ÜLKEMİZDE HEMODİYALİZ UYGULAMASINDA DAMARYOLU SORUNLARI VE ÇÖZÜM YOLLARI

Uz.Dr.Hıdır ARSLAN

Diaverum Bahçelievler – İstanbul

16.01.2015

GÖRÜŞ

- Mutluyum ki geçen yıl bu vakitler hemodiyaliz uygulama hemşireliiğinde sayısal yetersizlik konuşurken, şimdi burada iş kalitesi konuşuyoruz.

16.

BİR ZAMANLAR BİR YERLERDE SÜPER DIYALIZ ILE INSANLAR ÖLÜMLERDEN KURTARıLıP ÇAY TOST PARTILERINDE MAZLUM MILLETLERIN KADERI DEĞIŞTIRILIRKEN

16.01.2015

Tüm hayatın hatta hasad mevsimlerinin diyaliz ile belirlendiği binlerce yıldır kayıp atlantis kıtasının aslında o düşler ülkesindeki ada olduğu..3.Süper diyaliz katında şeeker ayaklı, şeeker fabrikalı ortası bağlı etrafı dağlı Erzincan'ımdan Kıymet teyzenin mantarlı tırnaklı güzel yaralı ayaklarında tırnak çitletip, debridman- pansuman ederkenn lacivert kıyafetli, sert görünüşlü hemşire heyecanla koşup gelir, yatılı mektepli, yoksul aile çocuğu, dr Mazlum u olay yeri inceleme ekibi baş sorumlusu olarak –dr bey çabuk gelin yeni bir fistülden pıhtı gelme vakası!- diyerek 2. en süper süperi bizde diyaliz katına çağırır;

Satılmış bey maalesef fistülünüz tıkanmış görünüyor, durumu farkında mısınız?

Hasta-daha dün baktım çalışıyordu püskülüm, Şahmaran hemşire taktı iğneyi o durdurdu herhal, Tost neyli var?, çaylar bugünlerde soğuk geliyor, bugün yemekte ne veriyorsunuz?Televizyonum stv çekmiyor mu..)

Son ütücü hemşire- DT-iğneleri taktım ama pıhtı geldi!

Hasta yakını(telefon ile aranan)-"lansör ü bitmişti, vallahi çocuğu okula bırakıp alacağım, gelebilecek kimsemiz yok..

Israrlı aramalar ile gelen hasta yakını-sırtımızdan bunca parayı kazanın ufacık ameliyata ben koşayım..verin kağıtlarını, dosyasını, götüreceğim hastamı, 184 e de şikayet edeceğim seni

Girişim hekimi-özel SHS(KVC cerrahı, anestezi uzmanı, genel cerrah, girişimsel radyolog, nefrolog, hemodiyaliz hekimi..)-hastanın parası varmı?, farkı sen mi vereceksin?, devlete salla gitsin..

Devlet hastanesi girişim hekimi-farkı verebiliyorsanız şu hastanede yapalım, yoksa randevu alıp polikliniğe gelsin..

Hemodiyaliz sorumlusu hekim-abi bırak gitsin kendi bulsun yaptırsın, hasta uçmuş nereden buluyorsun bunları?..

Sağlık bakanlığı mail kanalı-Dışardan doktor ithal edeceğim göreceksiniz! havası çalmaya devam eder..

SGK mail kanalı-Çok konuşma, keserim sana cezayı sakallı..

Organ nakil üniteleri damaryolu desteği-Nakile hasta vermezsen farkı sen ödersin..

SORULAR

- Multidisipliner …İş kalitesi de nedir?, Hemşirelik uygulaması damary sürvisi ilişkisi?, Damaryolu tipi morbidite-mortalite ilişkisi?,

Access planını kim yapmalı? Ne zaman yapmalı?(Nefrolog, diyaliz hekim cerrah?), Hangi damaryolu? Hangi organizasyon veya adımlar ile?

Acces ihtiyacı olan hasta, akut veya kronik sorun evresinde hangi hastane veya kurumda hizmet alacak?

Kamu hastanelerinde damaryolu oluşturulmasında AVF, AVG ve kateter girişim yeterliliği, hizmete erişim yöntemi?

Diyaliz hekimi planlama, takip ve gerek postop gerek uygulama ile oluşacak komplikasyonları değerlendirmek için yeterli eğitim, bilgi ve tecrübeye sahip mi?

Son kullanıcı hemşire, diyaliz teknikeri yeterli bilgi, tecrübeye sahip mi? Okullarının eğitim kalitesi ve süresi yeterliliği, sertifikasyon eğitimlerinin kalitesi ve süresi yeterli mi?

Access ile ilgili hasta eğitimi yeterli mi? Hasta yakını bu süreçlerde ne ölçüde yer almalı ve eğitimi gerekli mi?

Riskli damar yolu sorunlarını kim belirlemeli, damar yolu takip ve koruma, survi iyileştirme sistemi kim üzerinden yürümeli?

Sağlık hizmeti hat safhada özel SHS lere bırakılmış ancak kaynak vermeyen bir sistemde damaryolu erişim maliyetlerini kim karşılayacak?

TEMEL SORUNLAR

- Poliklinik hizmetlerimiz, koruyucu hekimlik hizmetlerimiz yetersizdir.
- Klinik hekimlik kaybedilmiş, laboratuvar- görüntüleme hekimliği yerine ikame edilmiştir.
- Hasta eğitimi işin asıl parçası sayılmamakta ve yetersizdir, önemsenmemektedir.
- Hekim eğitim kalitemiz yetersizdir
- Hemşire eğitim kalitemiz yetersizdir
- Takım çalışması, eleştirel düşünme, yaratıcılık, iletişim, denetim, işletme değerler, …. kavramları …..
- Sağlık çalışanları arasında sık DM popülasyonu, PAH ve diyabetik ayak gören çalışan grubu olan diyaliz çalışan grubunun konudaki eğitim altyapısı yetersizdir.

DİYALİZ HEMŞIRELIK UYGULAMASINDA SIK SORUNLAR

- Yapılan iş ile yazılı kayıt uyumsuzluğu
- Temel takip eksiklikleri(ATN takibi..)
- Hasta sorgulama eksikliği, damar giriş yolu değerlendirmesi inspeksiyon ve palpasyonla yapılmıyor
- Hasta eğitiminin işin temel unsuru olarak görülmemesi,
- İğne giriş hataları, mükerrer iğne girişimleri, sık hematom gelişmesi, soruna yaklaşım hataları..
- AVF, özellikle AVG'e bölgesel kullanım, greftli kola turnike uygulanması, enfeksiyon risklerinden kaçınmama..
- Kateter kullanımında prosedür uygulama hataları(kapama solüsyonu, miktar-infüzyon hızı, aseptik non touch tekniğivb), Kateterin durumu hakkında (çıkış yeri dahil) günlük-haftalık değerlendirilme, not kayıt..
- Basınç izolatörlerinin kapalı tutulması(özellikle arter..)
- Tromboze fistüle, grefte iğne uygulanması
- Hava kullanarak çıkış işlemi !!!
- Antikoagülasyon hataları, yeterliliğinin değerlendirilmemesi, çıkış değerlendirme notları
- Antikoagülasyon bolus dozu arteriel hattan ve zamanında verilmiyor
- Çok kullanımlık flakonların girişleri her kullanımda iğne girişinden önce uygun dezenfektan ..

- Sisteme infüzyonlar ile hava geçişi, diyaliz duraklamaları!
- İğne çıkmaları(facia)
- Kolda turnike unutulması
- Doküman kayıtlarının tutulmaması(takip, uygulama, sorun...)
- Tartı hataları, hesap hataları, aşırı UF ve sık hipotansiyon..
- Malzeme hataları, iğne, solüsyon..
- Afonksiyone, yetersiz damaryolu oluşturulması, taraflar arasında koordinasyon bozukluğu, bu damaryolu ne amaçla oluşturulmuştu..

