatment and Research in Multiple Sclerosis (ECTRIMS) Multipl Sklerozla ilgili araştırmaların sunulduğu ve tartişıldığı, düzenli olarak her yıl farklı ülkede gerçekleştirilen bir kongredir. Bu yıl ECTRIMS İtalya'nın Milano şehrinde yapılmıştır.

Hacettepe Üniversitesi MS Ünitesi öğretim üyeleri ve araştırma görevlileri bu kongreye her yıl düzenli olarak katılmaktadırlar. Milano'da 19'uncusu gerçekleştirilen bu yılki kongreye; Hacettepe Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu öğretim üyelerinden Doç. Fzt. Kadriye Armutlu, araştırma görevlilerinden Uz. Fzt. İlke Keser, Uz. Fzt. Meral Boşnak ve Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Nöroloji Anabilim Dalı araştırma görevlilerinden Dr. Aslı Kurne katılmıştır.

Bu kongrede sunulan ve MS e farklı bir bakış açısı getiren araştırmaları bilginize sunmak amacıyla özetledik.

Doç.Fzt. Kadriye Armutlu

### ECTRIMS'TE REHABİLİTASYON İLE İLGİLİ SUNULAN ÇALIşMALAR DAN ÖRNEKLER

\* Multipl Skleroz Yürüme Skalası-12'nin MS yürüyüşündeki farklılıkları ve değişimleri iyi yansıtan bir ölçek olduğu saptanmış,

C. McGuigan ve ark.

\* Nöropsikolojik rehabilitasyon programlarında kognitif terapinin MS hastaları üzerinde olumlu etkileri olduğu gösterilmiş,

M. Falautano ve ark.

\* Statik Yorgunluk İndeksi'ndeki yükseklik, MS'li hastalarda izometrik egzersizlerin daha fazla kassal yorgunluğa neden olduğunu ortaya koymuş; rehabilitasyon programlarında izometrik egzersizlerin kullanılmasının yararlı olduğu, ancak dikkatli kullanılması gerektiği gösterilmiş,

N. Çetişli Korkmaz ve ark.

\* Kalça fleksorleri ve Musculus Tibialis Anterior'daki kassal yorgunluğun, MS'li hastalarda, yürüyüş yorgunluğunu önemli derecede arttıran bir faktör olduğu bulunmuş,

A. Güçlü ve ark.

\* Kraniosakral terapi kullanılarak pelvik taban kaslarına uygulanan rehabilitasyon programının, MS'li hastaların idrar kaçırma problemlerini olumlu yönde etkilediği rapor edilmiştir.

D. Nitzani ve ark.

### TEMEL ve KLİNİK NÖROİMMÜNÖLOJİ KURSU II & KLİNİK NÖROİMMÜNÖLOJİ SEMPOZYUMU III



1 - 4 Nisan 2004  
Sheraton Otel Çeşme

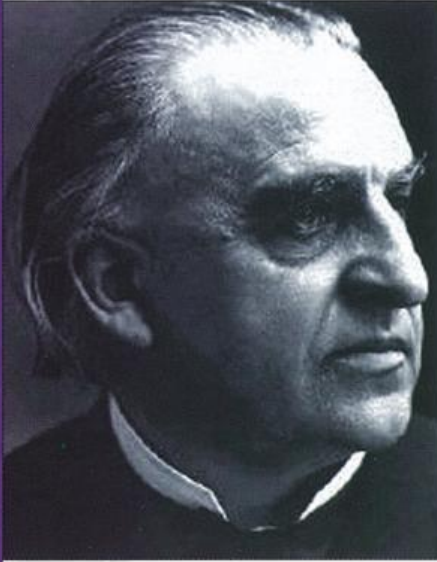
### ANKARA MS ÇALIşMA GRUBU

Yıllardır ortak çalışmalarını düzenli şekilde sürdüren Ankara MS Çalışma Grubu 2003 - 2004 yılı programına geçtiğimiz aylarda başladı. İlk toplantısını derneğimizde yapan grup aylık toplantılarının ikincisini İbn-i Sina Hastanesinde, üçüncüsünü ise Başkent Üniversitesinde gerçekleştirdi. Ankara'da bulunan Üniversite, Devlet Hastanesi, SSK Hastanesi, Özel Hastane ve merkezlerde çalışan ve özellikle MS ile ilgilenen hekim ve fizyoterapistlerin katıldığı toplantıların gündeminde, olgu sunum-tartışmaları, seminerler, literatür sunum ve taramaları yer alıyor.



# Dr. Jean Martin Charcot

Dr. İ. Özcan ÖZTÜRK



Jean Martin Charcot (1825-1893)

Klinik nörolojinin "baba"larından olan Jean Martin Charcot, 29 Kasım 1825'te, Paris'te doğdu. Ailesinin kökeni Campagne'den gelmekteydi. Çocukluğunda da tüm yaşamında olduğu gibi sessiz, sakin, az konuşan bir kişiydi. Tıpla ilgisi küçük yaşlarda başladı; 23 yaşında Paris Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. Doktora tezini gut ve kronik romatizma üzerine yaptı. 1856'da Central Bureau Hastahanesinde göreve başladı. 1860'da Paris Üniversitesi Tıp Fakültesinde Patolojik Anatomi profesörü olduğunda 35 yaşında idi. İki yıl sonra Salpetriere Hastahanesine geçti. Hastahane Charcot'dan önce, Leon Jean Baptiste Cruveilhier

(1791-1874) ve Ernest-Charles Lasegue (1816-1883) gibi ünlü hekimler görev almışlardı. Ancak hastahane, Jean Martin Charcot'un karizmatik önderliğinde en parlak dönemini yaşadı ve Charcot, Avrupa'da zamanının en önemli nöroloji kliniğini kurdu.

Charcot, nörolojik hastalıklarla ilişkili önemli gözlemlerde bulundu ve birçok nörolojik konuda yazılar yazdı. 1868'de ilk kez Multipl Skleroz (MS) tanısını koydu; Dr. Jean Martin Charcot'un klinikopatolojik tanımlaması, bugün dahi geçerliliğini korumaktadır:

"Histolojik kesitlerde MS plakları perivasküler inflamasyon ve demyelinizasyon içerirler. Plaklar santral sinir sisteminde beyaz cevher içinde herhangi bir yerde yerleşebilirler. En sık etkilenen bölgeler şunlardır:

- Optik sinirler
- Beyinsapı
- Serebellum
- Spinal kord

Klinik belirtiler lezyonların lokalizasyonu ile ilişkilidir. Serebral hemisferlerde plaklar sıklıkla periventriküler dağılım gösterirler. Plaklar kortekse komşu yerleştiklerinde subkortikal myelinli lifler sıklıkla korunurlar.

Gri cevhere yakın yerleşen plaklar; derin nükleuslar ve korteks gibi gri cevher yapılarına da yayılabilirler. Aksonlar başlangıçtaki lezyonlarda korunurken, daha sonraki aşamalarda hasar görürler."

O, MS'i bilimsel olarak ilk tanımlayan kişi olup, klasik klinik semptomları bugün Charcot Triadı (nistagmus, intansiyonel tremor ve yayvan konuşma) olarak bilinmektedir.

Jean Martin Charcot histeri, lokomotor ataksi, hipnoz ve afazi üzerinde de çalışmalar yaptı. Serebrospinal sklerozis kendinden sonra Charcot Hastalığı olarak isimlendirildi. Uluslararası üne kavuşan Charcot, 1881'de Amerika Nöroloji Birliği onur üyeliğine seçildi. 1866-1878 yılları arasında kronik hastalıklar, geriatrik hastalıklar ve özellikle sinir sistemi hastalıkları ile ilişkili düzenli dersler verdi. Tüm dünyadan öğrencileri oldu; bunlardan bazıları şunlardır: Sigmund Freud, Joseph Jules Babinski, Pierre Marie, Vladimir Michailowich Bekhterev, Albert Edouard Brutus Gilles de la Tourette ...

Modern nörolojinin kurucusu ve ilk nöroloji profesörü olan Charcot'un tartışılmaz özellikleri gözlemciliği, öğretme arzusu,

# Dr. Jean Martin Charcot

yazarlık ve yöneticiliğidir. Onun adı en az 15 medikal eponimle ilişkili olup en çok bilineni Charcot-Marie-Tooth hastalığıdır. Diğer bazıları ise şunlardır:

- Charcot hastalığı,
- Charcot ödemi
- Charcot ateşi
- Charcot eklemi
- Charcot sendromu
- Charcot triadı
- Charcot vertigosu
- Charcot zonları
- Charcot-Bouchard anevrizması
- Charcot-Leyden kristalleri
- Charcot-Neumann kristalleri



Tüm gün aralıksız olarak çalışan Charcot'un kütüphanesindeki lamba gece saat 02:00'de de yanardı. Boş zamanlarındaki tek zevki müzik idi; Ludvig van Beethoven favori bestecisiydi. Perşembe akşamlarını tümüyle

müziğe ayırmıştı; hiç kimse kendisine, tıpla ilgili tek bir sözcük bile söyleyemezdi. Charcot aynı zamanda yetenekli bir artist ve büyük bir hayvan dostuydu; bu sebeple daima hayvanlar üzerindeki deneylerden kaçınmıştır. Kapısına şu yazıyı asmıştı: "Vous ne trouverez pas une clinique des chiens chez moi" ("Kliniğim de köpek bulamazsınız"). Her sabah hastahanesinin merdivenlerinden kıyıya iner ve cebinden çıkardığı ekmeğin parçalarını hayvanlara verirdi. Hayvanların beslenmesi sırasında konuşmazdı; muhtemelen İngilizlere karşı duyduğu antipatinin nedeni onların tilki avlarından dolaydı.

heykeli dikildi. Heykel 1942'de Nazi işgali sırasında tahrip edildi.



Charcot'un oğlu Jean Baptiste, 15 Temmuz 1867'de Paris yakınlarında doğmuştu. Babasının isteğiyle doktor oldu; ancak, onun en büyük sevgisi denize ve deniz yolculuğuna idi. 35 yaşında iken Paul Emile Victor'a "Babamın oğlu olmak dışında hiç bir şeyim" diyecek ve bu durumdan hoşnutsuzluğunu ifade edecekti. Jean Baptiste, 1896'da ünlü şair

**Charcot, nörolojik hastalıklarla ilişkili önemli gözlemlerde bulundu ve birçok nörolojik konuda yazılar yazdı. 1868'de ilk kez Multipl Skleroz (MS) tanısını koydu; Dr. Jean Martin Charcot'un klinikopatolojik tanımlaması, bugün dahi geçerliliğini korumaktadır.**

Jean Martin Charcot'un sağlığı, 1890'dan sonra bozulmaya başladı. Birçok kez anjina atağı geçirdi ve 68 yaşında (16 Ağustos 1893), Morvan gezisi sırasında pulmoner ödem sonucu öldü; arkasında hekim olmasına karşın, daha sonra bilimsel gezginliği tercih eden oğlu, Jean Baptiste'i bıraktı. Ölümünden sonra, nörolojiye inanılmaz katkılarından dolayı Salpêtriêre Hastahanesi'ne bronz

ve yazar Victor Hugo'nun torunu ile evlendi; ancak, evliliği uzun sürmedi. Bir süre daha hekimlik yaptıktan sonra, yaptırdığı muhteşem FRANÇAİS gemisi ile zorlu bilimsel keşif yolculuklarına çıktı. Bunlardan en önemlisi Güney Kutup yolculuğudur. Kaptan Scott, O'nun için "kutup beyefendisi" tanımını kullanmıştır.

Dr. İ. Özcan Ertürk

# Multipl Skleroz Hastalarında Beslenme İlkeleri

Prof.Dr.Gülden Köksal

Düşüncelerin harekete dönüşmesinde rol alan emirleri taşıyan, ayrıca, organizmanın canlılığını sağlayan istek dışı davranışlara yön veren oluşumların tümü sinir sistemi içinde yer alır. Bu sistem beyin ve omurilikten oluşan merkezî sinir sistemi ile merkezden çıkıp organlara dağılan periferik sistemi içerir. Sinir sisteminin oluşumu, gelişmesi ve işleyişi bireyin beslenme durumu ile yakından ilişkilidir. Sistemin gelişmesinde, miyelin kılıfının onarılmasında ve sinir hücrelerinin metabolizmasında özellikle protein, karbonhidrat ve lipidlere gereksinim duyulmaktadır. Sodyum, potasyum ve diğer elektrolitler serebrospinal sıvıyı etkilemekte ve sinir hücrelerinin uyarılma yeteneğini artırmaktadırlar. Vitaminler -özellikle B grubu vitaminleri- sinir sistemi metabolizmasında önemli rol oynamaktadırlar. Ayrıca beyin çalışması, bazal metabolizma enerjisinin bebekte % 44'ünü, yetişkinde %19'unu oluşturmakta; yeterli ve dengeli beslenme, hem sinir sisteminin hem kas sisteminin çalışmasında ve onarılmasında etkili olmaktadır.

Multipl Skleroz (MS), genetik ve çevresel etkenlerin birleşimi ve etkileşimi ile oluşan otoimmün reaksiyonlar sonucu gelişen, merkezî sinir sisteminin demyelinizan hastalığıdır. Etiyolojisine ve patogenezine bakıldığında enfeksiyonlar, beslenme yetersizlikleri, hayvansal kaynaklı yağların çokça tüketilmesi, endojen ve eksojen nedenler, vasküler bozukluklar, alerjik reaksiyonlar gibi birçok etkenin rolü tartışılmalı olarak görülmektedir. MS gelişmesinde çevresel etmenlerin rolü önemlidir. Önemli çevresel etmenler olarak hem bakteriyel hem de viral enfeksiyonlar, MS ataklarını başlatmaktadır. **Multipl sklerozun etiyolojisinde beslenmenin rolü ile doğrudan ilgili bir kanıt yoktur.** Epimediyojik çalışmalarda, doymuş yağ asitlerini yüksek düzeyde alan ülkelerde MS riskinin daha yüksek, çoklu doymamış yağ asitlerini daha çok tüketen ülkelerde ise riskin daha az olduğu gösterilmiştir.

