

Kifoz veya Sigmoid Dizilimle İlişkili Servikal Spondilotik Myelopati: Anterior ya da Posterior Dekompresyon Sonrası Sonuçlar

*Kenzo Uchida, M.D., Ph.D., Hideaki Nakajima, M.D., Ph.D., Ryuichiro Sato, M.D., Ph.D., Takafumi Yayama, M.D., Ph.D., Erisa S. Mwaka, M.D., M.Med., Shigeru Kobayashi, M.D., Ph.D., and Hisatoshi Baba, M.D., Ph.D.

Ortopedi ve Rehabilitasyon Bölümü, Fukui Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eiheiçi, Fukui, Japonya
J.Neurosurg Spine 11:521-528, 2009

Amaç: Sagittal kifotik deformitelerin etkileri ya da servikal spondilotik myelopati gelişimi sırasındaki mekanik stres veya kifotik sagittal dizilimin düzeltilerek füzyonuna ait bilgiler tutarlı bir şekilde dökümanite edilmemiştir. Bu çalışmanın amacı servikal omurganın kifotik sagittal diziliminin nörolojik morbidite üzerine etkisi ve uygulanan iki tip cerrahi yaklaşımın sonuçlarını değerlendirmektir.

Metod: Yazarlar kendi üniversitelerinin sağlık merkezlerinde, 1993-2006 yılları arasında spondilopatik myelopati nedeni ile opere olmuş 476 hastanın kayıtlarını retrospektif olarak gözden geçirdiler. Bu hastalardan operasyon öncesi çekilen nötral sagittal lateral servikal direkt grafilerde servikal kifoz açısında 10 dereceden fazla açılanma olan 43 tanesi - 30 erkek, 13 kadın, ortalama yaşları 58,8- çalışmaya dahil edilidi. 28 hastaya interbody füzyon ile yapılan anterior servikal dekompresyon ve 15 hastaya ise enblok C3-7 açık kapı laminoplasti operasyonları yapılmıştı. Her iki cerrahi grupta operasyon öncesi-sonrası nörolojik, radiografik ve manyetik rezonans görüntülemeler değerlendirildi.

Sonuçlar: 43 hastada, preoperatif ortalama kifoz açısı nötral pozisyonda $15.9 \pm 5.9^\circ$ idi. 26 hastada segmental instabilite bulgusu saptandı (%61). 22 hastada (%51) lokal kifotik segmentin üstünde tersine dinamik spinal kanal stenozu saptandı. Ameliyat öncesi T2 ağırlıklı MR kesitlerinde maksimal kompresyonun olduğu veya segmental instabilitesi olan 22 hastada (%65) ilgili bölgedeki omurilikte yüksek intensiteli sinyal izlendi. Anterior spondilektomi yapılan grupta laminoplasti yapılan gruba göre nötral ve fleksiyon pozisyonundaki ortalama kifotik açı operasyonu takip eden 4-6 haftada belirgin olarak daha az idi ($p < 0.001$). Ayrıca nötral pozisyondaki açı takiplerde anterior spondilektomili grupta laminoplastili gruba göre açılanma belirgin derecede azdı ($p = 0.034$). İzlemlerde anterior spondilektomili grupta laminoplastili gruba göre transvers kord alanı belirgin olarak genişti ($p = 0.037$). Peroperatif nörolojik skorlarda (Japanese Orthopaedic Association Scale) 2 yılı aşkın takip süresinde (ort 3.3 yıl) iyileşme düzeyinde her iki grupta anlamlı fark yoktu. Bununla beraber operasyondan 4-6 hafta sonraki nörolojik skorlar anlamlı olarak farklıydı ($p = 0.047$).

*CSM= servikal spondilotik myelopati; JOA=Japon Ortopedi Derneği

Sonuç: Servikal omurgada kifotik deformite ve mekanik stres nörolojik disfonksiyonda önemli rol oynayabilir. Kifotik deformitesi 10 derece ve üzerinde olan olgularda, sagittal dizilimde yeterli düzeltme, nörolojik iyileşme şansını yükseltebilir.

Anahtar Kelimeler: Kifoz, Sagittal dizilim, Servikal spondiloz, Myelopati, Kıyaslamalı çalışma

Servikal kompresif myelopatinin nöroşirürjik tedavisinde omurganın sagittal dizilimini sağlamak esastır. Servikal spondiloza bağlı kifotik deformite, faset eklemlerdeki ve diskteki dejeneratif değişikliklere bağlı olarak apofizeal eklemlerde gelişen ilerleyici subluksasyonun sonucudur. Kifotik deformitesi olan hastalarda, omurilik spinal kanalın anterior kısmına doğru kayar ve deformitenin üst noktasında vertebra cismine yapışık olarak görünür. Kifozun artmasıyla spinal kordun ön yüzüne olan mekanik stres giderek artar. Ek olarak, segmental instabilite nedeniyle oluşan dinamik kuvvetler ki sıklıkla kifozun olduğu seviyede fleksiyon hareketi ile belirginleşerek kord fonksiyonu üzerinde değişikliklere yol açar. Bununla beraber, servikal myelopati (CSM) deformite olsun ya da olmasın omurilik basısı sonucu gelişebilir. CSM gelişmesinde sagittal kifotik deformitelerin veya mekanik stresin etkileri ya da kifotik sagittal dizilimin düzeltilerek füzyonuna ait çalışmalar bir düzen içinde bildirilmemiştir. Sagittal kifotik dizilim ile ilişkili CSM için optimal cerrahi prosedür halen tartışmalıdır. Anterior giriş yolunun veya laminoplastinin avantaj ve dezavantajları olduğu kabul edilmelidir. Anterior füzyondan sonra gelişen, omurun anteriora veya posteriora kayması ile ilişkili segmental ve kifotik instabilite varlığı, nörolojik rekürens nedeni olabilir. Ayrıca, kifotik dizilim gösteren hastalarda, laminoplastiden sonra yetersiz nörolojik iyileşmenin yetersiz genişleme ve kordun posteriora yetersiz migrasyonu ile yakından ilişkili olduğu saptanmıştır.