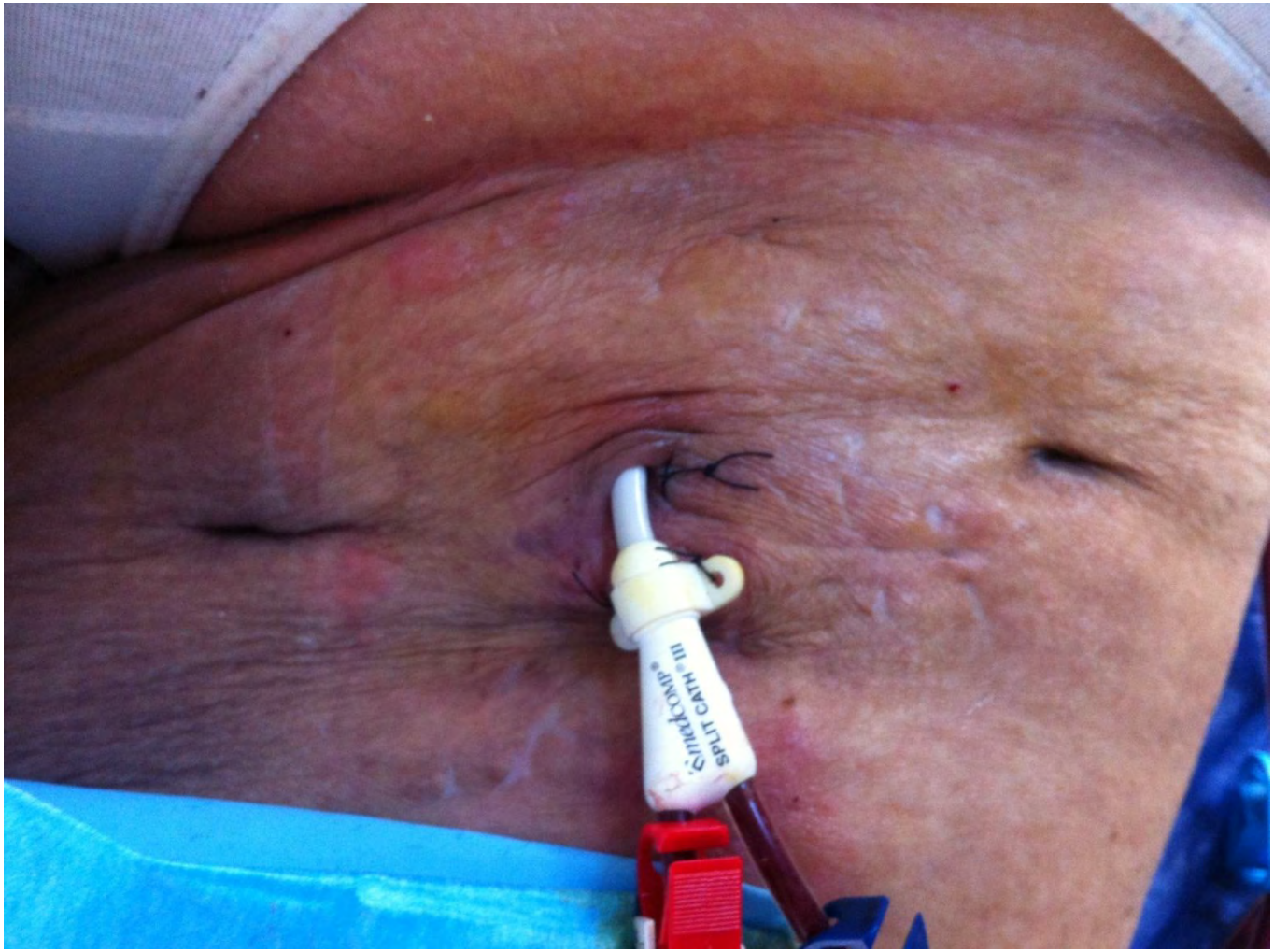
(cerrahi yetersizlik, mükerrer girişimler, üç gün aspirin kullansın, egzersiz yapılınca açılacak damaryolları, SC kateterler, femoral kateterler..)

DURUM

- Damaryolu konusu kamu erki, diğer sivil toplum örgütlerince gözardı edilmiş, yada gözden kaçmıştır, mevcut çabalar yetersizdir,
- Diyaliz Teknikerliği Yüksekokulları, işgücü açığını kapatmak için çözüm olurken, sektörde kalifiye eleman açığı büyümüştür, 2014 de ~450, 2015 de ~650, 2016 yılında toplam 28 yüksekokuldan ~1650 diyaliz teknikerinin mezun olması beklenmektedir.
- Her sağlık sunucusu kendi olanakları içerisinde damaryolu sorunlarını, el yordamı ile çözmeye çalışmaktadır,
- Multidisipliner yaklaşım gerekir dediğimiz bir konuda aynı kurum altında bile nefrolog, vasküler cerrah, radyolog, takip hekimi, diyaliz hemşiresi kooperasyonunu sağlayamayan bir iş- işletme ortamımız bulunmaktadır..
- Organ nakli ünitelerinin iş uydusu bakışı ile kısmen üstlendikleri damaryolu sorunu bu grupların ilgisini yitirmesi ile, yakın gelecekte; diyaliz yaşı olarak daha yaşlı, organ reddi gelişmiş immunterapi sonrası zarar görmüş vasküler sistemi ile daha sorunlu hasta grubu ile, konusunda yetersiz eğitim almış aktif çalışan hemşire grubu, kamuda eğitim vakası olarak yapılacak girişimler ile daha karmaşık ve külfetle karşımıza gelecektir..

ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

- KVC uzmanlık eğitimi içinde damaryolu cerrahisi sertifikalı eğitimi yer almalı
- Kamu eğitim hastanelerinde nefroloji poliklinik hizmetinin yaygınlaştırılmalı, hasta eğitimi ofisleri bu polikliniklerin uzantısı olarak çalışmalı(psikolog, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen..)
- Diyaliz teknikeri eğitim süresi uzatılmalı(en az üç yıl..), eğitim ortamı dershane düzeyinden üste çıkarılmalı
- Diyaliz teknikerliği eğitim müfredatına damaryolu kullanımı eğitimi teorik ve pratik müfredata konmalı, dersi konunun uzamanı vermeli
- Sağlık bakanlığı SUT dışında tek cümle bahsetmediği damaryolu konusunu ülke gerçeklerine uygun şekilde Diyaliz yönetmeliği içine almalı(700 civarında kateter uygulayan hekim takamıyor(anestezist,cerrah taksın diyorsun…)
- Diyaliz danışma kurulu'na konuya vakıf KVC cerrahı, diyaliz hemşires diyaliz hekimi alınmalıdır..
- SGK ceza kesmek yerine damaryolu oluşturulması girişim ödemesinde iyileştirme yapmalı, pratikte ulaşım ve yemek ikramı gibi hemodiyaliz kliniklerinin üzerinde kalmış bu işleme hemodiyaliz ücretinde iyileştirme yaparak gerçekte kliniklerin kendi olanaklarından fedakarlık ederek geliştirmek zorunda kaldığı bu uygulamayı kurumsal uygulama haline getirmeli.
- Ulusal damaryolu çalışma grubu oluşturulmalı; konunun tarafları Sağlık bakanlığı, SGK, meslek örgütleri(TSN, DIHED, Hemşirelik dernekleri, hasta dernekleri..)


SPLIT CATH III

P GM A

eğitim

PARADİGMA

Paradigmayı, belli bir bilim topluluğuna araştırmalarında yol gösteren ve onların hayata bakışlarını belirleyen bir pencere olarak tanılayabiliriz.

Paradigma bir felsefe, bir bakış açısı bir değerlendirme biçimidir.