Beslenme tedavisine baktığımızda, besin ögesi olarak yağlar, sağlığımız için önemlidir ve günlük besinlerle normal bir düzeyde tüketildiğinde vücut işlevleri için gereklidir. Yağlar doymuş ve doymamış yağ asitleri olarak içerdikleri karbon sayısına göre sınıflandırılırlar. Doymamış yağ asitleri, karbon zincirinde bir veya daha fazla çift bağ bulunan yağ asitleridir. Doymamış yağ asitleri içinde iki önemli grup yağ asidi bulunmaktadır. Bu yağ asitleri Omega 3 ve Omega 6'dır. Her iki grup yağ asidi de, vücut tarafından sentezlenemediği için

elzemdir. Yani besinlerimizle mutlaka alınması gereklidir. Omega 3 (w-3) ve Omega 6 (w-6) yağ asitlerinin her ikisi de, myelin kılıfı ve beyin dokusunun bileşimleri olarak merkezî sinir sistemi için önemlidir. Enfeksiyona karşı gelişen reaksiyonlar, normal olarak enfeksiyona sebep olan ajana karşıdır; ancak kontrol edilmemiş aktivasyonlar sonucu vücudun bu doğal koruma mekanizmaları, yine vücuda özgü mekanizmalara da hasar verebilmektedir. Yapılan bir çok çalışmada Omega 3 yağ asitlerinin antitrombotik ve antiinflamatuvar etkileri olduğu saptanmıştır. Bu yağ asitleri açısından yetersiz beslenme sonucu, hem hayvan hem de insanlarda nörolojik semptomlar, görmede kayıplar, büyüme geriliği ve deri lezyonları gelişmektedir. Özellikle Omega 3 yağ asitlerinin eritrosit, endotel, monosit gibi hücre membran yapısında olumlu işlevleri olduğu kanıtlanmıştır.

Bu yağ asitleri bakımından fakir bir diyet uygulandığında, PGE2'de artış olur. PGE2, MS oluşumunda da etkilidir. Son yapılan çalışmalarda MS hastalarının beyin omirilik sıvısında PGE2 artışı saptanmıştır. Omega 3 yağ asitleri, hücre membran yapısına girerek vücut savunma sistemini güçlendirmektedirler. Burada PGE2 ve Lökotrien B4 yapımını azaltmakta, PGE3 ve lökotrien B5 sentezi artmaktadır. PGE3 ve lökotrien B5'in daha düşük inflamatuvar etkileri bulunmaktadır.

Myelin kılıfının %70'i yağdır. Bu yağın 3/1'i çoklu doymamış yağ asididir ve W-6/W-3 yağ asitlerinin düşük düzeyleri birçok MS'lilerin eritrositlerinde gösterilmiştir. Bu durum hastalığın ilerlemesinde etken bir nedendir. W3 ve W6 yağ asitleri elzemdir. a Linolenik asit eikosapentaenoik asit (EPA) ve dokozaheksaenoik asit (DHA) üretimi için substrat olmaktadır. W3 ve W6 yağ asitleri eikosanoid metabolitlerinin (prostaglandinler, lipoksiler, tromboksanlar ve lökotrienler) tek öncüleridir. Antiinflamatuvar özellikleri yanında immunmodülatör etkileri vardır.

Yapılan bir çalışmada 34 yaş üzeri MS'li hastalarda yağ tüketimine bakılmış ve 20g/günden az yağ alanlar ile, 20g/günden fazla yağ alanlar karşılaştırılmıştır. Yağ tüketimi az olan grupta MS'in ilerlemesi ve ölüm prevelansının daha az olduğu rapor edilmiştir. Buna karşın relapsing-remitting MS tipinde linoleik asit (çoklu doymamış yağ asidi) alımının hastalığın ilerlemesini geriletmiş olduğu saptanmıştır. Oysa bu etki ikincil progressif MS'lilerde görülmemiştir.

**MS hastalarında antioksidantlar çok önemlidir. Tıp, bir çok alanda, değişik hastalıkların tedavisi için yeni olanaklar araştırırken, bir yandan da sağlıklı bir yaşam sürdürme, yaşam kalitesini artırma, hastalıkları önleme yolunda yoğun çalışmalar yapmaktadır. Bu alandaki en yoğun çalışmalar da beslenmenin sağlık üzerine etkileri konusundadır. Besinlerdeki posa miktarı; vitaminler; izolemanlar; protein, karbonhidrat ve yağ miktarları; protein, karbonhidrat ve yağların türleri, öğrenilmesi gerekli kavramlar arasındadır. Son dönemlerde de antioksidantlar beslenme biliminde sıklıkla söz edilen ve üzerinde araştırmalar yapılan konular içindedir.**

Antioksidantlar, serbest radikallere karşı etki göstererek bunların vücuda zarar vermesini önleyen, vücut hücreleri tarafından üretildiği gibi besinlerle de alınan bir grup kimyasal maddedir. Kritik ve süregelen hastalıklarda iyileşme ve normal immun yanıt, yeterli ve dengeli beslenmeye bağlıdır. Bu tür hastalarda ve sağlıklı kişilerde oluşan oksidatif stres, özellikle antioksidant düzeylerinde belirgin azalmaya neden olmakta, iyileşme süreci uzayabilmekte ve komplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir. Oksidatif stres, toksik reaktif oksijen araçların, hastanın endojen antioksidan soruma sistemini bozarak fazla oksidan üretimi veya antioksidan savunmanın azalması ile sonuçlanır. Oksidatif stresten doğrudan etkilenen moleküller işlevlerini yitirebilir. Örneğin; membran yağlarının oksidasyonu, hücre bütünlüğünü değiştirir; geçirgenliği kolaylaştırır; membrana bağlanan proteinlerin çalışma ve uyumunu etkiler; DNA'yı parçalayabilir; yapısını değiştirebilir; mutasyonlara neden olabilir.

Antioksidantlar; insan vücudunda oksidatif stres sonucu oluşan reaktif oksijen radikallere karşı savunmada ortaya çıkmaktadır. Bu koruyucu sistem radikal zincir reaksiyonunu durdurabilir veya etkisini daha aza indirebilir. Temel nonenzimatik antioksidan savunucular; tokoferoller, karotenoidler ve askorbik asittir. Bu savunma sistemi %100 etkin olamaz. Bu nedenle, insan vücudu, reaktif oksijen araçların DNA, RNA ve proteinlerde yaptığı hasarı onarmak için enzim sistemleri geliştirmiştir. **Günlük beslenmemiz içinde antioksidanların işlevleri:**

- 1- Reaktif oksijen ve nitrojen türevlerinin oluşumunu azaltır.
- 2- Reaktif oksijen türevlerin oluşumunda gerekli metal iyonları bağlar.
- 3- Endojen enzim savunma sistemini harekete geçirir.
- 4- Biyomoleküllerin oksidatif hasarını onarır,.
- 5- Onarıcı enzimleri uyarır, etkin kılar.

Antioksidan vitaminlerden C vitamini elektron verici özelliği ile demirin (Fe) katalize ettiği reaksiyonları kolaylaştırıcı pro-oksidan olarak görev alır. Antioksidant korumayı sağlamak için C vitamininin, yetişkinlerde, 75 mg/gün alımı önerilmektedir. Sigara içenlerde bu gereksinim artan oksidatif stres ve C vitaminin metabolik

yolu nedeni ile 35 mg/gün artırılır. En iyi kaynakları kuşburnu, maydanoz, yeşil biber, portakal, domates, kivi, yeşil yapraklı sebzeler, lahana ve karnabahardır.

Vitamin E, yağda eriyen vitaminlerden biridir ve lipid peroksidasyonunu önleyen bir antioksidandır. Sekiz doğal formu bulunmaktadır. Sadece alfa-tokoferol türü insanda etkindir. Vitamin E, bulunduğu biyolojik ortamdaki serbest radikal türlerini toplayarak peroksidasyonun erken döneminde zar fosfolipitlerindeki çoklu doymamış yağ asitlerini korumada oksidatif strese karşı ilk savunma hattını oluşturur. Peroksi radikal temizleyicidir, özellikle membran fosfolipidlerini ve plazma lipoproteinlerini korur.

Karg ve arkadaşları, yaptıkları bir çalışmada, MS'lilerde aktif faz boyunca Vit E lipit oranında düşme, okside edilen glutatyonun düzeylerinde artma ve lipit peroksidasyonunda %38'e varan yükselme saptamışlardır. Syburra ve arkadaşlarının yaptığı bir başka çalışmada ise MS hastalarının lenfosit (Vit E, glutatyon peroksidaz) ve plazmasında antioksidan aktiviteleri anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Sonuç olarak diyetle alınan Vit E ve selenyumun hastalığın ilerlemesini engellediği belirtilmiştir.

Yapılan bir başka çalışmada ise; 6 mg sodyum selinit, 2 g askorbik asit, 480 mg alfa tokoferol MS hastalarına 5 hafta süre ile verilmiş ve hastaların eritrosit ve lökositlerinde düşük olan glutatyon peroksidazın aktivitesinde artış olduğu saptanmıştır. Böylece bu hastalarda antioksidanlarla yapılacak destekleyici tedavinin tüm sistemin güçlendirilmesine katkısı olacağı kanısına varılmıştır.

Vitamin E, karaciğer ve yağ dokularında depo edilir. Bu nedenle eksikliği ender olarak görülmektedir. Periferik nöropati gibi yetersizlik semptomlarını önlemek için önerilen alfa tokoferol alımı 15 mg/gündür. Birçok yayın, normal antioksidan etkinin 400 IU vitamin E ile, en üst düzey etkinin 800 IU vitamin E ile oluştuğunu ileri sürmektedir. Sıvı yağlar, yağlı tohumlar, buğday embriyosu ve koyu yeşil yapraklı sebzeler en zengin kaynaklardır.

Selenyum, glutatyon peroksidaz enziminin yapısında selenosistein olarak bulunur ve hücreleri oksidatif stresten korur. Selenyumun antioksidant özelliği ise glutatyon peroksidaz enziminin bileşiminde yer alır. Bu enzim hidrojen peroksiti etkisizleştirerek lipit oksidasyonunun önlenmesinde etkindir. Böylece hücre zarının dayanıklılığı artmış olmaktadır.

MS'li hastalarda, seruloplazminin plazma düzeylerinin yüksek olduğu bildirilmiştir. Seruloplazminin sahip olduğu ferooksidaz aktivitesi sayesinde, güçlü bir oksidatif etkiye sahip olan Fe ++'yi Fe +++'e çevirmekte; bu etkisi sayesinde antioksidan savunmanın güçlenmesine katkıda bulunmaktadır. Hastalığın aktif döneminde üretimi artan

ve makrofajları içine alan başlıca demir depolayıcı molekül olan ferretinden, demir iyonunun salınımına neden olmaktadır. Serbest kalan Fe iyonu da süperoksit ve hidrojen peroksitle reaksiyona girerek peroksinitrit ve hidroksil radikali gibi kuvvetli oksidanların üretimine aracılık etmektedir. Serbest Fe iyonunun MS lezyonlarının gelişimini uyarıcı etkisi vardır.

Yapılan bir çalışmada sık ve seyrek kontrole gelen olmak üzere iki grup MS'li kadın hastalar, uzun dönem tedavi programına alınarak hastaların besin alımları ve biyokimyasal bulguları karşılaştırılmıştır. Sonuçta, çinko (Zn) alımı, sıklıkla kontrole gelen grupta diğer gruba göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Plazma Fe ve albumin değerleri her iki grupta da normal populasyona göre düşük olarak saptanmıştır. **MS'li hastalarda sıklıkla kontrole gelen, yani şiddeti ağır olan hastalarda, özellikle Fe ve Zn gereksinimleri artırılmalı ve tükettikleri diğer besin öğeleri de dikkate alınarak beslenme programları düzenlenmelidir.**

**Önemli bir hasta grubunu kapsayan relapsing-remiting MS'lilerde beslenme önerilerine bakıldığında amaç elzem yağ asitlerini, Folat, vitamin B12 ve antioksidan plazma düzeylerini en üst düzeye çıkarmak olmalıdır.** Enerji gereksinimine bağlı olarak ve bireysel ayrıcalıklar dikkate alınarak çoklu doymamış yağ asitleri içeren sıvı yağlardan 40-50 g/gün, doymuş yağlardan 10 g/gün kullanılmalı; ideal olarak haftada 2-3 kez balık tüketilmeli; doymuş yağ içeren ürünler (düşük yağlı süt, yoğurt) tüketilmeli; hindi ve tavuk etinin yağsız kısımları yenilmeli; günde en az 5 porsiyon sebze ve meyve, özellikle koyu yeşil yapraklı sebzeler tüketilmelidir. Tahıl grubundan ise, kepekli ekmeğe ve kepekli ürünler; az miktarda yulaf, buğday vs. gibi posadan zengin besinler tercih edilmelidir.

Buna karşın doymuş yağ, doku yağları ve katı yağ, margarin içeren kek, bûrek, çikolata, krema vs.den kaçınılmalıdır. Bütün önerilerde olduğu gibi günlük sıvı tüketimi, 1.5-2 lt olup bireysel ayrıcalıklar gösterir. Yağda kızartma ve mangal kullanarak pişirme yöntemleri hatalıdır; aynı zamanda megadoz vitamin ekleri kullanılmamalıdır.

İkincil Prognosif MS tipindeki semptomlar besin alımını etkilemekte; hareket yeteneğinde azalma, yorgunluk, titreme, disfaji depresyon görülmektedir. Bu dönem için kullanılan ilaçların da yan etkileri ortaya çıkmakta; hastada ağız kuruluğu, diare, kusma ve bulantı nedeniyle kilo kaybı görülmektedir. MS hastalarında görülen beslenme sorunları, hastada kilo kaybı oluşturduğu gibi, aşırı hareketsiz olanlarda dengesiz beslenme sonucu şişmanlık da oluşmaktadır. **MS'lilerde düşük folat ve vit B12 alımının megaloblastik anemiye neden olduğu, bunun da yorgunluğu artırdığı ve az enerji harcama nedeniyle kilo alımının artabileceği belirtilmektedir.** Ayrıca kilo alımına etki eden diğer nedenler olarak yağlı besin tüketimi; kortikosteroidlerin, antidepresanların

kullanımı; bazı olgularda da yüksek oranda alkol tüketimi, şekerli besinler ve kola türü içeceklerin tüketiminin çokluğu gösterilebilir.

Bu tür olgularda beslenme programları dengeli ve yeterli düzenlenmeli, sebze-meyve tüketimi artırılmalı, hastaya kişiye özgü eğitim verilerek beslenme alışkanlıkları değiştirilmelidir. Az ve sık beslenme, ara öğünlerle dengelenmeli; yağlı alınmış yoğurt, peynir, süt tüketimi artırılmalıdır. Bitkisel yağların tüketimini artırmak yanında, hastalara fındık ve ceviz gibi yağlı tohumlar verilmelidir.

Beslenmenin düzenlenmesinde bazı besin-ilaç etkileşimine de dikkat edilmeli, kullanılan ilaçların yan etkileri nedeniyle oluşacak kötü beslenme tablosu önlenmelidir. Bunlara birkaç örnek verecek olursak Baklofen (mide bulantısına neden olur, besin alımını azaltır), Metoclopramide (barsak motilitesini artırır, diareye neden olur, iştahı ve besin alımını etkiler), Oxybutynin ( ağız kuruluğu, bulantı, konstipasyona neden olur, besin alımı azalır), Kortikosteroid ( kalsiyum dengesi ile ilişkili olup osteoporoz riskini artırır).

#### Hastalarda Uygulanacak Beslenme Programı

Günlük bireysel ayrıcalıklar göz önüne alınarak 0.8-1 g /kg gün protein, günlük fiziksel aktiviteler ve BMH göre düzenlenmiş enerji ve enerjinin %25-30 çoklu doymamış yağlardan gelecek şekilde düzenlenmelidir.

Hastaların, sosis, salam, burger türü yüksek doymuş yağ içeriği olan besinleri tüketmemeleri önerilmektedir. Bir başka görüşle tahıl ürünleri, özellikle gluten (buğday arpa, yulaf, çavdar) içeren maya, bezelye, nohut türleri, bazı kuru fasulye, mercimek gibi besinlerin tüketilmesi de sakıncalı olabilir.

Ek olarak:

- Vit D : 4000 IU/gün
- Ca : 800 mg/gün
- Mg : 800 mg/gün
- Vit A : 5000-10000 IU/gün
- Vit B kompleks : 100 mg/gün
- Vit B12 : 100 mcg/gün
- Vit E : 800 mg/gün
- Zn : 50 mg/gün
- Cu : 2 mcg /gün
- Se : 100 mcg /gün alımları izlenmeli ve önerilmelidir.

#### Öneriler

- Günlük beslenme planına dikkat edilmeli,
- Alkol alımı azaltılmalı,
- Sebze-meyve bol tüketilmeli,
- Yağlı azaltılmış ürünler kullanılmalı,
- Şeker tüketimi azaltılmalı,
- Diyet alışkanlıkları değiştirilmelidir.

# MULTİPL SKLEROZ VE GÖZ

Op.Dr. Aylin Ertan // Op.Dr. Mehmet Bahadır

Merkezî sinir sisteminin, beyaz cevher denilen bölümünde lezyonlara sebep olan Multipl skleroz hastalığında, lezyon lokalizasyonu ile ilişkili olarak çok değişik ve farklı belirtiler ortaya çıkar. Multipl skleroz belirtilerinden çok az bölümü bu hastalığa özel olup visuel, motor, duyuşal, kognitif sistem, koordinasyon ve denge sistemi gibi birçok sistemde aksamalara neden olabilir. Multipl sklerozu olan çoğu hasta, hastalığın erken döneminde bu sistemlerden sadece birinin tutulması ile gelebilir. Hastalığın hemen her döneminde göz ile ilgili belirtiler ortaya çıkabilir ve bazen hastalığın ilk belirtisi de olabilir.

Bu yazıda Multipl skleroz hastalarında sık karşılaşılan göz ve görme ile ilişkili bozukluklar kısa olarak açıklanmaya çalışılacaktır.

## OPTİK NEVRİT

Optik nevrit, optik sinir yani görme sinirinin demyelinizasyonu ve inflamasyonudur. Görme siniri retinadan alınan görme uyarısını beyine taşıyan sinirdir. Optik nevrit Multipl sklerozda en sık görülen semptomlardan birisidir. Optik nevritin Multipl skleroz dışında birçok nedeni bulunur. Hastaların %70'inde tek taraflı olarak başlar, hastaların çoğunda optik sinirde demyelinizasyon vardır.

Optik nevriti olan çocukların %35 gibi bir oranı Multipl skleroz ile ilişkilidir. 50 yaş üzerindeki yetişkinlerde de aynı durum geçerlidir. Nadiren optik nevrit bu grupta ilk nörolojik bulgu olarak karşımıza çıkar ve genellikle de iskemik optik nöropati tanısı konularak takip edilir.

Multipl skleroz hastalığı en tipik olarak 20-40 yaş grubunda görülür. Bu yaş grubunda optik nevritin, 15 yıl içinde Multipl skleroza ilerlediği çalışmalarla gösterilmiştir.

Bu sinir hasar gördüğü zaman;

- bulanık görme
- görme keskinliğinde azalma,
- kısmen veya tamamen renkli görme kaybı,
- kısmî ya da tam körlük
- göz arkasında ağrı meydana gelir.

Görme keskinliğinin azalması optik nevriti olan hastaların %58'inde mevcuttur. Bu semptom hafif bulanık görme düzeyinden, orta derece görme kaybına, ya da şiddetli derecede veya total görme kaybına kadar ilerleyebilir.

Göz ağrısının optik nevritte görülme oranı, %53-88 arasında değişir. Bu ağrı bir grup hastada hiç görülmeyebilir. Göz ağrısı farklı şekillerde seyredebilir;

- sadece göz hareketleri ile meydana gelen ağrı,
- görme keskinliğinde azalma ile birlikte göz ağrısı,
- genel yaygın göz ağrısı,
- gözde odaklanan başağrısı ile birlikte .

Optik nevriti olan hastalarda diğer bir bulgu da diskromatopsi denilen renk görme bozukluğudur. Optik nevritli hastaların tamamında görülür. Diskromatopsinin derecesi Ishihara kartları ve/veya Farnsworth-Munsell hue test ile belirlenir. Optik nevrit tanısında makula bölgesinde inflamasyon görülemiyor ise, discromatopsi en duyarlı testtir.

Sesle ya da göz hareketi sonucunda parlamalar görülmesiyle, optik nevritli hastalarda sık karşılaşılar. Görme alanının daralması ve bu alanda ışık parlamalarının görülmesi de bu hastalarda sık karşılaşılan bir durumdur. Bunlar, kronik olarak seyrederek; hasta özellikle hafif aydınlatılmış odada farkeder. Bu semptomlar muhtemelen optik sinir iletiminde yer yer yavaşlamalar ve kesintilerin olmasından kaynaklanmaktadır.

Sıcak ya da nemli ortamlarda semptomların fazlalaşması, optik nevritli hastaların %58'inde görülür; bu duruma Uhthoff's semptomu denilir.

Visuel evoked potential (VEP), optik sinir iletim hızını ölçen testtir, optik nevrit tanısını koymada kullanılır.

Optik nevrit genellikle tamamen düzelir. Hastaların yaklaşık %65-80'i, 20/30 veya daha iyi görme keskinliği düzeylerine çıkar. Ancak görme düzeyi artmayan hastalar da rapor edilmiştir.

Optik nevritin tekrarlama ihtimali %33 oranındadır. Yukarıda belirtilen Uhthoff's semptomu olan hastalarda tekrarlama riski daha fazladır (%48).

Optik sinir inflamasyonu, makular bölgede (retinada) görülüyorsa, inflamasyon optik sinirin çok gerisine ilerlememiş anlamına gelir. Optik nevrit tedavisinde kortikosteroidlerin oldukça etkili olduğu kanıtlanmıştır. Bunun yanında interferon-beta ve COP-1'in optik nevrit şiddetini ve rekürensini azalttığı yönünde çalışmalar vardır.

## ÇİFT GÖRME

Beyin sapında lezyon olduğu zaman, bu semptom ortaya çıkar ki bunun sebebi göz kaslarına ulaşan sinirlerin çekirdeklerinin burada bulunmasıdır. Multipl sklerozda en sık altıncı kranial sinir etkilenir. Bu sinir gözü dışarıya doğru baktıran sinirdir; felci halinde, yana bakış sırasında çift görme meydana gelir. Tek taraflı tutulum daha sık görüldüğünden, bir tarafa bakış sırasında çift görme olurken, diğer tarafa bakışta olmaz. Üçüncü kranial sinir tutulumu daha nadir bir durumdur. Üçüncü sinir felcinde, gözü hareket ettiren 4 kas felç olur; iç rektus (gözü içeriye çeker), üst ve alt rektus (gözü üste ve alta çeker ve iç rotasyon yaptırır) ve alt oblik kası. Dördüncü sinir felci durumunda tek kas etkilenir (üst oblik kası). Dördüncü sinir felcine bağlı çift görme geliştiğinde görüntü üst üstedir.

Internükleer oftalmopleji denilen klinik tablo da bazen çift görmeye neden olur. Bu klinik tablo da dışa bakış kısıtlılığı ile seyrederek, ancak yukarıda bahsedilen dışa bakış kısıtlılığının diğer bir nedeni olan altıncı sinir felci yoktur; beynin farklı bir bölümü (medial longitudinal bundle) etkilenmiştir. Beynin bu bölgesi de Multipl sklerozun en sık tutulum yaptığı yerlerden birisidir.

Tedavide çift görmeyi engellemek için tek gözün kapatılması ya da prizmatik camlar faydalı olacaktır. Sıklıkla tekrarlayan Multipl skleroz atağının bastırılması amacı ile çift gören hastalarda steroid kullanılabilir.

## NİSTAGMUS

Nistagmus, hızlı istemsiz göz hareketleridir. Hastalar, genellikle farkına varmayabilirler.

Nistagmus değişik durumlarda ortaya çıkabilir. Multipl skleroz, nistagmus sebeplerinden bir tanesidir ve bu hastalıkta oldukça sık rastlanır. Multipl skleroz ile en sık görülen nistagmus tipi, Akkiz Pendular Nistagmus'dur. Multipl sklerozda görülen nistagmus genellikle internükleer oftalmopleji ile birlikte görülür. Nistagmusun tedavisinde Multipl skleroz tedavisinde kullanılmakta olan immunomodülatör ilaçlar ve steroidlerden başka alternatif yoktur.

## OKÜLER DİSMETRİ

Oküler dismetri, bir objeye fikse olup bakarken göz hareketlerinin kontrol edilememesi nedeni ile, fazla ileri gitmesi ya da geri kalması durumudur. Bu klinik tablonun görülmesi, lezyonun, beynin serebellum denilen bölümünde olduğunu düşündürür. Bu bölge, göz hareketlerinin koordinasyonunu sağlamaktadır. Oküler dismetri birçok nörolojik hastalıkta görülür. Nistagmus genellikle oküler dismetri ile birlikte görülür. Dismetri tedavisi zor olan bir klinik tablodur. Bazı hastalar

için klonazepam ya da isoniazid denenmiştir.

## INTERNÜKLEER OFTALMOPEJİ (INO)

Internükleer oftalmopleji (INO), beynin, medial longitudinal fasikulus (MLF) denilen özel bir bölgesinin tutulumu sonucunda meydana gelir. Bu bölge, gözü dışarıya baktıran altıncı sinir ile diğer gözü iç kısma baktıran üçüncü sinir çekirdekleri arasında bağlantı sağlayan bölgedir. INO'da bir göz dışa doğru bakarken, diğer gözde istemsiz sıçrama hareketleri (nistagmus) olur. Her zaman olmasa da çift görme de birlikte görülebilir. Multipl skleroz, internükleer oftalmoplejinin en sık rastlanan sebebidir; ancak serebrovasküler problemler ve HIV enfeksiyonu gibi başka sebepleri de mevcuttur.

## PARLAMALAR

Göz hareketleri (hareket parlamaları) ile ya da ani gürültü (ses parlamaları) ile ışık spotlarının görülmesi, Multipl sklerozun diğer bir göz bulgusudur. Bu parlamalar iki saniyeden daha kısa sürer. Optik nevrit genellikle ışıkların aniden görülmesi ile birlikte görülür. Bu klinik tablo, düşük aydınlatılmış ortamlarda daha belirgindir.

Işık çakmalarının optik nevrit dışında birçok sebebi bulunabilir. Retina dekolmanı, kompresif optik nöropati (görme sinirinin bası nedeni ile sıkışması) diğer sebepler arasında yer alır. Retina dekolmanında da görülmesi, bu parlamaların retinal hücrelerden de kaynaklanabileceğinin, her zaman optik sinire bağlı oluşmadığının göstergesidir. Kuvvetli magnetik alanlar da ışık çakmalarını arttıran diğer bir sebeptir.

Optik nevritte gözün ani hareketi sırasında ışık çakmalarının meydana gelmesi ile, L'Hermitte' belirtisi birbirine benzer sebeplerden kaynaklanır. L'Hermitte bulgusu, çenenin göğse doğru yaklaştırılıp başın eğilmesi hareketi ile elektrik şoku hissedilmesidir. Burada da, hasar görmüş sinire mekanik uyarı verilmesi durumunda, uyarının fazla algılanması söz konusudur. Her iki durumda da hareketin ya da uyarının saniyeler ya da dakikalar sonra tekrar edilmesi ile tekrar uyarı oluşturulabilir; ancak hareket parlamaları haftalar ya da aylar sonrasında uyarılabilir.

## RELATİF AFERENT PUPİL DEFECTİ (RAPD)

Göz bebeği yani pupil, normalde, fizyolojik olarak ışık uyarımı geldiğinde küçülür. Relatif afferent pupil defekti olan hastalarda bir göz bebeği büyük, diğeri küçüktür. Aynaya bakmadıkları sürece hastalar çoğunlukla bunun farkında değildir. Bu klinik tablo, görme yollarındaki iletim defektine bağlıdır. Pupilin ışığa olan küçülme cevabı, iletimin yavaşlaması sonucunda normal olarak gerçekleşmez.

# Bale

# Fındıkkıran

St. Petesburg İmparatorluk Tiyatrosu Başkanı, Peter Ilyich Tchaikovsky'den, Fransız koreograf ve balet Marius Pepita için tek perdelik bir bale ve opera bestelemesini istemiştir. Tchaikovsky önce Danimarkalı dramacı Hendrik Herz'in Kral Rene'nin Kızı adlı masalını bestelemeyi düşünmüşse de, E.T.A Hoffmann'ın o sırada Rusya'da çok meşhur olan Fındıkkıran ve Fare Kral masalını eserleştirilmesi söylenmiş ve eseri 1892'de okumuş olan Tchaikovsky, bu öneriyi memnuniyetle kabul etmiştir. Fındıkkıran'ı bestelerken Amerika'ya davet edilen Tchaikovsky, bu daveti kabul etmiş ve New York'taki Carnegie Hall'in açılışına katılmak üzere yola çıkmıştır. Tchaikovsky, yolculuğu sırasında Paris'te konaklamıştır. Paris'te Victor Mustel adlı bir bestecinin celesta adlı müzik aletini görmüş, bunu St. Petesburg'a göndermiştir. Bu müzik aleti ilk kez Fındıkkıran'ın seslendirilişi sırasında kullanılmış ve eser yine ilk kez 18 Aralık 1892'de St. Petesburg'da sahnelenmiştir.