Bir paradigma içinde , hem temel soruların hem de cevapların çerçevesi bellidir.

KUHN

Thomas Kuhn paradigma ….. Thomas Kuhn'a göre bilimsel teoriler aslında paradigmalardır.

Farklı dünya görüşleri ve yerleşik düşünce kalıpları olan paradigmalar birer karşılaştırma modelleridir. Bu modelleri olaylarla karşılaştırmak için kullanırız. Bu nedenle onların doğru ve yanlışlıklarından söz edilemez.

Newton'un mekaniği, Copernicus'un güneş merkezli sistemi ya da herhangi bir kuram paradigma olabilir.

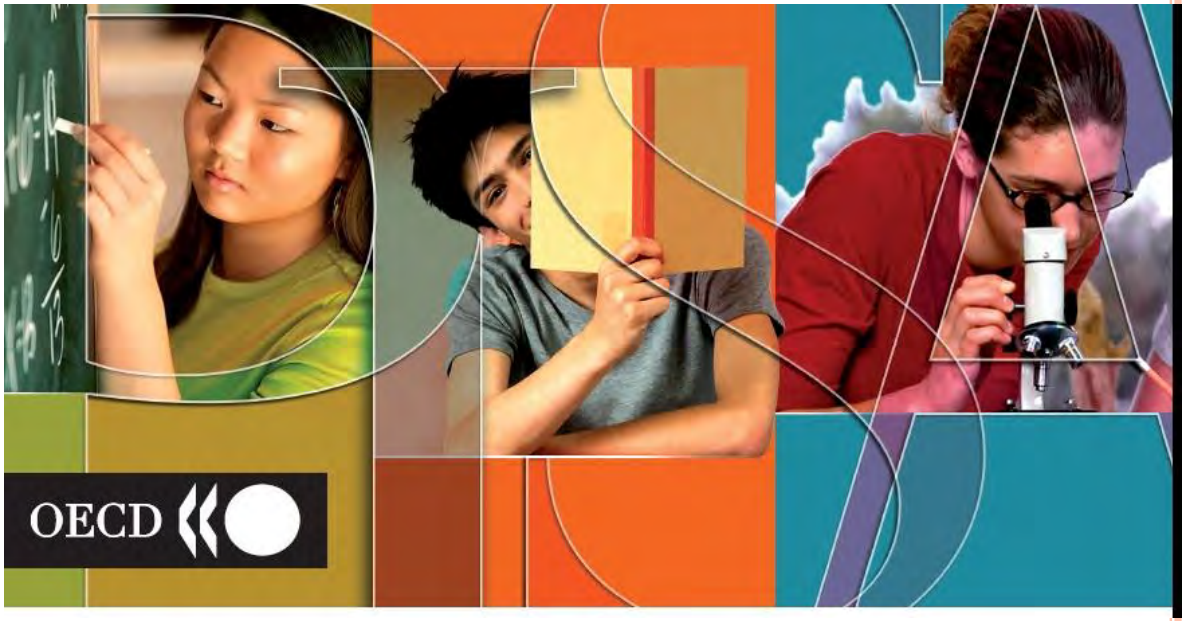
EĞITIMDE DE DEĞIŞIK PARADIGMALAR OLABILIR

Eğer idealist görüşe sahipseniz ,her insanın zihninde doğuştan bilginin var olduğunu kabul edersiniz. Bu paradigmaya göre yapacağımız eğitim düzenlemeleri farklıdır.

Realist görüşü benimserseniz, insan zihninin doğuştan boş olduğunu kabul edersiniz ve yapacağınız eğitim-öğretim düzenlemeleri de ona göre olur.

Değişik paradigmalar eğitim sistemimizi etkiler. Dini konularda ağırlıklı öğretim yöntemi ezber olur.

Teknik, fen konularında uygulama ağırlıktadır. Bakış açımız ona göre değişir.



PİSA SINAVI SONUÇLARI 2012

Yarışma veya sınav değil, bir durum belirleme çalışmasıdır.

Bireysel olarak öğrencilerin veya okulların değil, ülkelerin eğitim sistemlerinin durumunu ortaya koymaktadır.

Ülkelerin uluslararası düzeyde kaliteli insan gücü olarak konumunu belirler

PISA, öğrencilerin sadece okulda verilen temel bilgileri öğrenip öğrenemediklerini değil, aynı zamanda öğrendiklerini kullanarak bilinmeyen hakkında tahminde bulunup bulunamadıklarını ve bilgilerini okul içerisinde ve okul dışı durumlarda uygulayıp uygulayamadıklarını da araştırmaktadır

EĞİTİMDE SINIFTA KALDIK

Türkiye, ilki 2000 yılında gerçekleştirilen PISA'ya 2003'te katılmaya başladı ve o tarihten bu yana dört değerlendirmede (2003, 2006, 2009 ve 2012) yer aldı.
2012 yılında yapılan PISA sınavına göre Türkiye matematikte 44, fende 43. ve okuma sınavında 31. oldu.

4. ve 8. sınıfların katıldığı ve Uluslararası Eğitim Başarılarını Değerlendirme Kuruluşu olan TIMMS'de de durum farksız. Matematik alanında 4. sınıf seviyesinde 469 puan ile 50 ülke arasında 35. olan Türkiye, hiçbir Avrupa ülkesinin önüne geçemedi. Aynı sınavda 8. sınıf seviyesinde 452 puan ile 42 ülke arasında 24. sırada yer tutan Türkiye, sadece Makedonya'yı geçebildi.

Uluslararası Okuma Becerilerinde Gelişim Projesi olan PIRLS'de de Türkiye 35 katılımcı ülke arasında 28. sırada yerini aldı.

PISA, matematik, fen ve okuma becerileri alanlarında 15 yaş 3 ay ile 16 yaş 2 ay arasındaki çağ nüfusunun katıldığı bir değerlendirmedir. 2012 değerlendirmesine 34'ü OECD üyesi, 31'i üye olmayan toplam 65 ülke katıldı. 2009'daki değerlendirmeye 26 milyon çağ nüfusunu temsilen 470 bin öğrenci katılırken, 2012 değerlendirmesinde 28 milyon öğrenciyi temsilen 510 bin öğrenci dahil edildi. Sınavı OECD'nin Eğitim Bölümü, ülke eğitim bakanlıkları ile ortaklaşa yürütüyor. Her ülkenin kendi sınav komitesi bulunuyor. 2009 değerlendirmesi okuma becerileri ağırlıklıyken, 2012 değerlendirmesi daha çok matematik ağırlıklı tasarlandı.

Peki, PISA neyi ölçer ve ne ifade eder? PISA kısaca 21. yüzyıl eğitim paradigmasının olmazsa olmaz becerilerini ölçmeyi amaçlıyor. Bunun yanında PISA, küresel ölçekte ülkelerin eğitim sistemlerinin ne kadar 21. yüzyıl öğrenme modelini içselleştirdiğini ve 21. yüzyıl eğitim gereksinimleri açısından ne denli performans gösterebildiğini ortaya koyan bir değerlendirmedir. Sorular eleştirel ve analitik düşünme becerilerine dönük hazırlanıyor. Öğrenciler azdan çoğa, 1-6 arasında bir başarı ölçeğinde yerleştiriliyor. 5-6'ıncı kademeler en başarılı öğrencilerin yer aldığı yüzdelik dilimleri ifade ediyor.

2012 sonuçlarına göre ilk 7 sırayı alan Asya ülkeleri (Çin, Singapur, Hong Kong, Kore, Tayvan) yeni ve belki de tüm dünyanın dikkatini çeken bölgesel denebilecek bir başarı hikayesinin sinyallerini veriyor. Ülkemizde belki de bir bakıma çok az tanınan Asya bölgesi ülkelerinden Vietnam'ın dahi Türkiye'nin gösterdiği performansın çok üstüne çıkması PISA'yı sıralamalardan ve sonuçlardan çok sebepleri araştırmaya merak uyandıran bir değerlendirme haline getiriyor.