## Balenin bölümleri:

- Sezgiler ve Konuklar
- Ağacın Ortaya Çıkışı
- Oğlanların Geçidi ve Aile Dansı
- Büyüklerin Gelişi ve Hediye Verilişi
- Bay Drosslemeyer ve Yeğeni
- Danseden Sihirli Bebekler
- Oyuncak Bir At ve Bir Fındıkkıran
- Kırılış
- Dedenin Dansı
- Kutlamaların Sona Erişi
- Marie'nin Rüyası
- Felaket Habercisi Fareler
- Fındıkkıran Kuvvetlerinin Savaşa Girişi
- Çam Ormanlarında Seyahat
- Kar Tanelerinin Valsi
- Tatlıların Diyanı
- Şekerleme Perisi
- Bonbonların Gösterisi
- Fındıkkıran Prensinin Öyküsünü Anlatışı
- Sıcak Çikolata
- Kahve ve Çay
- Şeker Kamışı
- Acıbadem Kurabiyesi
- Zencefil Anne
- Çiğ Damlası ve Çiçeklerin Dansı
- Şekerleme Perisi ve Prens (Pas-De-Deux)
- Şekerleme Perisi ve Prens (Coda)
- Final



Fındıkkıran öyküsü, 1816 yılında E.T.A Hoffmann tarafından yazıldığından beri sanatçıları, bestecileri ve izleyicileri büyülemiştir. Öykü tazeliğini her zaman korumuştur; çünkü hepimizin paylaştığı "hayal" duygusuna seslenir.

Bale, şehir Meclisi'nin başkanı ve eşinin evindeki Noel partisi ile başlar. Kapılar sonuna kadar açılır ve başkanın çocukları olan Clara ve Fritz arkadaşlarının eşliğinde odaya koşarlar. Başkan, çocuklardan kağıt şapkalar giymelerini ve oda içinde geçit yürüyüşü yapmalarını ister. Partide daha sonra katılan yetişkinler arasında, gizemli danışman Drosslemeyer de vardır ve Clara'ya abartılı bir başı olan, büyük bir fındıkkıran hediye eder. Fritz onu Clara'dan alır ve büyük bir cevizi kırmaya çalışırken parçalar. Clara itina ile parçaları bir araya getirir. Parti sona erer ve konuklar ayrılır. Çocuklar yatmaya gönderilir ve başkan ışıkları söndürerek odasına çekilir. Clara, kırık fındıkkıranına bir kez daha bakmak için, sadece ağacın üzerindeki mumların aydınlattığı oturma odasına gizlice geri döner.

Saatın gongu gece yarısını vurduğunda saat kadranı Drosslemeyer'in yüzünün şeklini alır. Bu sırada odanın köşelerinden fareler ortaya dolur. Korkmuş olan Clara, bir sandalyenin üzerine çıkar ve birden Noel ağacının dev büyüklüğe ulaştığını fark eder. Çaydan artmış olan zencefilli ekmeğin kırıntılarında oluşan erkekler, askerlere dönüşerek farelerle savaşa tutuşurlar. Savaşta yenilmeye ve fareler tarafından da "yenilmeye" başlarlarken, fındıkkıran ön plana çıkarak liderliği ele alır. Fareler kralı ile fındıkkıran savaşa tutuşurlar. Teke tek savaştıkları sırada Clara terliğini fırlatır ve fareler kralını öldürür. Lidersiz kalan fareler kaçarlar ve fındıkkıran çok yakışıklı bir prens dönüşür. Hayatını kurtaran Clara'yı, krallığında ağırlamak için davet eder, Clara da kabul eder. Çam ormanındaki sahnede (Karlar Arasında Seyahat) Clara ve prens sık ve karlarla kaplı bir ormanda, yer altı cücelerinin tuttuğu meşalelerin ışığında ilerlerler. Yolcular, sonunda kar tanelerinin kral ve kraliçesi tarafından karşılanırlar ve lirik olmayan bir koro müziği eşliğinde dans ederler (Kar Tanelerinin Dansı).

Kalenin muhteşem salonunda, on iki uşağın tuttuğu lambaların ışığında, prens, Clara'nın hayatını nasıl kurtardığını topluluğa anlatır. Şekerleme Perisi'nden gelen bir işaretle muhteşem bir ziyafet başlar. Clara, masanın başındaki minyatür bir tahta oturur ve onun onuruna bir dans sergilenir. Bu divertismanın ilk üç dansı, ziyafette sunulan ikramlarla ilgilidir; parıltılı bir İspanyol bolerosu çikolatayı, gizemli ve egzotik bir Arap dansı kahveyi ve köpüklü bir Çin dansı çayı simgeler. Daha sonra ateşli Trepak, yani Kazakların geleneksel dansı başlar ve sahneyi daha sonra oyuncak flütlerin dansına (Mirlitonların Dansı) hazırlar. Divertisman "Ayakkabı İçinde Yaşayan Yaşlı Kadın" (Gigone Anne) ve bir grup soytarının dansı ile sona erer.

Şekerleme Perisinin refakatinde bulunanlar Çiçeklerin Valsi'nde, Clara'ya övgüler yağdırırlar. Daha sonra prens ve Şekerleme Perisi çok ünlü pas-de-deux, solo ve cövalarını sergilerler. Final Valsi'nde (Apotheosis) Clara da dahil olmak üzere herkes dansa katılır ve Şekerleme Perisi son kez prensin yaşamını kurtaran kıza övgülerini sıralar.

Hepinize tüm hayallerinizin gerçekleşeceği mutlu ve sağlıklı bir yıl diliyoruz.



# roman, şiir; Tuna Kiremitçi

Tuna Kiremitçi, 1973 yılında Eskişehir doğdu. Öğrenimini Galatasaray Lisesi'nin ardından Mimar Sinan Üniversitesi Sinema-Tv Bölümünde sürdürdü.

Yaşar Nabi Nayır Şiir Ödülü'nü kazanan ilk şiirleri, 1994'de "Ayabakanlar" adı altında kitaplaştı.

1998 yılında yine şiirlerden oluşan ikinci kitabı ise "Akademî" yayımlandı.

Yazarın şu ana kadar yayınlanan iki romanı vardır; *Git Kendini Çok Sevdirmeden* ve *Bu İşte Bir Yalnızlık Var*.

*Sevmesini de gitmesini de bilenler için: Git Kendini Çok Sevdirmeden*.

Edebiyatımızın genç yazarlarından Tuna Kiremitçi bu kitabında Arda karakteri etrafında gelişen olayları zamansal olarak bir ileri bir geri anlatımla aktarıyor okura. Romanda, Arda onyediy yaşındayken ağabeyi Fırat ile birlikte İstanbul'a gelir. Fırat'ın yakın arkadaşı olan Ertuğrul, İstanbul'daki evinde iki kardeşi konuk

eder. Bir süre sonra dağılırlar, farklı yönere gidip ayrı hayatlara karışırlar. 40 yaşındaki Arda ise, yıllar sonra bir kaza sonucu oğlu Emrah'ı kaybetmiş ve annesinin Eskişehir'deki evine dönmüştür. O evde Arda'nın genç kızlık yılları ve ilk aş öyküsünün kahramanı

olan Ertuğrul'un yirmi üç yıl sonra yeniden ortaya çıkışı anlatılır.

Tuna Kiremitçi'nin ikinci romanı "Bu İşte Bir Yalnızlık Var"da ise bir müzisyenin, Mehmet Olcay'ın öyküsünü anlatmaktadır.

"Yanlış bir aşk, terk edilmişliğin hüznü, müziğin eşlik ettiği hayaller, parasızlıkla

sarsılan hayatlar ve bitmeyen mutluluk arayışları var..." Bu İşte Bir Yalnızlık Var romanının satırlarında. Romanın bir tarafında bütün endamıyla hayat duruyor; öteki tarafında da elinde çalgısıyla tek başına bir adam.

Tuna Kiremitçi'nin her iki romanı Doğan Kitapçılık tarafından yayımlandı.



# OLGU: SORULAR - YANITLAR

Dr. İ. Özcan ÖZTÜRK

33 yaşındaki kadın hastanın yakınmaları iki yıl önce başlamıştı. İlk olarak sol kolunda hissettiği uyuşma, daha sonra sol bacağı da yayılmıştı. Normal şekilde yürüyebilmesine rağmen, birkaç hafta sonra özellikle her iki bacakta nörolojik disfonksiyon gelişti; birkaç hafta sonra yürüyemedi. Bu aşamada izleyen hekim iv steroid ile başarılı bir şekilde tedavi etti ve iki hafta sonra hasta tekrar hareketli hale geldi.

İzleyen yıl içinde hasta birkaç gün - 3 hafta süreli birçok relaps ve remisyon atağı (üst ve alt ekstremitelerde güçsüzlük, görme alanı bozuklukları, çift görme) geçirdi. Ataklardan en ciddi olanında hemen tamamen hareketliliğini kaybetmişti.

**SORU 1:** Hastada klinik öyküye göre kaç adet olası demyelinizan lezyon varlığından şüpheleniyorsunuz?

**YANIT 1:** Hastada aşağıdaki belirti ve bulgular saptanmış:

- sol kol ve bacakta uyuşukluk
- her iki alt ekstremitede nörolojik disfonksiyon
- görme alanı bozuklukları, çift görme

Bu nedenlerle en az 4 santral sinir sistemi alanı etkilenmiş olmalı:

- Torakal spinal kord
- Servikal spinal kord
- Optik sinir
- Beyinsapı

Birçok kez oral steroid ile tedavi edilen hasta bu tedavilerden çok belirgin yarar gördü. Bir ay önce ayağa kalkamama, her iki bacağına duyu ve kuvvet kaybı ile karakterize dramatik nörolojik gerileme gösterdi. T4-T5 seviyesi altında yüzeysel dokunma duyusunda azalma saptandı.

**SORU 2:** Hastada bu probleme neden olan demyelinizan lezyonun en olası lokalizasyonu nedir?

**YANIT 2:** Spinal kord, T4-T5 bölgesi.

Hastanın ailesi, hastanın özellikle aşırı ağlama ve gülme şeklinde duyu kontrol güçlüğü çektiğini belirtti.

**SORU 3:** MS hastalarında sık görülen diğer emosyonel problemler nelerdir?

**YANIT 3:** Depresyon ve anksiyetenin değişik manifestasyonları görülebilir. Bu hastada gözlenen ise emosyonel labilitedir.. Düşük doz antidepressifler etkili olabilir.

Önceki incelemelerden kranial MRG anormal olarak yorumlanmış ve BOS incelemesinde oligoklonal band varlığı ve IgG indeksinde yükselme gösterilmiştir.

Aile öyküsünde nörolojik hastalık öyküsü olmamasına karşın akciğer ve kolon Ca öyküsü bulunmaktadır.

Özgeçmişinde hastalık veya cerrahi girişim bulunmayan hasta iki hamileliği sonucunda iki sağlıklı çocuk sahibi olmuştu.

**SORU 4:** İki çocuğu olan hastada çocukların sonraki yaşamlarında MS gelişme riski genel popülasyona oranla ne kadar yükselmiştir?

**YANIT 4:** Genel popülasyonda %0.1 olan risk MS hastalarının birinci derece yakınlarında %5'e kadar yükselmiştir.

**Nörolojik Muayene**  
Fundoskopide bilateral optik disk solukluğu görüldü. Pupil yanıtları anormal olup solda RAPD saptandı. Göz hareketleri her yöne serbest olup nistagmus gözlenmedi. Fakat yavaş takip hareketlerinin bozuk olduğu görüldü. Diğer kranial sinir muayeneleri normal idi. Motor muayenede sol üst ekstremitede

belirgin parezi olup özellikle deltoid alanda idi (2/5).

**SORU 5:** Bu hastanın sol üst ekstremitede en fazla etkilenmiş olan hareket hangisidir?

**YANIT 5:** Sol kol ve omuzu horizontal düzlemde yukarı doğru kaldırılması en fazla etkilenmiş olacaktır.

Sağ üst ekstremitede kuvvet normal idi. Hastanın alt ekstremitelerdeki motor güç sağda 4/5, solda ise 3/5 idi.

Tüm ekstremitelerde ardışık hareketler yavaşlamış idi. DTR'ler artmış olup bilateral Babinski mevcut idi.

Duyu muayenesinde, vibrasyon duyusunda üst ekstremitelerde distallerinde hafif, alt ekstremitelerde ise ciddi kayıp saptandı. Pozisyon duyusu da alt ekstremitelerde kayıp idi.

**SORU 6:** Hastada çok belirgin şekilde etkilenmiş olan iki ana nörolojik sistem (veya traktus) hangisidir?

**YANIT 6:** • Pramidal sistem  
• Dorsal kolon – medial lemniskus sistemi

Hastada Romberg testi pozitif olup tandem yürüyüşü hafif ataksik idi.

**SORU 7:** Hastaya hangi genel önerilerde bulunursunuz?

**YANIT 7:** • Gerekli olduğunda fizyoterapi açısından hastaya uygun egzersizler verilmelidir.

- Yağdan fakir, kolesterolden düşük diyet,
- Stres düzeyinin düşürülmesi, sosyal ve aile desteği,
- Sıcağa karşı korunma,
- MS Derneğinin sunduğu olanak ve hizmetlerle tanışması,
- İzleyen hekim ile sürekli iletişim içinde bulunması.

# Neyzen Tevfik

Azimet Gürbüz

Neyzen Tevfik Kolaylı'nın, çeşitli kaynakların ortak görüşü olarak, 24 Mart 1879'da Bodrum'da doğduğu kabul edilmektedir. Annesi Emine Hanım, babası Hafız Hasan Fehmi Efendi'dir. Ailesi, aslen Samsun ilinin Bafra ilçesinin Kolaylı kasabasından gelmez. Babası Hasan Fehmi Efendi musikîden anlayan, nüktedan, sanatsever ve kültürlü bir hocadır.

Neyzen Tevfik, çocukluğunu büyük ölçüde denizle haşır neşir olarak geçirmiştir. Yedi yaşında iken bir gün babası ile gittiği bir kahvehanede tesadüfen ney çalan birine rastlamış ve bu tesadüf yaşamının dönüm noktasını oluşturmuştur. Yedi yaşında hayatına giren neyi, bir daha elinden bırakmamıştır. Neyle tanışmasını Neyzen Tevfik şöyle anlatır: "Henüz yedi yaşındaydım. Bir yaz gecesi akşam yemeğinden sonra babamla beraber Tepecik kahvesi denilen ve Bodrum âyanının toplantı yeri olan, deniz kenarındaki kır kahvesine gitmiştik. Burası, etrafı gemi payandaları ile çevrilmiş ve kaba hasırlarla döşenmiş bir meydancıktı. Son yüzyılın Osmanlı donanmasında çalışmış denizciler burada buluşur, Ege enginlerinde mehtabın pırlıtlarını seyrede seyrede konuşur, gülüşürlerdi. O gece, deniz ayın gümüşten pırl pırl parladığı bir gece. Bir aralık, oturduğumuz yere yaklaşan iki gölge hazır bulunanları selamlayarak bir köşeye oturdular. Bunlardan biri biraz sonra uzun bir şey çıkardı ve "ya destur" dedikten sonra üflemeye başladı. Yanındaki arkadaşı da yanık ve güzel sesi ile ara sıra gazeller okuyordu. Ben babamın dizinin dibinde çocuk ruhumun olanca gücü ile dikkat kesilmiş bu düdüğü dinliyordum. Dinledikçe Tanrı bilir bir daha aslıma dönmek üzere kendimden geçmişim. O gece Ege denizinin ölümsüz dekoru içinde benliğimi saran o Tanrısal sestir ki beni bugünkü derbeder, ne aradığı, ne istediği bilinmez, bazen Eflatun'la boy ölçüşecek kadar akıllı, çok kere de tımarhaneye sığınacak kadar aşırı sarhoş Neyzen Tevfik yaptı."

Neyzen Tevfik hayatının ilk kırk yılını "tercüme-i hâlim" adlı uzun mesnevisinde anlatır. Ancak bu mesnevi günümüz Türkçe'sinden uzak olduğundan bizler için pek anlaşılabilir durumdadır. Bunun için onun hayatını, ömrünün son yıllarında çeşitli dergi ve gazetelerde yayınlanan ve kendi hayat hikayesini anlattığı yazılarından özetleyerek sunmayı uygun buldum. Öte yandan Neyzen Tevfik'i ele alırken, onun hangi boyutunu öne çıkarmak gerektiği konusunda çok tereddüt yaşadım. Neyzen Tevfik bir ney ustası olarak mı yoksa bir şair, bir nüktedan

ya da hiciv ustası olarak mı ele alınmalı veya istibdada karşı mücadele eden biri olarak mı? Yoksa bir yaşam tarzı olarak onun yokluk düşüncesi mi ele alınmalı? Belirttiğim bu hususların anlaşılır olabilmesi için de hayatının ve yaşam biçiminin mutlaka bilinmesinin yararı vardır. Bu amaçla da yaşamını kendi ağzından özetleyerek ve diğer konuları da hayatının çeşitli dönemlerinde fikir beyan etmiş yazar, düşünür ve sanatçıların söylediklerini özetleyerek sunacağım.

Babasının İzmir'e tayini nedeniyle, Neyzen, bir gün elinde neyi ile evden kaçarak İzmir Mevlevîhanesinin yolunu tutar. Mevlevîhanede geçtiği "Hicaz Peşrevi" ile sınavı kazanır ve şeyhin emri ile Neyzen Başı Cemil Bey'in öğrencisi olur. O yıllarda mevlevîhane İzmirli aydın, düşünür ve edebiyatçıların toplandığı; dönemin saz ve ses üstatlarının katılımıyla benzersiz eğlenceler düzenledikleri bir yerdi. Neyzen Tevfik, İzmir Mevlevîhanesi günlerinde başta şair Eşref olmak üzere bir çok şairle, edebiyatçıyla, bilim ve kültür adamı ile tanışma fırsatı bulur. Ayrıca bu dönem, Neyzen Tevfik için müziğini geliştirmek için bir fırsat olur; ilk kez bu dönemde "hürriyet aşkı ve istibdat karşıtlığı" fikirlerle tanışır. Aynı zamanda şair Eşref'in etkisiyle hicvetme sanatını yakalar. Yine bu mevlevîhanede Türkçe, Arapça ve Farsça dersleri de alır. Neyzen'in İzmir Mevlevîhanesindeki yaşamı, babasının onu İstanbul Fethiye



Medresesine göndermek isteği ile son bulur. Babasını kıramayan Neyzen, yanında bir sürü tavsiye mektubu ile 19 yaşında İstanbul'a gelir. Medrese hayatının hiç de kendisine göre olmadığını anlayan Neyzen, yanındaki "değerli bir neyzen, sadık bir tarikat tarafçısı" içerikli tavassut mektupları sayesinde soluğu Yenikapı ve Galata Mevlevîhanelerinde alır. Galata Mevlevîhanesinde tanıştığı Mehmet Akif Ersoy, hem kendisini çok sever hem de hayatındaki önemli değişikliklerin de sebebi olur. Mehmet Akif sayesinde İstanbul'un tanınmış edebiyat çevreleri ile tanışır, sadrazam ve sultan saraylarına gitmeye başlar. Bu dönemde Halide Edip, Tefik Fikret, Halit Ziya Uşaklıgil ve Ahmet Rasim gibi tanınmış yazarlar ile tanışır ve Hacı Arif, Tanburî Cemil Bey, kemençeci Vasil ve udî Nevres gibi müzisyenlerle sanat icra eder.

Neyzen, medreseyi sevmemekle birlikte derslere devam etmeyi ihmal etmez. Özellikle Musa Kazım Efendi'nin derslerini kaçırmaz. Başında yeşil sarık, arkasında cübbe taşıyan Neyzen'e, o zamanlar İzmirli Hafız Neyzen

derlermiş. Hafızlığa çalışmadığı halde Kur'an'ı hafız denecek kadar ezbere bilirdi. Ancak medresede namaz kılmadığı, mevlevîhanede abdest almadan mevlevî ayinlerine katıldığı için, etrafındakiler tarafından devamlı eleştirilmiş ve bu eleştiriler, buralardan dışlanmasına neden olmuştur. Mehmet Akif vasıtasıyla ilişki kurduğu aydınların da etkisiyle, saltanat idaresine büsbütün muhalefet etmeye başlamış ve muhalif aydınların devam ettikleri kıraathaneleri kendine mekan edinmiştir. Yalnız, Neyzen'in bu muhalefeti tutuklanmasına neden olmuş ve zamanın zaptiyesinden ciddi işkenceler görmüştür. Bu durum Neyzen'i yıldırmış ve arkadaşlarının da başını yakmamak düşüncesiyle kimseyle görüşme olmamış; bir süre sonra da İstanbul'u terk etmeyi düşünmüştür. Bu durumu kendisi şöyle anlatmaktadır: "Artık benim için bu şehirde kalmaya imkan ve sebep kalmamıştı. Uzaklaşmak zorunda bırakıldığım şiir ve edebiyat çevrelerinden serseriler âlemine karışmış, fakat orada da rahat edememiştim. Ben yaratılışımın eğilimine uygun, hür, başıboş, sınırsız bir ufka gerek duyuyordum. Bunun için İstanbul'dan kaçarak Mısır'a gitmeye karar verdim ve 1319 yılı Kanun-i Sani'sinin 13. Perşembe günü (27 Ocak 1903) Mesajeri vapurunun güvertesine postumu serdim. İçinde dört yıl geçirdiğim koca İstanbul, o sabah da sise bürünmüş, için için ağlıyor gibiydi. Yahut halime kıs kıs gülüyordu da ben gözlerimi perdeleyen iki damla yaş arasında onu ağlar görüyordum."

Neyzen, Mısır'da yedi yıl kalmıştır. Mısır'daki yaşantısı da çelişkilerle doludur. Prens ve prenses saraylarında olduğu kadar serseriler âleminde de aranır olmuştur. Neyiyle Mısır'da üne kavuşmuş bir sanatçıdır. Kahire'deki aydınlarla, memleketten oraya kaçmış bir çok tanınmış özgürlüksever Türk'le arkadaşlık ettiği gibi, azılı sabıkalılarla da düşüp kalkmaktadır. O dönemde Lübnanlı bir bar yıldızına aşık olmuş; ancak, sonra ayrılmak zorunda kalmıştır.

Neyzen Mısır'daki serüvenini bitirip yedi yıl sonra İzmir'e döner. Türkiye'de Meşrutiyet ilan edilmiş, "Yaşasın hürriyet" bağırışları arasında neşeyle vakit geçirmeye başlamıştır. Ancak İzmir'de fazla durmayan Neyzen, soluğu İstanbul'da alır. İstanbul'da tekrar eski dostları ile buluşur; ancak, yaşantısında bir değişiklik olmaz. Neyzen, bir röportajında, gazeteci Münir Süleyman Çobanoğlu'na şöyle der: "Umumi harbe (Birinci Dünya Savaşı) kadar 1868 okka (2400 kg kadar) rakı içtim, bütün gazetelerde yazdı ya... Ondan sonrasını hesap etmedim. Bir mandalina, bir dilim portakalla bir okka (1283gr) rakı içtiğim çok olmuştur. Aylarca değil yemek, bir lokma ekmek bile ağızıma koymadım. Rakıdan başka, üç dört ton esrar içtim. Bir o kadar da afyon yuttum. Bu üç azametli hükümdar kafamın üstünde saltanat kurdular, senelerce kıvıldamadılar. Bu üç büyük kuvvetin sayesinde her renge girdim, her boyaya boyandım. Sürttüm, sefil oldum, serserilerle gezdim, parasız kaldım. Sokaklarda, Yeni Cami'nin arkasındaki merdivenlerin üstünde, köpeklerle koyun koyuna yattım. Taş, soğuk, yağmur bana hiçbir şey yapmadı, sapasağlam gezdim. Fakat bazen timarhaneyi de boyladığım oldu, hem kaç kere. Mazhar Osman Bey'le bunun için aramız çok iyidir. Velhasıl her ne türlü hayat şekli varsa hepsinin üstüne çadır kurup oturdum."

Böyle bir yaşantıya rağmen Neyzen, kısa bir evlilik yaşar; kardeşi Şefik Kolyalı Neyzen'in evliliğini şöyle anlatır: "1910 yılında Erenköy Sahra-yı Cedid'te sarıklı bir zatın kızı olan Cemile Hanım'la, benim ve babamın muhalefetine rağmen, annesinin ısrarı üzerine evlenmiştir. Gelinin babası, sarıklı hoca, birkaç kere Neyzen'in evine gelerek bu evliliği gerçekleştirmiştir. Neyzen, yobaz düşmanı olduğundan, sarıklı hoca ile geçinememiş; kızı Leman üç aylık hamileyken, hoca kızını kaçırmış ve yalancı şahitlerle şer'i mahkemede Neyzen'den boşanmasını sağlamıştır."

Neyzen Tevfik 28 Ocak 1953'te ölmüştür. Ölümü ile ilgili haberler o zamanın gazetelerinde şöyle yer almıştır: "Neyzen'in cenazesi Beşiktaş'taki Sinan Paşa Camisi'nden kaldırıldı ve Kartal Mezarlığı'nda toprağa verildi." Cenazesine katılan cemaatla ilgili bilgiler de şöyle aktarılmaktadır: "Bu kalabalık onun cemaatidir. Kimler yok ki!... Başta vali; hasta döşeğinden kalkıp gelmiş, muavinler, daire müdürleri, kalbur üstü memur sınıfı. Sonra üniversite kadrosu; profesörleri, talebesiyle orada. Edebiyat ve sanat adamları; isim yapmış büyük şahsiyetler; her biri kendi yolunda yeni fetihlere, yeni ganimetlere ermiş meşhurlar; şairler; romancılar; münekkitler; sahne adamları. Sonra musiki çevremiz, dergah erenlerinden sokak kemancılarına varıncaya kadar hepsi orada. Bunlardan başka sarhoşlar, esrarkeşler, ayyaşlar, serseriler... Onlar derlenmişler, toparlanmışlar, kılıklarını düzeltmişler, 'Neyzen Baba'nın tabutuna sarılmışlar. Tevfik'in cenazesi altında işte bunlar yan yana, omuz omuza birleşmişlerdi."

Görüldüğü gibi, Neyzen Tevfik toplumun hemen her kesimiyle ilişkiindedir. Meyhanelerde, izbelerde sarhoşlar, ayyaşlar, serserilerle öpüşüp koklaşır. Kendisine saygı gösteren aydın çevrelerinde de "filozof" tavrı, şiirleri ve neyiyle ilgi odağıdır. V. Mehmet Reşad'ın huzuruna da, M. Kemal Atatürk'ün sofrasına da kabul edildiği olmuştur.

Neyzen Tevfik'in en önemli özelliği, benzersiz, kendine özgü bir kişiliğe sahip olmasıdır. Bu kişiliği oluşturan öğelerden biri onun yaşayış biçimidir. Bu yaşayış biçimi ise onun kişisel görüş ve inanışlarına dayanır. Onda özgürlük tutkusu, bütün değer ve inanışların üstündedir, denilebilir.

Felsefemdir kitab-ı imanım,  
Taparım kendi ruhumun sesine.  
Secde eyler hakikatim her an  
Kalbim ateş-i mukaddesine.

dörtlüğü, bu yönünü açıkça ortaya koyar. Bu tutku en ön planda geldiği için, dünyaya, hayata, paraya pula önem vermez. Hatta bir şiirinde;

Meyde Bektaşî göründüm, ney'de oldum Mevlevî demekle birlikte, tarikatların yolundan da gitmez. Onun için tek yol, kişisel isteklerinin, yönelimlerinin, eğilimlerinin gösterdiği yoldur. Sonunda acı çekeceğini bilse de, bu yoldan ayrılmaz. Üstelik "utanma" duygusunu yenecek, "kepezelik" çıkaracak kadar ileri gider. Bu gidiş, onu "hiçlik"(yokluk) düşüncesine ulaştırır. Çektiği "azab-ı mukaddes" (kutsal acı, kutsal işkence), belirli bir düşünsel temele oturmadığı gibi, onu belirli eylemlere de

yönelmez. Gerek karşı çıkarken, gerekse de yandaşlığını ortaya koyarken bir 'yaşam tasarımı' adına konuşmadığı için, "Neyzen Tevfik'in tutumunun gerisinde yatan herhangi bir dünya görüşü değil, kişiliğidir.

Hasan Ali Yücel, Neyzen Tevfik ile ilgili yazdığı makalede şunları aktarır: "Merhum Tevfik, neyinden ve şirinden daha çok hayatıyla önemlidir. Abdülhamid istibdadına rastlayan ilk gençlik çağında baba ocağından fırlayıp kendini sokağa attığı anda, hürriyetini ilan etmişti. Neyzen, 1908'i bekleyecek bir yaradılıştadır değil. Gözlerini hayata kapadığı dakikaya kadar, hemen üç çeyrek asır, bir saniye bile ruhunda sıkıyönetim hüküm sürmemiştir. Ferdin ve topluluğun üstüne abanan istibdat baskısından hür ruhunu kurtarmak için o devirlerde iki kullanışlı yol vardı; ya işi deliliğe vurup mesûl ve mükellef (sorumlu ve yükümlü) olmaktan yakayı sıyırmak, yahut hayatı sarhoşluğa ve serseriliğe dökmek. Neyzen, bu yollardan bazen birine, bazen öbürüne saparak kendini hiçbir kudrete teslim etmemiştir.