OECD'nin sürekli tekrarladığı eğitimde inovasyon ve inovatif eğitim çevreleri meselesinin altı, PISA sonuçlarının ele alındığı tüm çalışmalarda çiziliyor. Yapılan son çalışmalar gösterdi ki, inovatif eğitim çevreleri PISA performansını arttırıyor. Ayrıca, ülkelerin eğitim ve inovasyon performansları arasında 'altın oran' yakınlıkta bir korelasyon bulunuyor.

UNDP "İNSANİ İLERLEMEYI SÜRDÜRMEK: KIRILGANLIKLARı AZALTMAK VE DAYANIKLILIK OLUŞTURMAK"

Summary

Human Development Report 2014

Sustaining Human Progress:
Reducing Vulnerabilities and Building Resilience

Human Development Index (HDI): A composite index measuring average achievement in three basic dimensions of human development—a long and healthy life, knowledge and a decent standard of living. See *Technical note 1 at http://hdr.undp.org for* details on how the HDI is calculated.

Life expectancy at birth: Number of years a newborn infant could expect to live if prevailing patterns of age-specific mortality rates at the time of birth stay the same throughout the infant's life.

Mean years of schooling: Average number of years of education received by people ages 25 and older, converted from education attainment levels using official durations of each level.

Expected years of schooling: Number of years of schooling that a child of school entrance age can expect to receive if prevailing patterns of age-specific enrolment rates persist throughout the child's life.

Gross national income (GNI) per capita: Aggregate income of an economy generated by its production and its ownership of factors of production, less the incomes paid for the use of factors of production owned by the rest of the world, converted to international dollars using PPP rates, divided by midyear population.

16.01.2015

Summary
Human Development Report 2014

Sustaining Human Progress:
Reducing Vulnerabilities and Building Resilience

"İnsani İlerlemeyi Sürdürmek: Kırılganlıkları Azaltmak ve Dayanıklılık Oluşturmak"

İnsani Gelişme Göstergesi (*Human Development Index*), Dünya'daki ülkeler

için yaşam uzunluğu, okur yazar oranı, eğitim ve yaşam düzeyi doğrultusunda hazırlanan bir ölçümdür.İnsanların düzgün yaşaması, özellikle çocuk hakları için bir ölçüm teşkil eder. Bu araştırma sonucunda

bir ülkenin gelişmiş, gelişmekte olan ya da gelişmemiş bir ülke olduğu; bunun yanı sıra ekonomisindeki etkinin yaşam niteliği ne düzeyde etkilediğini gösterir.

Dağılım ilk olarak 1990 yılında Pakistanlı ekonomist Mahbub ul Haq tarafından geliştirilmiştir ve 1993 yılından bu yana Birleşmiş Milletler Gelişme Programı tarafından yıllık Gelişme Raporu'nda sunulur.

İnsani Gelişme Göstergesi ülkelerde üç başlıca gelişimleri göz önünde tutar:

Uzun ve sağlıklı bir yaşam; ölçümü ortalama yaşam süresi ile yapılır.

Bilgi, ölçümü okur yazar oranı (2/3'ü)
ve ilkokul, lise ve üniversite kayıtları yüzdesi (1/3'ü) ile yapılır.

Ölçülü yaşam düzeyi, ölçümü kişi başına düşen gelir ve alım gücünün Amerikan Doları'ndan hesaplanmasıyla yapılır.

Summary
Human Development Report 2014

Sustaining Human Progress:
Reducing Vulnerabilities and Building Resilience

16.01.2015

UNDP (Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı) tarafından hazırlanan İnsani Gelişme Endeksi (İGE), doğumda ortalama yaşam beklentisi, öğrenim görme süresi beklentisi, ortalama öğrenim görme süresi ve kişi başına düşen Gayrisafi Milli Hâsıla (GSMH) gibi göstergelerden hareketle oluşturulan bir değer. Kalkınma iktisatçıları tarafından da oldukça ciddiye alınıyor.

Türkiye'nin sıralamadaki yeri konusunda ne düşündüğümü açıklamadan önce UNDP tarafından yayımlanan 2014 İnsani Gelişme Raporundaki mevcut durumu ve sıralamayı doğru anlayalım: Rapora göre, Türkiye'nin sıralamasında geçen yıla göre bir değişim yok.

Summary
Human Development Report 2014

Sustaining Human Progress:
Reducing Vulnerabilities and Building Resilience

RAPORDA TÜRKİYE

Temel veri ve kıstaslardaki düzeltme ve güncellemeler nedeniyle 2014 İnsani Gelişme Raporu'ndaki değer ve sıralamaları daha önce yayımlanan raporlardaki değer ve sıralamalarla kıyaslamak yanıltıcı olabilir.

Bu seneki verilerde sıralamaları etkileyen çok önemli değişiklikler oldu.

Türkiye'nin 2013 İnsani Gelişme Endeksi (İGE) değeri 0.759 oldu. Bu değerle Türkiye, yüksek insani gelişme kategorisinde yer aldı ve 187 ülke ve bölge arasında 69. oldu. 2013'te verilerde yapılan değişiklikler göz önüne alındığında, 2012 ile kıyaslandığında Türkiye'nin sıralamasında gerçek anlamda bir değişiklik olmadı. 2013 yılı verilerine ve hesaplama yöntemlerine göre Türkiye, 2012 İGE sıralamasında da 187 ülke ve bölge arasında 69. sıradaydı.

1980 ve 2013 yılları arasında Türkiye'nin İGE değeri 0,496'dan 0,759'a yükseldi. Bu da, toplamda yüzde 53'lük, yıllık bazda ise yüzde 1,30'luk bir artış anlamına geliyor.

Summary
Human Development Report 2014

Sustaining Human Progress:
Reducing Vulnerabilities and Building Resilience

Cinsiyete Dayalı Gelişme Endeksi'nde ise Türkiye 118. sırada. Yani, genel insani gelişme sıralamasının bir hayli gerisinde. Bir başka ifadeyle, doğumda ortalama yaşam beklentisi, öğrenim görme süresi beklentisi, ortalama öğrenim görme süresi ve kişi başına düşen Gayrisafi Milli Hasıla göstergeleri açısından kadınlar ve erkekler arasında önemli bir farklılık var Türkiye'de.

İGE'de 6. olan 80 milyon nüfuslu Almanya'da, doğumda ortalama yaşam beklentisi 80,7; öğrenim görme süresi beklentisi 16,3; ortalama öğrenim görme süresi 12,9 ve kişi başına düşen GSMH 43.049 dolar. İGE'de 15. olan 50 milyon nüfuslu Güney Kore'de, doğumda ortalama yaşam beklentisi 81,5; öğrenim görme süresi beklentisi 17,0; ortalama öğrenim görme süresi 11,8 ve kişi başına düşen GSMH 30.345 dolar.

İGE'de Türkiye'nin ilerlemesi için ne yapmak lazım?

GöstEkonomik büyüme lazım. Ayrıca MEB, YÖK, Sağlık Bakanlığı ve Kalkınma Bakanlığı'nın daha iyi ve eşit sağlık/eğitim hizmetleri sağlamaya odaklanması gerekmekte.

Kalkınma ve eğitimde küme düştük	Dünyada ülke sayısı	Türkiye'nin sıralamadaki yeri
Kişi Başına Düşen Gelir	190	65
İnsanı Gelişmişlik Endeksi	187	90
Eğitim: PİSA-Fen	65	44
Eğitim: TİMMS-Matematik 4	50	35
Eğitim: PIRLS-Okuma	35	28
Eğitim: TOEFL	162	116
Küresel Rekabet-Temel	148	56
Küresel Rekabet-Üretim	148	45
Küresel Rekabet-İnovasyon	148	47
Global İnovasyon Endeksi	142	68
Global Yaratıcılık Endeksi	82	68
Küresel Cinsiyet Uçurumu	136	120
Basın Özgürlüğü	179	154

İşte mutsuzluğun resmi...	OECD ülke sayısı	Türkiye'nin sıralamadaki yeri
Yaşam Kalitesi-Barınma	36	36
Yaşam Kalitesi-Maddi durum	36	32
Yaşam Kalitesi-Çalışma	36	36
Yaşam Kalitesi-Destek	36	36
Yaşam Kalitesi-Eğitim	36	34
Yaşam Kalitesi-Çevre	36	35
Yaşam Kalitesi-Siyaset	36	11
Yaşam Kalitesi-Sağlık	36	30
Yaşam Kalitesi-Mutluluk	36	33
Yaşam Kalitesi-Güvenlik	36	29
Yaşam Kalitesi-İş/Yaşam	36	36

İşte dünya sıralamasındaki yerimiz
Kişi başı gelir 65.
Ekonomiye katılım 127.
İşgücü piyasası verimliliği 120.
Eğitime erişim 104.
Siyasete katılım 103.
Hukuki haklar 101.
Basın özgürlüğü 154.
İnsani gelişmişlik 90.
Temel gereksinimler 56.
Küresel rekabet 56.
Araştırma geliştirme 68.
Cinsiyet eşitsizliği 120.
Kadınların iş dünyasına katılımı 134.
Yaşam kalitesi (barınma) 36.
(OECD'de son sıra)
Enflasyon 125.

	2009	2010	2011	2012
Toplam sağlık harcaması				
Milyon Turk Lirası (TL)	57 911	61 678	68 607	76 358
Milyon ABD Doları ($)	37 493	41 067	40 919	42 376
Kişi başı sağlık harcaması				
Türk Lirası (TL)	804	845	928	1 020
ABD Doları ($)	521	563	553	566
Toplam sağlık harcamasının gayri safi yurtiçi hasılaya oranı (%)	6,1	5,6	5,3	5,4
Genel devlet sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı (%)	81,0	78,6	79,6	76,8
Hanehalkı sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı (%)	14,1	16,3	15,4	15,4

TUİK

SAYI: 15871 10 EKIM 2013 10:00

Sağlık Harcaması Temel Göstergeleri, 2009 – 2012

OECD SAĞLIK SİSTEMİ İNCELEMELERİ– TÜRKİYE – ISBN 978-975-590-282-1 – © OECD VE IBRD/DÜNYA BANKASI 2008

OECD'nin 2013 sağlık verilerine (Health Data 2013) göre, kişi başı ve Gayri Safi Yurt İçi Hasıla (GSYİH) yüzdesi olarak sağlık harcaması düzeylerine bakıldığında,

Türkiye 767 dolar

Meksika 977 dolar,

Estonya 1303 dolar,

Polonya 1689 dolar ayırırken,

Yunanistan 2500 doların üzerinde seyrediyor.

GUIDLINE HATıRLATMASı

KDOQI 2006 Damar Erişim Güncellemesi ve Fistüla First Programı

1-Glomerüler filtrasyon hızı (GFH) <30 olan, kronik böbrek hastalığı evre 4 olarak tanımlanan hastalar, tüm tedavi seçeneklerinin haberdar edilmelidir.

2-Radiyosefalik fistül, Brakiyosefalik fistül, ardından tercihan brakiobazilik fistül ve son olarak bir arteriyovenöz sentetik greft primer majör seçenekler olmalıdır.

3-Cilt hazırlığı ve venöz erişim kanülasyon için uygun aseptik tekniği ve diyalizde düzenli değişen kateter pansumanları kullanımı, enfeksiyon kontrolünde önemlidir.

Vasküler erişim yolu inspeksiyon, palpasyon ve steteskop ile muayene edilmelidir. Bu şekilde, erişim sahasını etkileyen bir stenoz ya da enfeksiyon tespit edilebilir. Arteriyel çalma sendromu da ortaya çıkarılabilir.

- 4-İzleme, gözetim ve Tanı Testleri

Aylık fizik muayene kalifiye personel tarafından yapılmalıdır.

Greft ve fistül düzenli damar içindeki akışı kantitatif ölçümü,

statik venöz diyaliz basınçları, dubleks ultrason ve / veya fizik

muayene ile darlık gelişimi açısından izlenmelidir.

Statik Venöz diyaliz basınç Arteriyel basınç oranı >0.5 olduğunda,

akış oranları fistül için 400 ml/dk, greft için 500 ml/dk altına (greft

içinde 600 ml / dak) düştüğünde hastalar, değerlendirme ve tedavi

için sevk edilmelidir.

- 5-Fistül Tedavi Komplikasyonları

Arteryel ya da venöz hatta % 50'den daha fazla stenoz mevcut ise Anjiyoplasti yapılmalıdır. Başarıyla tedavi edilen lezyonların <% 30 rezidüel darlık gelişmektedir.

- Anevrizmalar kanülasyondan kaçınılarak ve anevrizmaya neden olan postanevrizmal stenoz tedavi edilmelidir.
- Tromboz tespit edilirse, trombektomisi mümkün olduğunca erken yapılmalıdır.
- İskemi bulguları erken zamanda değerlendirilerek damar cerrahisine sevk edilmelidir.
- Cerrahi sonrası damar enfeksiyonları antibiyotik tedavi süresi 6 hafta olmak üzere, subakut bakteriyel endokardit gibi tedavi edilmelidir.

6- Arteriovenöz Greft Tedavi Komplikasyonları

Santral ven stenozları anjiyoplasti ile tedavi edilmelidir.

Anjiyoplasti ile kalıcı stent yerleştirilmesi sonrası 3 ayda gelişen >%50 restenoz açısından yeni access oluşturulması gerekliliğine işaret eder.

Bir lezyon 3 aylık bir süre içinde ikiden fazla anjiyoplasti tedavisi gerektiriyorsa, cerrahi revizyon düşünülmelidir.

7- Kateter disfonksiyon akış oranları <300 ml / dak olarak tanımlanır.

Tedavi seçenekleri; kılıf bozulması kateteri yeniden konumlandırma, trombolitik tedavi ve kateter değişimini içermektedir.

Enfekte bir kateterin en kısa sürede değiştirilmesi gerekir ve bir negatif kan kültürü sonucu, beklenmesini gerektirmez.

8- Klinik Sonuç

Bir kurumda sürekli kateter damar erişim yolu kullanım oranı <% 10 için hedeflenmelidir..

Anjiyoplasti uygulanan Greftler ve fistül 6. ayda% 50 bir primer açıklık oranına sahip olmalıdır.

AVG perkütan trombektomi sonrası primer açıklık oranı 3 ay sonra % 40 olduğu unutulmamalıdır.

FISTULA FIRST

- Program 2003 yılında başlatıldığında, hemodiyaliz hastalarında AVF oranı yaklaşık % 33 idi. Programı bu amaca ulaşmak için 2009 yılına kadar% 66 oranında bir hedefi belirledi. Hemodiyaliz alan hastalarda AVF yaygınlığını artırmak için çalışma grubu tarafından yapılmış yeni öneriler vardır. Bunlar aşağıdaki gibidir:

Program dışı AVF erişimi başarısız hastaları araştırmak için Sürekli kalite iyileştirme (CQI) oluşturulmalıdır.

- Uygun hastalarda AVF için planlarını başlatılabilmesi için nefrologlara zamanında sevk olmalıdır.
- Değerlendirilme ve AVF oluşturulması için cerrahlara erken sevk olmalıdır.
- Nefrolog, istekli ve AVF oluşturması mümkün cerrahlara başvurmalıdır.
- Cerrahlar uygun cerrahi öncesi değerlendirme yapmak ve fistül oluşturacak güncel tekniklerini kullanmalıdır.
- AV greftli hastalar olası ikincil AVF yerleştirme için değerlendirilmelidir.
- Kateterli hastalar AVF yerleşim için tekrar tekrar değerlendirilmelidir.
- Diyaliz personeli de kanülasyon teknikleri ve protokoller konusunda eğitilmelidir.