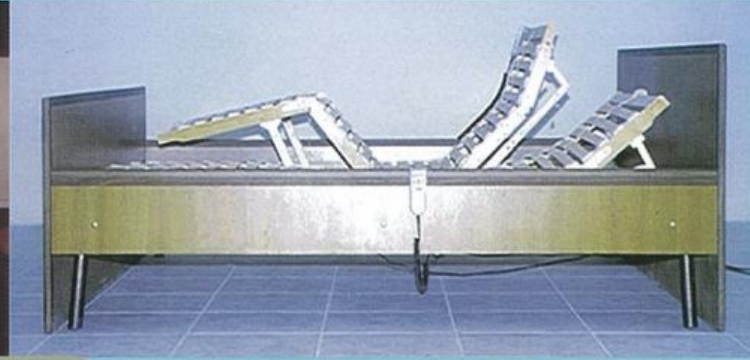
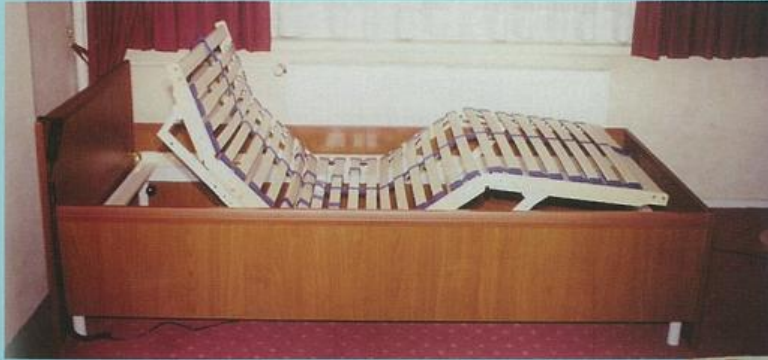
Felsefesi iman kitabının muhtevası (içeriği) olan Neyzen, kendi ruhunun sesine kulak verip kalbinin mukaddes ateşine taptı. Mevlana sevgisiyle tekkeye girdi,

Mevlana'yı orada bulamayınca kendini dışarı attı; Mevlana'yı aramak için medresede çömez oldu, buldurucu yolun orada olmadığını anlayınca, gene açık havaya çıktı. Hürdü, hâlimden şikayet etmemiştir. Hiçbir şeye razı olmayan Neyzen, ancak yokluğa ve yoksulluğa boyun eğmişti. Gururunu sefaletle besledi. Beyoğlu veya Babiali caddesinden geçerken sırtındaki eski püskü elbiseyi daima bir vezirlik hil'ati gibi taşıdı. Neyzen, hür yaşadı ve hür öldü. Tercüme-i halinin (yaşam öyküsünün) özü budur."

Neyzen Tevfik'i anlatmaya çalıştığım bu yazıyı, onunla ilgili yaşanmış bir fıkrayı aktararak bitireceğim:

Doktor Fahrettin Kerim Gökay "İçkinin zararları" konulu konferansı vermektedir. Bir ara:

- Rakının her kadehi, hayatımızı yarım saat kısaltır, der. Dinleyiciler arasında bulunan Neyzen Tevfik yerinden fırlayıp bağırır:
- Eyvah! Yandık!
- Hayrola?
- Hesap ettim, meğer ben öleli tam kırk yıl olmuş!



- Elektrik kumandalı
- Sessiz motor sistemi
- Hareketli yataklar ( Latalı sistemler için tasarlanmış latex yatak )
- Baş ve ayak bölümlerinin istenilen eğime ayarlanma özelliği

- İyi bir yatağın alt yapısını oluşturan latalı sistemler, omurgayı destekler ve vücut ağırlığının dengeli dağılmasını sağlayarak sırt, bel ve kas ağrılarını önlemede yardımcı olur.
- Rahatlığa göre eğim ayarlama sistemi sayesinde kişiye özel konfor sağlar.

## ELEKTRİKLİ TEK VE ÇİFT KİŞİLİK KARYOLALAR

### ÖZ BÜLBÜL MEDİKAL

#### İTH. İHR. VE SAN. LTD. ŞTİ.

**MERKEZ:** Posta Cad. Modern Çarşı No: 318/319 Ulus - ANKARA

**İRTİBAT BÜROSU:** Sanayi Cad. Nüzhet Atav İşhanı No: 28-62/63 Ulus - ANKARA

**TEL:** 0.312 311 3000 - 311 3522

**FAX:** 0.312 324 3630

**E-MAIL:** info@ozbulbul.com

# Beyypazari

Filiz Dinçer



## TARİHÇESİ

Beypazarı, Ankara'nın 100 km. batısında; eski Ankara-Istanbul yolu üzerinde bulunmaktadır. Geçmişte olduğu gibi bugün de Ayaş, Güdül, Nallıhan ve Kıbrısçık ilçelerinin ortasında sosyal, kültürel ve ekonomik merkez olma özelliğini muhafaza etmektedir.



Anadolu'nun tarihî seyrine baktığımızda, ilçe topraklarında, ilk çağlarda Hitit, Frig, Galat, Roma, Bizans devletlerinin; daha sonra da Anadolu Selçuklularının ve Osmanlılarının egemen oldukları görülmektedir.

Beypazarı Roma döneminde, İstanbul'u Ankara ve Bağdat'a bağlayan önemli büyük tarihî geçit yolları üzerinde bulunmaktadır. İlk adı Lagania'dır. Bu isim Luwice'dir. Bilge UMAR'ın "Türkiye'deki Tarihsel Adlar" adlı kitabında Lagania'nın "kaya doruğu ülkesi" anlamına geldiği belirtilmektedir.

M.S. 6.yy'a kadar Lagania olan Beypazarı'nın adı, bu tarihten sonra değişiyor. M.S. 491-518 yılları arasında hüküm süren Doğu Roma (Bizans) imparatoru Anastasios, o zamanlar piskoposluk merkezi olan Lagania'yı ziyaret ediyor; bu ziyarete atfen Lagania adı, Lagania-Anastasiopolis olarak kullanılmaya başlıyor.

Türklerin Sultan Alparslan komutasında Anadolu'ya girmesinden kısa bir süre sonra Marmara'ya ulaşmaları ile Beypazarı da ilk Türk akıncıları ile karşılaşmış oldu. Selçuklu yönetimindeki Beypazarı, konum itibarı ile, sık sık göç eden Türkmen boylarına yurtluk yapmıştır. Bunlardan en meşhuru Kayı boyudur. Selçuklu Sultanlığının kendilerine yurt olarak yer gösterdiği bu Türk boyu, Gazi Gündüzalp yönetiminde ilk önce Ankara civarında yerleşmiştir. Osmanlı Devletinin de kurucusu olan Osman Bey'in dedesi Gündüzalp'in mezarının Beypazarı'nın Hırkatepe köyünde olduğu bilinmektedir.

Beypazarı'nın tam olarak Osmanlı yönetimine geçmesi, Orhan Bey'in Ankara'yı alması ile başlar. Böylece, Hüdavendigâr (Bursa) Sancağına bağlı bir beylik merkezi haline gelir.

Beypazarı, 1868 yılından itibaren idarî yönetimindeki yer değişikliği ile Ankara'ya bağlı bir kaza olarak önemini sürdürmüştür.

Osmanlı Devletinin toprak rejimi ve askerî sisteminin bel kemiğini oluşturan Tımarlı Sipahi Merkezlerinden birisi olan Beypazarı; yöredeki sipahi beyine ve ticarî, ekonomik hayatın yoğunluğuna atfen BEĞ BAZARI diye adlandırılmıştır.

Ankara'dan yola koyulduktan 1.5 saat sonra, bir tepeyi dönünce, yeşiller arasında beyaz evleriyle, ilçenin İnözü vadisindeki bağlık kesimi apansız karşımıza çıkar. Bunu,

tepelelerin yamaçlarına yaslanarak birbirine sokulmuş, kırmızı kiremitli beyaz evler ve bu dokunun sürekliliğine karşı koyan çıkışları ile canlılık veren minarelerin estetik kompozisyonu izler.

Eski ve yeni olmak üzere ikili bir yerleşme düzeni gösteren kasabanın topoğrafik yapısı oldukça engebelidir. Eski kesim Ankara-Istanbul yolunun kuzeyindeki dağların dik yamaçlarına ve vadilere yerleşmiştir. Yerleşmeye uygun olmayan balık sırtı görünümündeki kalker tepeler, eski konut dokusu içinden fıkkarak görsel etki yaratırlar. Yeni gelişen kesim ise eski İstanbul yolunun güneyindeki düzlüklerde ve batıya doğru, karayolunun kenarında yer almaktadır.

Çarşı ve geleneksel konutlardan oluşan mahalleler eski kesimdeki karakteristik dokuyu oluşturur. Mahalleler güçlü rüzgarlardan kuzeydeki tepelerle korunmuştur. Böylece çeşitli yükseklikteki topoğrafik yapı, buna bağlı organik ve asimetrik yerleşme dokusu zengin bir görsel doku oluşturmuştur.

Çarşı, geleneksel mahallelerin ortasında, az meyilli bir alanda yer alır. Kanal içine alınmış Mundarcı deresi, 250 dükkanlık çarşının ortasından geçer. Çarşıdaki dükkanlar genellikle tek katlıdır. İki katlı olanların üst katları depo olarak kullanılır. Yöresel zanaatlardan bakırcılık, gümüş işlemeciliği, ayakkabıcılık ve marangozluk, bu güne dek süre gelmiştir.

## EVLERİ

Beypazarı evleri genellikle üç katlıdır. Taşıyıcı sistemi örten ahşap pervazlar harç siva ile sıvanmıştır. Evlerin zemin katları taş, üst katları ahşap iskelet içine ahşap veya kerpiç dolgu sistemiyle yapılmıştır. Kuzeye gelen cephelerde dolgu kerpiçtir, ocaklı duvarlarda da kerpiç kullanılır. Bölme duvarları bağdadî tarzıdır.

Yapı sisteminde Beypazarı özelliği diyebileceğimiz bir durum göze çarpar; evlerin büyük çoğunluğunda zemin, taş duvarları taşıyıcı nitelikte değildir. Bir üst kat, cepheden de izlenen dikmeler üzerinde taşınmaktadır. Bunun nedeni; büyük yangında zemin katlar yıkılmış, ancak dayanıklılığını kaybetmemişlerdir. Evler yeniden yapılırken bu durum değerlendirilmiş; taş duvarlar onarılarak koruyucu nitelik kazandırılmış; üst katların yükü verilmemiş; yük, iki metre aralıkla ve 49 cm. toprağa gömülü 75 cm.lik taş pabuçlar üstüne konan bu dikmelere yerleştirilmiştir.

Evlerin dışa dönüklüğü çıkmalarla sağlanmıştır. Çıkmalar kat boyunca ortadan, yandan, iki yandan gönye türünde çeşitli tiplerden oluşurlar. Bazen bir cephede birkaç tür birden görülür. Bu, evin planı ve konumuna bağlıdır. Çıkma alt payandaları ahşap kaplamalarla şekillendirilmiştir. Cephelerdeki pencere ve kapılar yörede aynı özellikleri gösterir. Pencere 1:2-1:1.5 oranında dikdörtgen veya kemerli, dörtlü veya altılı bölmeli, giyotin veya iki kanatlıdır. Çoğu evde pencere pervazının üstü üçgen şekilde bitirilmiştir. Pencere ahşap ve demir korkuluklar yaygındır; ancak, kafes, cumba ve kepenk gibi elemanlar da az olmakla beraber mevcuttur. Kapılar çift ya da tek kanatlı, üstü ahşap kafeslidir; bu kafesli açıklık, zemin kata hava ve ışık sağlar.

Alaturka kiremitli olan çatılar, bugün hızla, hafif ve ucuz bir malzeme olan oluklu saca dönüşmektedir. Saçakların alt kısmı genellikle açıktır. Tavan arasındaki mahallin çatıdan yükselerek çıkması, yapıya farklı bir görünüm kazandırır. Yerel dilde buna guşgana denir. Bahçeli evlerin bir özelliği olan bu mekan, depolama vazifesi görür. Çatı arasının sofa üstüne gelen kesiminin bir bölümünü veya tamamını kapsar. Pencere 1:2-1:1.5 oranında dikdörtgen veya kemerli, dörtlü veya altılı bölmeli, giyotin veya iki kanatlıdır. Çoğu evde pencere pervazının üstü üçgen şekilde bitirilmiştir. Pencere ahşap ve demir korkuluklar yaygındır; ancak, kafes, cumba ve kepenk gibi elemanlar da az olmakla beraber mevcuttur. Kapılar çift ya da tek kanatlı, üstü ahşap kafeslidir; bu kafesli açıklık, zemin kata hava ve ışık sağlar.

Evlerin planı yerel özelliklerle yoğrulmuş geleneksel Türk evi planını yansıtır. Dış sofalı, iç sofalı, orta sofalı plan tipleri görülür. Genellikle üç katlı olan Beypazarı evlerinin zemin

katı taşlık ve buna bağlı ahır, samanlık, kiler gibi mekanlardan oluşur. Ayrıca taşığa bağlı bir diğer mekan da messandır. Büyük evlerde ya da konaklarda zemin katında taşığa bağlı hizmetkar bölümü de bulunur. Zemin kat dışı ufak pencerelerle açılır. Taşlıkta bir yalak ve ocak da bulunmaktadır.



Çok meyilli kesimlerde bundan faydalanılıp zeminin bir kısmına bodrum da yapılmıştır. Bu mekandan üst katlara ilk üç, dört basamağa taş olan ahşap merdivenlerle ulaşılır.

Bazı evlerde zeminin üstünde 2-2.5 m. yüksekliğinde bir ara kat mevcuttur. Bu kat tüm zeminin üstünü veya bir kısmını kaplar. Bu kattaki odaların dolap ve ocakları diğer

balkon olabilir.

Geleneğe göre Beypazarı'lılar dünyada yapacak bir şeylerinin kaldığını vurgulamak için üst katlarının bir kısmını ya da tamamını işlemeden bırakırlar. Buna yerel dilde Çandı ya da Çantı derler.

## TARİHİ-TURİSTİK YERLERİ

Eski kültürlerin izlerini taşıyan Beypazarı, tarihî eser bakımından da, Türkiye'nin en zengin yerleşim yerlerinden biridir. 200 yıllık çarşısı, üç bini aşkın ahşap evden oluşan mahalleleri, "her şeye rağmen ayakta" dercesine varlıklarını sürdürürler. Beypazarı'nda tüm evler ve işyerlerinde halen aktif yaşam sürmekte, tarih yaşatılmaktadır.

Beypazarı Belediyesi öncülüğünde başlatılan restorasyon çalışmaları gerek Turizm Bakanlığı, gerekse özel kuruluşlar tarafından desteklenmektedir. Beypazarı evlerinin dışında tarihî ve turistik mekanları şöyle sıralayabiliriz: İnözü Mağaraları (Hitit, Friglerden kalma), Boğazkesen Kümbeti (Selçuklu), Suluhan, Eski Hamam, Akşemsettin Camii, Kurşunlu Camii, Sultan Alaattin Camii, Rüstempaşa Hamamı, Hacılar Köprüsü, Tabakhane Camii, İncirli Camii, Yeni Cami, Gazi Gündüzalp Türbesi (Hırkatepe), Karadavut Türbesi, Karacaahmet Türbesi (İnözü Vadisi yolunda), Şeyh İvaz Türbesi (Ayvaşık Mah.de), Necmettin Kübra Türbesi (Bağözü'nde), Vadiler Türbesi (İnözü Vadisinde), Üç Kızlar Türbesi (Karcıkaya Mah.de), Tahir Baba Türbesi, Tacettin Dede Türbesi.



katlara göre daha basittir. Mutfak da bu katta yer alır. Bazı hallerde ara kata, ana merdiven dışında bir merdivenle ulaşılabilir. Bu kat genellikle kışlık olarak kullanılmaktadır.