AVF düzenli aralıklarla ve AVF girişimi hasta başarısız uygun bir uzmana zamanında sevk ile izlenmelidir.

- Hastaların kendileri dahil, AVF'li hastaların bakımı ile ilgilenen tüm kişilere sürekli eğitim verilmelidir.
- CQI yoluyla elde edilen veriler düzenli olarak gözden geçirilmeli ve değerlendirilmelidir.

ÖNERILER

AV fistülü, AV grefti ve kateteri olan tüm hastalar giriş yollarını nasıl bakacakları konusunda eğitilmelidir:

1) Kanayan giriş yolunu nasıl komprese edecekleri

2) Santral venöz kateterin bütünlüğünün bozulması durumunda hava embolisi olabileceği

3) Diyalizden önce ve her gün giriş yolu üzerindeki cildin sabunla iyi bir şekilde yıkanması gerektiği

4) Enfeksiyon bulgu ve belirtileri

5) Venöz taraftaki dirence engel olmak İçin AV fistül olan kolda yapılması gereken egzersizler

6) Günlük olarak ve hipotansiyon epizodlarından sonra AV fistül ve greftin nabız ve trill'inin palpe edilmesi gerektiği

7) Eğer giriş yolunda trill palpe edilemiyor ise kulak ile üfürümün dinlenmesi hastalara öğretilmelidir.

Diyaliz tedavisine bağımlı hastalara damar erişim yolu oluşturulması, takibi ve bakımı ile sürvide ortaya çıkan sorunları çözmek için multidisipliner bir yaklaşım gerekir.

- **MİSAFİRHANE**

  İnsan kısmı bir misafirhane,
  Her sabah yeni birisi gelir.

  Bir sevinç, bir bunalım, bir zalimlik,
  Aniden farkına varmak bir şeyin,
  Hepsi beklenmedik misafir.

  Hepsini karşılayıp eyle!
  Evini vahşetle süpürüp,
  Bütün mobilyalarını boşaltan
  Bir kederler kalabalığı bile gelse.

  Her geleni alnının akıyla misafir et.
  Olur ki yeni bir zevk getirmek için
  Boşalttılar evini.

  Karanlık düşünce, utanç ve garez,
  Hepsini gülerek karşıla kapıda
  Ve buyur et içeri.

  Minnettar ol her gelene
  Kim gelirse gelsin.
  Çünkü bunların her birisi
  Öte taraftan bir kılavuz
  Olarak gönderildi.

Nephrol Dial Transplant (2007) 22 [Suppl 2]

Jan Tordoir, Bernard Canaud, Patrick Haage, Klaus Konner, Ali Basci, Denis Fouque, Jeroen Kooman, Alejandro Martin-Malo, Luciano Pedrini, Francesco Pizzarelli, James Tattersall, Marianne Vennegoor, Christoph Wanner, Piet ter Wee and Raymond Vanholder.

HASTA SEVKI

- Guideline 1.1. An early plan for venous preservation should be a substantial part of pre-dialysis care and education in any chronic kidney disease (CKD) patient regardless the choice of treatment modality (Evidence level IV).
- Guideline 1.2. Every chronic renal failure patient, who have opted for haemodialysis, should start dialysis with a functioning vascular access (Evidence level III).
- Guideline 1.3. Potential chronic haemodialysis (HD) patients should be ideally referred to the nephrologist and/or surgeon for preparing vascular access when they reach the stage 4 of their CKD (glomerular filtration rate *<30 ml/min/1.73m2) or* earlier in case of rapidly progressive nephropathy or specific clinical conditions such as diabetes or severe peripheral vascular disease (Evidence level III).

PRE OP DEĞERLENDIRME

- Guideline 2.1. Clinical evaluation and non-invasive ultrasonography of upper extremity arteries and veins should be performed before vascular access

creation (Evidence level II).

- Guideline 2.2. Central vein imaging is indicated in patients with a history of previous central vein catheters (Evidence level IV).

ACCESS OLUŞTURMA STRATEJISI

- Guideline 3.1. The access should provide sufficient blood flow to perform adequate haemodialysis (Evidence level II).
- Guideline 3.2. Autogenous arteriovenous fistulae should be preferred over AV grafts and AV grafts should be preferred over catheters (Evidence level III).
- Guideline 3.3. The upper extremity arteriovenous fistula should be the preferred access and should be placed as distal as possible (Evidence level III).
- Guideline 3.4. Fistula maturation should be monitored to allow pre-emptive intervention if needed (Evidence level III).

HEMŞIRELERIN DAMARYOLU YÖNETIMINDE ROLLERI

- Guideline 4.1. Nurses and medical staff should be involved in vein preservation and monitoring of the vascular access. Every patient with chronic kidney disease should have a declared plan for preserving the vascular access and potential access sites (Evidence level IV).
- Guideline 4.2. Any staff involved in handling vascular access or cannulating veins in renal patients should be adequately trained and be in a continuous training scheme for access management (Evidence level IV).
- Guideline 4.3. An autogenous fistula should be cannulated when adequate maturation has occurred (Evidence level III).
- Guideline 4.4. The rope ladder technique should be used for cannulation of grafts (Evidence level III).

DAMARYOLU SÜRDÜRÜLEBILIRLIĞI

- Guideline 5.1. Prior to any cannulation, autogenous arteriovenous fistulae and grafts should be assessed by physical examination (Evidence level IV).
- Guideline 5.2. Objective monitoring of access function should be performed at a regular base by measuring access flow (Evidence level II).

AV FİSTÜL VE AVG DE STENOZ TANISI

- Guideline 6.1. If a haemodynamically significant stenosis is suspected by physical examination and/or flow measurement, imaging should be performed as soon as possible (Evidence level III).
- Guideline 6.2. Pre-emptive intervention should be performed percutaneously or surgically without further delay and imaging should be performed immediately before the intervention (Evidence level II).
- Guideline 6.3. If the complete arterial inflow and venous outflow vessels need to be visualized, magnetic resonance angiography (MRA) should be performed (Evidence level III).

AVF, AVG STENOZ VE TROMBOZ TEDAVİSİ

- Guideline 7.1. For venous outflow stenosis percutaneous transluminal angioplasty (PTA) is the first treatment option (Evidence level III).
- Guideline 7.2. Thrombosed autogenous and graft fistulae should be treated either by interventional radiology or surgery. Individual centres should review their results and select the modality that produces the best results for that centre (Evidence level III).

SANTRAL VEN DARLIĞI TANI VE TEDAVİSİ

- Guideline 8.1. If symptomatic central venous obstruction is suspected, angiography of the access and complete venous outflow tract should be performed (Evidence level III).
- Guideline 8.2. Treatment should be performed by percutaneous intervention (Evidence level III).

DAMARYOLU NEDENLİ İSKEMİ TANI VE TEDAVİSİ

- Guideline 9.1. Access-induced ischaemia should be detected by clinical investigation and the cause should be identified by both non-invasive imaging methods and angiography (Evidence level III).
- Guideline 9.2. Enhancement of arterial inflow, access flow reduction and/or distal revascularization procedures are the therapeutic options. When the above methods fail, access ligation should be considered (Evidence level II).

SANTRAL VEN KATETERLERI

- Guideline 10.1. Central venous catheters should be inserted as a last resort in patients without a permanent access and the need for acute haemodialysis (Evidence level III).
- Guideline 10.2. The percutaneous route should be used for both acute and chronic catheter insertion. Insertion should be guided by ultrasound. A plain X-Ray (chest or abdomen) should be performed before use to locate catheter and detect any complication (Evidence level II).
- Guideline 10.3. The right internal jugular vein is the preferred location for insertion (Evidence level II).
- Guideline 10.4. Non-tunnelled catheters should only be used in emergency situations and should be exchanged as soon as possible for tunnelled catheters (Evidence level III).

SANTRAL VEN KATETERI KOMPLIKASYONLARı

- Guideline 11.1. Catheter dysfunction should be corrected by local fibrinolysis designed to restore flow patency. Repetitive catheter dysfunction requires local fibrinolysis with additional catheter imaging, microbiological assessment and systemic coagulation evaluation (Evidence level III).

DAMARYOLU ENFEKSIYONU YAKLAŞıM

- Guideline 12.1. Infection of autogenous AV fistulae without fever or bacteraemia should be treated by appropriate antibiotics for at least 2 weeks (Evidence level III).
- Guideline 12.2. Infection of autogenous AV fistulae with fever and/or bacteraemia should be treated by appropriate antibiotics given intravenously for 2 weeks. Excision of the fistula is required in case of infected thrombi and/or septic emboli (Evidence level IV).
- Guideline 12.3. Infected graft AVFs should be treated by appropriate antibiotics given intravenously for 2 weeks and continued orally for 4 weeks. Depending on the presence of bacteraemia and/or infected thrombi segmental explantation of the graft with bypass needs to be considered (Evidence level III).
- Guideline 12.4. Anastomotic infection is an indication for total graft explantation (Evidence level II).
- Guideline 12.5. Catheter removal must be considered when catheter infection is suspected. Immediate removal should be performed in nontunnelled catheters when infection is diagnosed (Evidence level III).
- Guideline 12.6. In tunnelled catheters with a short febrile and/or bacteraemic reaction, a delayed removal may be considered (Evidence level III). In septicaemia, immediate removal should be performed in tunnelled catheters as well.

American Journal of Kidney Diseases
Articles in Press
Article in Press

Vascular Access Type, Inflammatory Markers, and Mortality in Incident Hemodialysis Patients: The Choices for Healthy Outcomes in Caring for End-Stage Renal Disease (CHOICE) Study

Tanushree Banerjee, PhD , S. Joseph Kim, MD, PhD , Brad Astor, PhD , Tariq Shafi, MBBS, MHS , Josef Coresh, MD, PhD ,Neil R. Powe, MD

Received: February 26, 2014; Accepted: July 15, 2014; Published Online: September 26, 2014

583 katılımcılarda, inflamasyon serum C-reaktif protein (CRP) ölçüm ve 6 (IL-6) erişim yerleştirildikten sonra ve 3 yıllık izlem sırasında birden çok kez interleukin değerlendirildi. Erişim tipi santral venöz kateter (SVK), AV greft (AVG) ve arteriyovenöz fistül (AVF) olarak kategorize edildi ve zamanla değişiklikler kaydedildi.

AVF ile karşılaştırıldığında, kateterizasyon ve AVG varlığı % 62 (p = 0.02) ve % 30 (p = 0.05) ile ilişkiliydi, sırasıyla, ortalama CRP seviyeleri artmaktadır.

CVC, AVF ile karşılaştırıldığında, hemodiyaliz hastalarında kateter kullanımı ile artan inflamasyon(CRP ve IL-6) erişim kaynaklı inflamasyon ortamı ile mortalite artışına aracılık edebilir.

Yüksek CRP düzeyleri daha düşük CRP düzeylerine göre CVC başarısızlık riski ile ilişkili bulunmuştur.

American Journal of Kidney Diseases
Articles in Press
Article in Press
Patients' Perspectives on Hemodialysis Vascular Access: A Systematic Review of Qualitative Studies
Jordan R. Casey , Camilla S. Hanson, BPsych (Hons) , Wolfgang C. Winkelmayer, MD, ScD , Jonathan C. Craig, PhD , Suetonia Palmer, PhD , Giovanni F.M. Strippoli, PhD
, Allison Tong, PhD Received: March 18, 2014; Accepted: June 12, 2014; Published Online: August 09, 2014

1.034 hastayı kapsayan 46 çalışmadan, bazı temalar belirlenmiştir..

Vasküler erişim bir cerrahi müdahaleden daha fazlasıdır. Damaryolu oluşturulması duygusal olarak ,karşı karşıya olduğunu böbrek yetmezliği ve yakın zamanda diyaliz tedavisi anlamına gelir.

Hastaları hayatta tutmak için damar erişimini oluşturmak için çalışıyoruz, aynı zamanda onların vücudunun yetersizliğini hatırlatıp, bir makine ile yaşam tarzlarını ve kimliklerini bozarak anormal bir süreç yaşatıyoruz.

Zamanında eğitim , vasküler erişim yolu oluşturulması, ve hastalara güven konusunda danışmanlık hizmeti verilmesi diyaliz kalitesini artırmak ve kronik böbrek hastalığı nedeni ile hemodiyaliz gerektiren hastalar için daha iyi sonuçlara yol açabilir.

16.01.2015

American Journal of Kidney Diseases
Articles in Press
Article in Press
Buttonhole Versus Rope-Ladder Cannulation of Arteriovenous Fistulas for Hemodialysis: A Systematic Review
Ben Wong, MD
, Maliha Muneer, BSc
, Natasha Wiebe, MMath
, Dale Storie, MA
, Sabin Shurraw, MD
, Neesh Pannu, MD
,Scott Klarenbach, MD
, Alexa Grudzinski, BSc
, Gihad Nesrallah, MD
, Robert P. Pauly, MD
Received: January 20, 2014; Accepted: June 9, 2014; Published Online: August 07, 2014

16.01.2015

İp-merdiven tekniğine kıyasla, button hole tekniği lokal ve sistemik enfeksiyon riski ile ilişkili olduğu ortaya çıktı.

Nephrology Nursing Journal

Mbamalu, G., & Whiteman, K. (2014). Vascular access team collaboration to decrease catheter rates in patients on hemodialysis: Utilization of Kotter's change process. Nephrology Nursing

Journal, 41(3), 283-287.

Abstract

Long-term central venous catheter (CVC) use among patients on hemodialysis increases the risk of infection, morbidity, and mortality. This article describes the use of Kotter's process of change to establish a multidisciplinary vascular access team to facilitate the replacement of CVCs with long-term accesses. Through the implementation of vascular access teams and the execution of Kotter's eight-step process for leading change, hemodialysis clinics will have the tools needed to reduce CVC utilization rates and improve patient healthcare outcomes.

Nephrology Nursing Journal

- Bakke, C.K. (2010). Clinical and cost effectiveness of guidelines to prevent intravascular catheter-related infections in patients on hemodialysis. Nephrology Nursing Journal, 37(6), 601- 616.

Abstract

Sepsis is the second leading cause of death in patients with end stage renal disease (ESRD) on hemodialysis (HD). The average cost to the healthcare system for catheter-related infections (CRI) ranges from $4000 to $80,235 for each occurrence. CRI is a significant health problem leading to increased hospitalizations, morbidity, mortality, and a financial burden to the healthcare system. The purpose of this study was to evaluate the clinical and cost effectiveness of implementing published guidelines that pertain to patients on HD. Adult patients receiving longterm HD through a tunneled and cuffed HD catheter in an outpatient dialysis setting were studied. One-hundred and eighty-seven patients on HD were instituted on published guidelines (chlorhexidine to clean the exit site and HD catheters/hubs, hand washing, aseptic technique with site/dressing changes/placing patients on HD, setting up an infrastructure to support monitoring CRI) and prospectively followed from May 2009 to April 2010. Comparison was made to a retrospective cohort of 198 patients on HD from May 2008 to April 2009 in the same unit using standard care (sodium hypochlorite to clean the exit site; povidone iodine to clean the HD catheter hubs) A t-test analysis compared the two groups for differences. The number of infections decreased from 1.7 to 0.2 per 1000 catheter days during a 12-month period (p = 0.005). The number needed to prevent one adverse outcome of a CRI was 22 patients, with a relative risk of 0.11 and relative risk reduction of 89% in the treated group. The return on investment for implementing the program was 169% in one year, and the break-even point occurred within the first quarter. The projected annual savings in one dialysis unit was $141,606 using the project hospital's data and $179,010 using national data. CRI in patients on HD are preventable. The analysis revealed a significant reduction in CRI by implementing published guidelines with a significant cost savings to the healthcare system.