Üst katlar asıl yaşama katlarıdır. Sofa (yerel dilde çardak) etrafında yer alan odaların dışında tuvalet, mutfak gibi servis mekanları da bulunur. Bu katlar daha özenle düzenlenmiştir. Sofa, sofaya bağlı oda eyvan, sekilik gibi plan elemanlarının, cephede çıkmalar oluşturmaları, değişik hareket ve karakterlerin gelişmesini sağlamıştır. Sofa bazı planlarda bir balkonla son bulur. Sofada, hem daha iyi ışık alabilmek, hem de sofayı dıştan daha iyi vurgulayabilmek için geniş ya da kemerli pencerelerden yararlanılmıştır. Büyük evlerde esas katın üzerinde bir kat daha mevcuttur. Katlar arasındaki ulaşım, farklı merdivenlerle gerçekleşir. Yerel dilde dönme dolap denilen servis dolabı ile de yatay ve düşey servis sağlanır. Bu kat genellikle alttaki planın ve elemanlarının bir tekrarıdır. Alt katı iç sofa, üst katı orta sofa olan evler de vardır. Esas kattan, guşganası olan evlerde sofa ya da mutfaktaki merdiven aracılığı ile bu yere ulaşılır. Depo olarak kullanılan bu mekana bazen bir oda da eklendiği görülür, hatta bu odanın önünde

## YEMEKLERİ

Beypazarı yemekleri gerçekten lezzetli bulunur, beğenilir. Hele düğünlerde daha bir güzeldir. Düğünlerde ikram edilen yemeklere "ince takım" denir. Sofraya konulma sırası şöyledir; yoğurtlu çorba, et yemeği, dolma, baklava, pilav ve hoşaf. Beypazarı sofrasının özelliği son gelenin, tatlı değil pilav olmasıdır.

Et yemekleri, özel yapılmış tandır kebabından daha yumuşaktır. İnce ve sıkı sarılmış yaprak dolma yaprağının özelliğinden, sarıp pişirenin becerisinden adeta hurma gibidir. Beypazarı dolması esasen doyurucu bir yemek değil, bir garnitür, bir spesialitedir.

Meşhur yemeklerimizi şöyle sıralayabiliriz:

Yaprak dolması, Beypazarı güvenci, kapama, mihlama, çılıbır, baklava, hoşmerim, perçem, bohça böreği, kavut, Beypazarı kurusu, fırın aşısı, ebesüt, karakabak, galle (bal kabağı), gölle, çükündür (şeker pancarı), kısır pide, yoğurtlu pide, cevizli pide, yarımca...



**Tabip Odaları ve Diğer Dokümantasyon Merkezleri**

Türk Tabipleri Birliği  
Ankara Tabip Odası  
İstanbul Tabip Odası  
İzmir Tabip Odası  
Antalya Tabip Odası  
Adapazarı Tabip Odası  
Çanakkale Tabip Odası  
Konya-Karaman Tabipler Odası  
Türk Hemşireler Derneği  
T.C. Kültür Bakanlığı  
Millî Kütüphane Başkanlığı  
T.C. Sağlık Bakanlığı  
Tedavi Hiz. Genel Müdürlüğü  
Hemşirelik Dairesi Başkanlığı  
Kronik Hastalıklar Dairesi Bşk.  
Sağlık Projesi Genel Koordinatör.  
Sağlık Eğitimi Genel Müd.  
ULAKBİM- Sağlık Bil. Araşt. Grubu  
ULAKBİM Enformasyon ve Ürün Hiz. Müd.  
YÖK Yayın ve Dok. Merkezi  
TUBITAK Marmara Araşt.  
National Library of MedicineTürkiye Temsilcisi

**Üniversite Dokümantasyon Merkezleri,  
Tıp Fakülteleri Kütüphaneleri ve  
Anabilim Dalları (Nöroloji, Fizik Tedavi)**

Adana- Çukurova Üniversitesi  
Kütüph. ve Dok. Dairesi  
Tıp Fakültesi Kütüphanesi  
Tıp Fakültesi İlgili Anabilim Dalları  
Afyon - Kocatepe Üniversitesi  
Kütüph. ve Dok. Dairesi  
Tıp Fakültesi Kütüphanesi  
Tıp Fakültesi İlgili Anabilim Dalları  
Ankara - Ankara Üniversitesi  
Merkez Kütüphanesi  
Bilgi İşlem Merkezi  
Tıp Fakültesi Kütüphanesi  
Tıp Fakültesi İlgili Anabilim Dalları  
Ankara - Başkent Üniversitesi  
Kütüphanesi  
Tıp Fakültesi Kütüphanesi  
Tıp Fakültesi İlgili Anabilim Dalları  
Adana- Çukurova Üniversitesi  
Kütüph. ve Dok. Dairesi  
Tıp Fakültesi Kütüphanesi  
Tıp Fakültesi İlgili Anabilim Dalları  
Ankara - Gazi Üniversitesi  
Kütüph. ve Dok. Dairesi  
Tıp Fakültesi Kütüphanesi  
Tıp Fakültesi İlgili Anabilim Dalları  
Ankara - Gülhane Askeri Tıp Akademisi  
Tıp Fakültesi Kütüphanesi  
Tıp Fakültesi İlgili Anabilim Dalları  
Ankara Hacettepe Üniversitesi  
Tıp Fakültesi Kütüphanesi  
Tıp Fakültesi İlgili Anabilim Dalları  
Antalya - Akdeniz Üniversitesi  
Dokümantasyon Daire Başk.  
Tıp Fakültesi Kütüphanesi  
Tıp Fakültesi İlgili Anabilim Dalları  
Aydın - Adnan Menderes Üniversitesi  
Kütüph. ve Dok. Dairesi  
Tıp Fakültesi Kütüphanesi  
Tıp Fakültesi İlgili Anabilim Dalları  
Bolu - Abant İzzet Baysal Üniversitesi  
Kütüph. ve Dok. Dairesi  
Tıp Fakültesi Kütüphanesi  
Tıp Fakültesi İlgili Anabilim Dalları  
Bursa - Uludağ Üniversitesi  
Kütüph. ve Dok. Dairesi  
Tıp Fakültesi Kütüphanesi  
Tıp Fakültesi İlgili Anabilim Dalları  
Denizli - Pamukkale Üniversitesi  
Kütüph. ve Dok. Dairesi  
Tıp Fakültesi Kütüphanesi  
Tıp Fakültesi İlgili Anabilim Dalları  
Diyarbakır - Dicle Üniversitesi  
Kütüph. ve Dok. Dairesi  
Tıp Fakültesi Kütüphanesi  
Tıp Fakültesi İlgili Anabilim Dalları  
Edirne - Trakya Üniversitesi  
Tıp Fakültesi Kütüphanesi  
Tıp Fakültesi İlgili Anabilim Dalları  
Elazığ - Fırat Üniversitesi  
Kütüph. ve Dok. Dairesi  
Tıp Fakültesi Kütüphanesi  
Tıp Fakültesi İlgili Anabilim Dalları  
Erzurum - Atatürk Üniversitesi  
Kütüph. ve Dok. Dairesi  
Tıp Fakültesi Kütüphanesi  
Tıp Fakültesi İlgili Anabilim Dalları  
Eskişehir - Osmangazi Üniversitesi  
Kütüph. ve Dok. Dairesi  
Tıp Fakültesi Kütüphanesi  
Tıp Fakültesi İlgili Anabilim Dalları  
Gaziantep - Gaziantep Üniversitesi  
Kütüph. ve Dok. Dairesi  
Tıp Fakültesi Kütüphanesi  
Tıp Fakültesi İlgili Anabilim Dalları

Isparta - Süleyman Demirel Üniversitesi  
Merkez Kütüphanesi  
Tıp Fakültesi Kütüphanesi  
Tıp Fakültesi İlgili Anabilim Dalları  
Mersin - Mersin Üniversitesi  
Kütüph. ve Dok. Dairesi  
Tıp Fakültesi Kütüphanesi  
Tıp Fakültesi İlgili Anabilim Dalları  
İstanbul - İstanbul Üniversitesi  
Merkez Kütüphanesi  
Hulusi Behçet Kitaplığı  
İst. Tıp Fak. Nöroloji ABD  
Cerrahpaşa Tıp Fak. Kütüph.  
Tıp Fakültesi İlgili Anabilim Dalları  
İstanbul - Marmara Üniversitesi  
Merkez Kütüphanesi  
Tıp Fakültesi Kütüphanesi  
Tıp Fakültesi İlgili Anabilim Dalları  
İzmir - Dokuz Eylül Üniversitesi  
Merkez Kütüphanesi  
Tıp Fakültesi Kütüphanesi  
Tıp Fakültesi İlgili Anabilim Dalları  
İzmir - Ege Üniversitesi  
Bilgisayar.Araşt.ve Uygulama Merk.  
Kütüph. ve Dok. Dairesi  
Tıp Fakültesi Kütüphanesi  
Tıp Fakültesi İlgili Anabilim Dalları  
Kahramanmaraş - Sütcü İmam Üniversitesi  
Kütüph. ve Dok. Dairesi  
Tıp Fakültesi Kütüphanesi  
Tıp Fakültesi İlgili Anabilim Dalları  
Kayseri - Erciyes Üniversitesi  
Kütüph. ve Dok. Dairesi  
Tıp Fakültesi Kütüphanesi  
Tıp Fakültesi İlgili Anabilim Dalları  
Kırıkkale - Kırıkkale Üniversitesi  
Kütüph. ve Dok. Dairesi  
Tıp Fakültesi Kütüphanesi  
Tıp Fakültesi İlgili Anabilim Dalları  
Kocaeli - Kocaeli Üniversitesi  
Kütüph. ve Dok. Dairesi  
Tıp Fakültesi Kütüphanesi  
Tıp Fakültesi İlgili Anabilim Dalları  
Konya - Selçuk Üniversitesi  
Bilgisayar Bilimleri Araşt. Merk.  
Tıp Fakültesi Kütüphanesi  
Tıp Fakültesi İlgili Anabilim Dalları  
Malatya - İnönü Üniversitesi  
Tıp Fakültesi Kütüphanesi  
Tıp Fakültesi İlgili Anabilim Dalları  
Manisa - Celal Bayar Üniversitesi  
Kütüph. ve Dok. Dairesi  
Tıp Fakültesi Kütüphanesi  
Tıp Fakültesi İlgili Anabilim Dalları  
Samsun - Ondokuz Mayıs Üniversitesi  
Kütüph. ve Dok. Dairesi  
Tıp Fakültesi Kütüphanesi  
Tıp Fakültesi İlgili Anabilim Dalları  
Sivas - Cumhuriyet Üniversitesi  
Kütüph. ve Dok. Dairesi  
Tıp Fakültesi Kütüphanesi  
Tıp Fakültesi İlgili Anabilim Dalları  
Şanlıurfa - Harran Üniversitesi  
Tıp Fakültesi Kütüphanesi  
Tıp Fakültesi İlgili Anabilim Dalları  
Tokat - Gaziosmanpaşa Üniversitesi  
Kütüph. ve Dok. Dairesi  
Tıp Fakültesi Kütüphanesi  
Tıp Fakültesi İlgili Anabilim Dalları  
Trabzon - Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Kütüph. ve Dok. Dairesi  
Tıp Fakültesi Kütüphanesi  
Tıp Fakültesi İlgili Anabilim Dalları  
Van - Yüzüncü Yıl Üniversitesi  
Kütüph. ve Dok. Dairesi  
Tıp Fakültesi Kütüphanesi  
Tıp Fakültesi İlgili Anabilim Dalları  
Zonguldak - Karaelmasın Üniversitesi  
Kütüph. ve Dok. Dairesi  
Tıp Fakültesi Kütüphanesi  
Tıp Fakültesi İlgili Anabilim Dalları

**İl Merkezlerindeki SSK ve Devlet Hastanelerinin  
Kütüphaneleri ve Nöroloji kliniklerine Dağıtım**

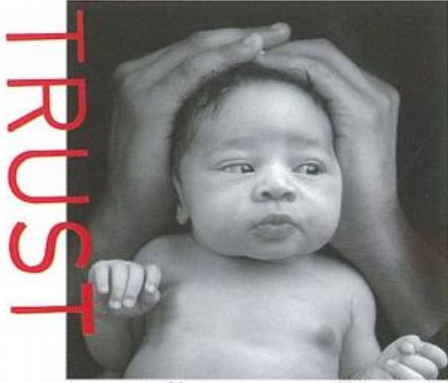
ADANA  
Adana Devlet Hastanesi  
Adana Numune Hastanesi  
Adana Ruh Sağlığı ve Hastalıkları  
SSK Adana Bölge Hastanesi  
ADIYAMAN  
Adıyaman Devlet Hastanesi  
AFYON  
Afyon Devlet Hastanesi  
SSK Afyon Hastanesi  
AĞRI  
Ağrı Devlet Hastanesi  
AKSARAY  
Aksaray Devlet Hastanesi  
AMASYA  
Amasya Devlet Hastanesi