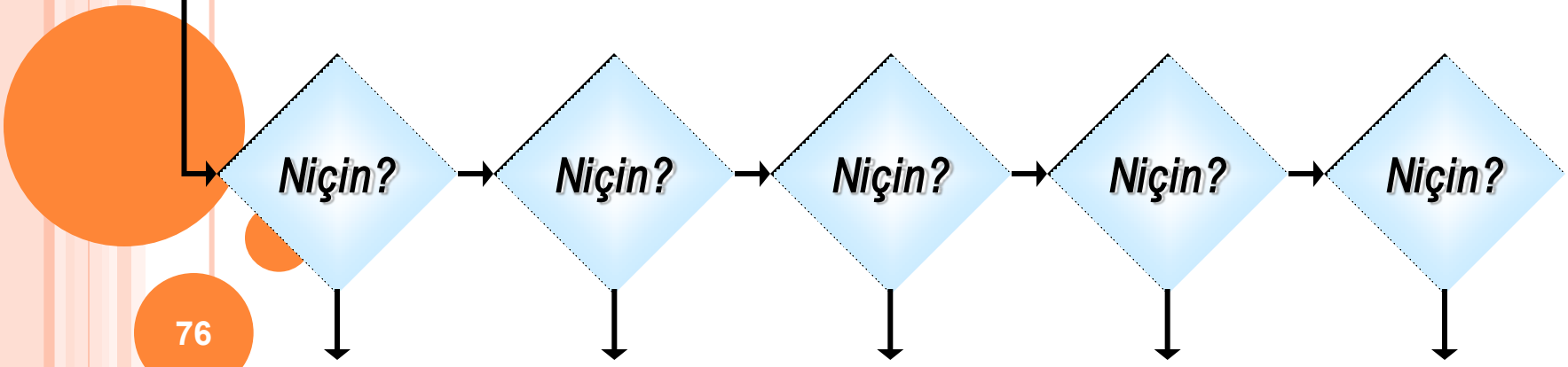
POLİKLİNİK HİZMETİ YETERSİZLİĞİ

Kılçık diyagramı(Sebep ve etki diyagramı) etkileri oluşturan ve katkıda bulunan etkiler ve sebeplerin incelemesini sağlayan sistematik analiz

Kılçık diyagramının değeri, düzenli bir şekilde ve temel sebepleri tanımlayarak problemlerin ve alt başlıklarının birçok potansiyel sebebini kategorize etmek için metot sağlamasıdır

HASTA EĞİTİMİ YETER SİZLİĞİ

HASTA EĞİTİMİ YETERSİZLİĞİ



ACCESS CERRAHİSİ YETERSİZLİĞİ

SON AVF KULLANICI SAĞLIK ÇALIŞANI EĞİTİMİ YETERSİZLİĞİ

Kim

- Hekim, hemşire, diyaliz teknikeri..
- Bu problemden hasta, ülke etkileniyor..

Ne

- Access uygunsuz kullanımı
- Yaygın bölgesel kullanım
- Damaryolu stenozları, AVF tıkanması
- Sık damarçevresi hematomlar
- Tek nokta ponksiyonları

Nerede

- Hemodiyaliz uygulaması
- Hastane yatışları artıyor
- vb.

Ne zaman

- Rutin hemodiyaliz uygulamasında
- Sık uygulama komplikasyonu kabul edilemez..

Niçin

- Eğitim altyapısı yetersiz toplum, sağlık çalışanları
- Ezberci eğitim, değerlerden yoksun paracı eğitim
- Eğitim pratiği yetersiz
- Şablon geleneksel eğitim sistemi, gelişmeden yoksun..

Nasıl

- Eğitim başta, tüm sistem örgütlenmesinde reforma ihtiyacımız var
- Rehberlik eden, ezberden uzak, yaratıcı düşünceyi serbestleştiren, problem çözme odaklı, yerel değerlerden çok evrensel değerlere dayalı eğitim sistemi oluşturmamız gerekir..

SINIRLAYICI KÜLTÜREL KOŞULLAR

- "Yeni icatlar çıkarma başımıza" deyimi olan bir kültürden kreatif düşünce ürünü beklenir mi?

- **Takiyüddin'in Rasathanesi (Dar-ü'r Rasad-ül Cedid)**, 1575 yılında Osmanlı bilgini Takiyüddin tarafından İstanbul'da Tophane sırtlarında kurulan gözlemevidir.
- 1571 yılında Osmanlı Sarayı'na müneccimbaşı olarak atanan Takiyüddin'in padişah III. Murat'a, ünlü astronom Uluğ Bey'in Semerkant'da hazırlattığı "Zic-i İlhani" adlı astronomi gözlem ve hesaplarının eskidiğini belirten raporunu sunmasından sonra kurulmuştur.
- 1580 yılında, Şeyhülislam Kadızade'nin onaylayan fetvası ve padişah III. Murat'ın emriyle rasathane denizden topa tutularak yıkılmıştır.

Takiyüddin'in rasathanesi - III. Murat'a sunulan "Şehinşahname"'den minyatür

ÜÇ SORU ÜÇ ÖDÜL KİTAP

İki hekim birkaç ressam bu saygın insanları tanıyabilecek misiniz?

"HERKESE SAĞLIK VE EŞİT, NİTELİKLİ SAĞLIK HİZMETİ" .....*D.* 21 KASIM 1914 - Ö. 3 KASIM 1990

Prof.Dr....."dil, din, mezhep, soy, cinsiyet, siyasal düşünce, felsefi inanç ayrımı gözetmeksizin herkese nitelikli sağlık hizmeti" anlayışının yansıması olan Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un mimarı olmuştur. 1961 yılında kabul edilen 224 sayılı bu yasa, sağlık yönetimi ve toplum katılımı açısından son derece ileri bir konumdadır. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi, bir "düş"tü. Onu boş bir hayal olmaktan ayıran, ayağını yere basan ve eyleme konulmasını da sağlayan gerçekçiliğiydi. Bu düş ve eylemi, koruyucu hekimliği ve çevre sağlığını ön plana çıkarmıştır. Böylece, ülkenin en ücra köşelerine kadar sağlık hizmetinin yayılmasını sağlamış; köylere ebe, ilçelere doktor, yardımcı sağlık personeli, gerekli araç ve gereç ulaştırılmıştır.

....., D. 8 EYLÜL 1881, İSTANBUL – Ö. 8 TEMMUZ 1942, İSTANBUL

Balkan Savaşı'nda Antalya'da ve Çatalca cephesinde Kolera hastalığını önleyici çalışmalar yaptı. 1914'te atandığı sahra genel sağlık müfettiş muavinliği sırasında bakteriyoloji enstitüsünü örgütleyerek tifo, dizanteri, veba ve kolera aşılarının,tetanos ve dizanteri serumlarının burada üretilmesini ve I. Dünya Savaşı boyunca ordu ihtiyacının karşılanmasını sağladı. Salgın hastalıklarla mücadelesini Hasankale'de cephe hizmetinde sürdürdü..

"Devlet idaresi A'dan Z'ye bozuktur, düzeltmek ister." diyerek devlet yönetiminde köklü bir reform taraftarı olduğunu dile getirmişti.

Tifüse karşı hazırladığı aşı tıp literatürüne geçti..

Sabrınız *için teşekkürler*