ANKARA  
Ankara Numune Hastanesi  
Ankara Onkoloji Hastalıkları  
Sağlık Bakanlığı Ankara Hastanesi  
Özel Bayındır Tıp Merkezi  
Dr. Sami Ulus Çocuk Sağ. Ve Hast. Merk.  
SSK Ankara Eğitim Hastanesi  
SSK Ulus Hastanesi  
Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi  
ANTALYA  
Antalya Devlet Hastanesi  
SSK Antalya Hastanesi  
ARDAHAN  
Ardahan Devlet Hastanesi  
ARTVİN  
Artvin Devlet Hastanesi  
AYDIN  
Aydın Devlet Hastanesi  
Nazilli Devlet Hastanesi  
SSK Aydın Hastanesi  
SSK Nazilli Hastanesi  
BALIKESİR  
Balıkesir Devlet Hastanesi  
Bandırma Devlet Hastanesi  
SSK Balıkesir Hastanesi  
SSK Bandırma Hastanesi  
BARTIN  
Bartın Devlet Hastanesi  
SSK Bartın Hastanesi  
BATMAN  
Batman Devlet Hastanesi  
SSK Batman Hastanesi  
BAYBURT  
Bayburt Devlet Hastanesi  
BİLECİK  
Bilecik Devlet Hastanesi  
BİNGİL  
Bingöl Devlet Hastanesi  
BITLİS  
Bitlis Devlet Hastanesi  
BOLU  
Bolu Devlet Hastanesi  
SSK Bolu Hastanesi  
BURDUR  
Burdur Devlet Hastanesi  
SSK Burdur Hastanesi  
BURSA  
Bursa Devlet Hastanesi  
Yüksek İhtisas Hastanesi  
SSK Bursa Hastanesi  
ÇANAKKALE  
Çanakkale Devlet Hastanesi  
SSK Çanakkale Hastanesi  
ÇANKIRI  
Çankırı Devlet Hastanesi  
ÇORUM  
Çorum Devlet Hastanesi  
DENİZLİ  
Denizli Devlet Hastanesi  
SSK Denizli Bölge Hastanesi  
DİYARBAKIR  
Diyarbakır Devlet Hastanesi  
Diyarbakır SSK Hastanesi  
Diyarbakır Çocuk Hastalıkları Hast.  
EDİRNE  
Edirne Devlet Hastanesi  
SSK Edirne Hastanesi  
ELAZIĞ  
Elazığ Devlet Hastanesi  
SSK Elazığ Hastanesi  
Elazığ Askeri Hastanesi  
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi  
ERZİNCAN  
Erzincan Devlet Hastanesi  
SSK Erzincan Hastanesi  
ERZURUM  
Erzurum Devlet Hastanesi  
SSK Erzurum Hastanesi  
ESKİŞEHİR  
Eskişehir Devlet Hastanesi  
Eskişehir Hava Hastanesi  
SSK Eskişehir Hastanesi  
TCDD Merkez Hastanesi  
GAZİANTEP  
Gaziantep Devlet Hastanesi  
SSK Gaziantep Hastanesi  
Gaziantep Çocuk Hastanesi  
GİRESUN  
Giresun Devlet Hastanesi  
SSK Giresun Hastanesi  
GÜMÜŞHANE  
Gümüşhane Devlet Hastanesi  
HAKKARI  
Hakkari Devlet Hastanesi  
HATAY  
Antakya Devlet Hastanesi  
İskenderun Devlet Hastanesi  
SSK İskenderun Hastanesi  
İĞDIR  
İğdir Devlet Hastanesi  
İSPARTA  
Isparta Devlet Hastanesi  
SSK Isparta Hastanesi

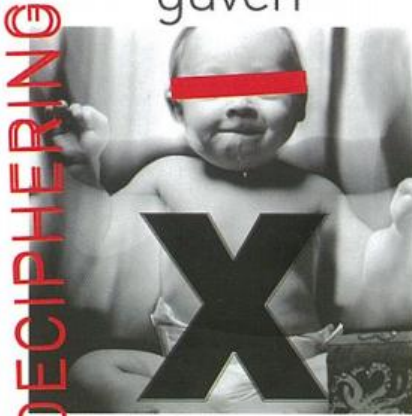
YAŞAMSAL Dergisi'nin Arşiv ve Eğitim Amacıyla Gönderildiği Birimler ve Dokümantasyon Merkezleri

<b>İSTANBUL</b> Bakırköy Devlet Hastanesi Bakırköy Ruh ve Sinir Hast. Hast. Beyoğlu Devlet Hastanesi GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Haseki Hastanesi Haydarpaşa Numune Hastanesi Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi PTT Eğitim Hastanesi Sarıyer Devlet Hastanesi SSK Erenköy Psikiyatri Hastanesi SSK Eyüp Hastanesi SSK Göztepe Eğitim Hastanesi SSK İstanbul Hastanesi SSK Meslek Hastalıkları Hastanesi SSK Okmeydanı Hastanesi SSK Paşabahçe Hastanesi SSK Yenimahalle Doğumevi ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Şişli Etfal Hastanesi Taksim Devlet Hastanesi Vakıf Gureba Hastanesi Zeynep Kamil Hastanesi	<b>SAKARYA</b> Sakarya Devlet Hastanesi SSK Adapazarı Hastanesi	<b>İSTANBUL</b> Adalar Devlet Hastanesi Beykoz Devlet Hastanesi İstinye Devlet Hastanesi Kuledibi Hastanesi M.E.B. Validebağ Sağlık Kurumu Pendik Devlet Hastanesi Polis Hastanesi Sağmacılar Devlet Hastanesi Silivri Devlet Hastanesi SSK Kartal Hastanesi SSK Şişli Hastanesi Sultanbeyli Devlet Hastanesi Şile Devlet Hastanesi TCDD Yakacak Hastanesi
<b>İZMİR</b> Alsancak Devlet Hastanesi Bergama Devlet Hastanesi Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi İzmir Atatürk Eğitim Hastanesi Karşıyaka Devlet Hastanesi SSK Alağa Hastanesi SSK Buca Hastanesi SSK İzmir Eğitim Hastanesi SSK Tepecik Eğitim Hastanesi	<b>SAMSUN</b> Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hast. Samsun Devlet Hastanesi SSK Samsun Hastanesi	<b>İZMİR</b> Bayındır Devlet Hastanesi Çeşme Devlet Hastanesi Eşrefpaşa Devlet Hastanesi Foça Devlet Hastanesi Kiraz Devlet Hastanesi Menemen Devlet Hastanesi Ödemiş Devlet Hastanesi Selçuk Devlet Hastanesi Tire Devlet Hastanesi Torbalı Devlet Hastanesi Urla Devlet Hastanesi 600 Yataklı Mevki Askeri Hastanesi 600 Yataklı Hava Hastanesi
<b>KAHRAMANMARAŞ</b> Kahramanmaraş Devlet Hastanesi SSK Kahramanmaraş Hastanesi	<b>SİİRT</b> Siirt Devlet Hastanesi	<b>KAHRAMANMARAŞ</b> Afsin Devlet Hastanesi Elbistan Devlet Hastanesi SSK Elbistan Hastanesi
<b>KARABÜK</b> Karabük Devlet Hastanesi SSK Karabük Hastanesi	<b>SINOP</b> Sinop Atatürk Hastanesi SSK Sinop Hastanesi	<b>KARABÜK</b> Safranbolu Devlet Hastanesi
<b>KARAMAN</b> Karaman Devlet Hastanesi	<b>SİVAS</b> Sivas Numune Hastanesi SSK Sivas Hastanesi TCDD Merkez Hastanesi	<b>KASTAMONU</b> Cide Devlet Hastanesi İnebolu Devlet Hastanesi Tosya Devlet Hastanesi
<b>KARS</b> Kars Devlet Hastanesi	<b>ŞANLIURFA</b> SSK Şanlıurfa Hastanesi Şanlıurfa Devlet Hastanesi	<b>KIRIKKALE</b> Lüleburgaz Devlet Hastanesi SSK Lüleburgaz Hastanesi
<b>KASTAMONU</b> Kastamonu Devlet Hastanesi SSK Kastamonu Hastanesi	<b>ŞİRNAK</b> Şırnak Devlet Hastanesi	<b>KOCAELİ</b> Gebze Devlet Hastanesi Gölcük Devlet Hastanesi Kandıra Devlet Hastanesi
<b>KAYSERİ</b> Kayseri Devlet Hastanesi SSK Kayseri Hastanesi	<b>TEKİRDAĞ</b> Tekirdağ Devlet Hastanesi SSK Tekirdağ Hastanesi Çorlu Devlet Hastanesi	<b>KONYA</b> Akşehir Devlet Hastanesi Beyşehir Devlet Hastanesi Çumra Devlet Hastanesi Ereğli Devlet Hastanesi
<b>KIRIKKALE</b> Kırıkkale Devlet Hastanesi SSK Kırıkkale Hastanesi	<b>TOKAT</b> SSK Tokat Hastanesi Tokat Devlet Hastanesi	<b>KÜTAHYA</b> Simav Devlet Hastanesi
<b>KIRKLARELİ</b> Kırklareli Devlet Hastanesi SSK Kırklareli Hastanesi	<b>TRABZON</b> SSK Trabzon Hastanesi Trabzon Numune Hastanesi	<b>MANİSA</b> Akhisar Devlet Hastanesi Alaşehir Devlet Hastanesi Salihli Devlet Hastanesi SSK Salihli Hastanesi Saruhanlı Devlet Hastanesi Soma Devlet Hastanesi SSK Soma Hastanesi Turgutlu Devlet Hastanesi
<b>KIRŞEHİR</b> Kırşehir Devlet Hastanesi SSK Kırşehir Hastanesi	<b>TUNCELİ</b> Tunceli Devlet Hastanesi	<b>MUĞLA</b> Bodrum Devlet Hastanesi Fethiye Devlet Hastanesi Milas Devlet Hastanesi
<b>KİLİS</b> Kilis Devlet Hastanesi	<b>UŞAK</b> SSK Uşak Hastanesi Uşak Devlet Hastanesi	<b>NİĞDE</b> Bor Devlet Hastanesi
<b>KOCAELİ</b> Kocaeli Devlet Hastanesi SSK Kocaeli Hastanesi SSK İzmit Hastanesi	<b>VAN</b> SSK Van Hastanesi Van Devlet Hastanesi	<b>ORDU</b> Fatsa Devlet Hastanesi Ünye Devlet Hastanesi SSK Ünye Psikiyatri Hastanesi
<b>KONYA</b> Konya Devlet Hastanesi SSK Konya Hastanesi	<b>YALOVA</b> Yalova Devlet Hastanesi	<b>RİZE</b> Pazar Devlet Hastanesi
<b>KÜTAHYA</b> Kütahya Devlet Hastanesi SSK Kütahya Hastanesi	<b>YOZGAT</b> Yozgat Devlet Hastanesi	<b>SAMSUN</b> SSK Bafra Hastanesi Bafra Devlet Hastanesi Çarşamba Devlet Hastanesi Havza Devlet Hastanesi Terme Devlet Hastanesi Vezirköprü Devlet Hastanesi
<b>MALATYA</b> Malatya Devlet Hastanesi SSK Malatya Hastanesi	<b>ZONGULDAK</b> Zonguldak Devlet Hastanesi SSK Zonguldak Hastanesi SSK Göğüs ve Meslek Hastalıkları Hast. SSK Ereğli Hastanesi Ereğli Devlet Hastanesi	<b>SINOP</b> Ayançık Devlet Hastanesi Boyabat Devlet Hastanesi
<b>MANİSA</b> Manisa Devlet Hastanesi Manisa Ruh Sağlığı ve Hast. Hast. SSK Manisa Hastanesi	<b>AMASYA</b> Merzifon Devlet Hastanesi	<b>SİVAS</b> Asker Hastanesi
<b>MARDİN</b> Mardin Devlet Hastanesi	<b>ANKARA</b> Ayaş Devlet Hastanesi Beypazarı Devlet Hastanesi Çubuk Devlet Hastanesi Elmadag Devlet Hastanesi Etimsigut Devlet Hastanesi Hamdi Eriş Kazan Devlet Hastanesi Haymana Devlet Hastanesi Kalecik Devlet Hastanesi Kızılcahamam Devlet Hastanesi Nallıhan Devlet Hastanesi Polatlı Devlet Hastanesi Sincan Devlet Hastanesi Şereflikoçhisar Devlet Hastanesi 600 Yataklı Mevki Asker Hastanesi	<b>ŞANLIURFA</b> Birecik Devlet Hastanesi Siverek Devlet Hastanesi
<b>MERSİN</b> İçel Devlet Hastanesi SSK 70. Yıl Tarsus Hastanesi SSK Mersin Hastanesi Tarsus Devlet Hastanesi	<b>ANTALYA</b> Alanya Devlet Hastanesi Manavgat Devlet Hastanesi Side Devlet Hastanesi	<b>TEKİRDAĞ</b> SSK Çerkezköy Hastanesi Malkara Devlet Hastanesi
<b>MUĞLA</b> Muğla Devlet Hastanesi SSK Muğla Hastanesi	<b>AYDIN</b> Söke Devlet Hastanesi Sandıklı Devlet Hastanesi	<b>TOKAT</b> Erbaa Tokat Hastanesi Turhal Devlet Hastanesi Zile Devlet Hastanesi
<b>MUŞ</b> Muş Devlet Hastanesi	<b>BALIKESİR</b> Burhaniye Devlet Hastanesi	<b>TRABZON</b> Sürmene Devlet Hastanesi
<b>NEVŞEHİR</b> Nevşehir Devlet Hastanesi SSK Nevşehir Hastanesi	<b>BİLECİK</b> Bozüyük Devlet Hastanesi SSK Bozüyük Hastanesi	<b>YOZGAT</b> Sorgun Devlet Hastanesi
<b>NİĞDE</b> Niğde Devlet Hastanesi SSK Niğde Hastanesi	<b>BİTLİS</b> SSK Tatvan Hastanesi Tatvan Devlet Hastanesi	
<b>ORDU</b> Ordu Devlet Hastanesi SSK Ordu Hastanesi	<b>BOLU</b> Düzce Devlet Hastanesi	
<b>OSMANIYE</b> Osmaniye Devlet Hastanesi	<b>BURDUR</b> Bucak Devlet Hastanesi	
<b>RİZE</b> Rize Devlet Hastanesi SSK Rize Hastanesi	<b>BURSA</b> Askeri Hastanesi SSK Gemlik Hastanesi Gemlik Devlet Hastanesi İnegöl Devlet Hastanesi	
	<b>ÇANAKKALE</b> Biga Devlet Hastanesi	
	<b>EDİRNE</b> Keşan Devlet Hastanesi	
	<b>ESKİŞEHİR</b> Eskişehir Hava Hastanesi TCDD Merkez Hastanesi	
	<b>GİRESUN</b> Balıncak Devlet Hastanesi	

Biliyoruz ki, çalışan ve üreten insanların,  
kuruluşların işini kolaylaştıran  
ne ilk ne de tek firmayız...  
Ama bildiğimiz bir şey daha var ki,  
o da sıradan bir iş olarak görmediğimiz  
bu uğraşta sıradan olmak gibi  
bir şansımızın asla olmadığı...



"güven"



"deşifre"



"çeviri"

DEŞİFRE  
TERCÜME HİZMETLERİ  
**D SIFRE**

ARTI AJANS TERCÜME DEŞİFRE ORGANİZASYON HİZMETLERİ LTD. ŞTİ.  
KONUR2 SOK. 41/5 KIZILAY/ANKARA TEL.: 0312 418 9442 • FAX: 0312 418 94 43  
www.arti-ajans.com • info@arti-ajans.com



# KUDRET GÖZ HASTANESİ



**EXCİMER LASER TEKNOLOJİSİNİN  
ULAŞTIĞI EN SON NOKTA...**



**WAVEFRONT SİSTEM İLE  
GÖZLÜKLERİNİZDEN KURTULUN...**



**KENNEDY CAD. NO: 71 KAVAKLIDERE**

**TEL: 446 64 64**  
**www.kgh.com.tr**



**TS EN ISO 9001:2000  
KALİTE SİSTEM BELGESİ**