1998'den bu yana olan tecrübelerimiz sonucunda, kifotik deformiteli olgularda dizilimi sağlamada anterior spondilektomi ve füzyonu tercih etmekteyiz. Klinik olarak cerrahide en iyi nörolojik iyileşme amaçladığımızdan, enstütümüz bilgi birikimine göre ve bazı stratejik durumlarda anterior spondilektomi veya laminoplastiyi tercih etmiştir.

Bu çalışmada amaç CSM gelişimde sagittal kifotik dizilimin etkisi saptamak ve anterior spondilektomiyle

laminoplastinin nörolojik iyileşme ile radyolojik değişiklikler üzerine etkisini karşılaştırmak olmuştur.

METOD

Hastalar ve cerrahileri

Universitemizde 1993-2006 yılları arasında spondilolitik myelopati veya radikülopati nedeni ile servikal omurga cerrahisi yapılan 476 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Bu hastalardan 43 tanesi (30 erkek-13 kadın) operasyon öncesi sagittal lateral nötral grafilerinde 10 dereceden fazla kifoz açısı saptanması üzerine çalışmaya alındı. Çalışmaya spinal travmaya, vertebra tümörlerine, enfeksiyona veya konjenital hastalıklara bağlı olarak gelişen kifotik deformiteli hastalar dahil edilmedi. Cerrahi sırasında ortalama yaş 58.8 idi (48-74).

28 hastada anterior dekompresyon ve interbody füzyon yapıldı. 17 hastada tek vertebra subtotal spondilektomi, 8 hastada 2 vertebra spondilektomi, 3 hastada ise 3 vertebra spondilektomi yapıldı. Bu hastalardan 5 tanesine anterior plak fiksasyon uygulandı. Diğer yandan 15 hastada tek taraflı foraminotominin eklendiği C3-7 enblok açık kapı laminoplasti yapıldı. Anterior dekompresyonda ilk olarak, kifozu neden olan vertebranın apeksi komşu instabil disk mesafesine kadar rezeke edildi. 1-3vertebranın spondilektomisinden sonra, trapezoidal kemik greftleme ile servikal vertebraların sagittal dizilimleri Caspar distraktörü kullanarak ya da skapula arkasına konan yastıkla dikkatlice düzeltilti. Dar spinal kanal saptanan olgularda (C4-6 seviyeleri arası ön-arka kanal çapı ≤ 12 mm olan), laminoplasti ilk cerrahi tercih olmuştur.

Her hastanın nörolojik skoru JOA skalasına göre değerlendirildi. Olguların cerrahi sonrası nörolojik iyileşme dereceleri [(postop JOA skoru-preop JOA skoru)x100/(17-preop JOA skoru)] formülüne göre hesaplandı. Hastalar ≥ 2 yıl (ort. 3.3 yıl, 2-7 yıl) izlendi. Çalışma için üniversite etik kuruldan onay alınmasının yanı sıra her hastadan aydınlatılmış onam formu alındı.

Radyolojik değerlendirme

Hastalarda çok sayıda kifotik deformite tipi saptandığından kifozlar (20 hasta), sigmoid tip olanlar (13 hasta) ve ters sigmoid tip olmak üzere gruplara ayrıldı (fig 1). Cerrahi öncesi ve sonrası dönemde, nötral ve fleksiyon pozisyonunda çekilen lateral grafilerde kifoz açısı ölçüldü. (C2 den C7 ye vertebra

gövdelerinin posteriorundan çizilen 2 doğrunun kesişim noktalarındaki maksimum kifoz açısı). Aşağıdaki 3 değer, segmental instabilitenin major bulgusu olarak kabul edildi. 1- anterior spondilolistezis (sagittal planda ≥ 3 mm anterior translasyon) 2-anterior kayma açısı (sagittal planda ≥ 10 derece anterior rotasyon), 3-ters dönmüş dinamik spinal stenoz (vertebra cisminin posterior-superior kenarı ile laminanın anterior kenarı arası mesafenin 1 segmentten fazla olması, fleksiyon pozisyonunda ≤ 12 mm). Yukarıdaki kriterlerden 2 veya daha fazlasının operasyondan önce saptanması

Tablo 1: Servikal myelopati değerlendirmesi için Japon Ortopedi Derneği skorlama sistemi

Kategori	Skor
Üst ekstremit motor fonksiyon	
Çubuk ya da çatala yiyemiyor	0
Çatala yiyebiliyor, çubukla yiyemiyor	1
Çubukla yiyebiliyor ama yetersiz	2
Çubukla yiyebiliyor ama beceriksizce	3
Normal	4
Alt ekstremit motor fonksiyon	
Yürüyemiyor	0
Düz yerde baston/yardımcı ile yürür	1
Sadece merdivene yardımcı gerekir	2
Yardımsız fakat yavaş yürür	3
Normal	4
Duyusal fonksiyon	
A) Üst ekstremit	
Belirgin duyu bozukluk	0
Minimal duyu bozukluk	1
Normal	2
B) Alt ekstremit	
Belirgin duyu bozukluk	0
Minimal duyu bozukluk	1
Normal	2
C) Gövde	
Belirgin duyu bozukluk	0
Minimal duyu bozukluk	1
Normal	2
Mesane fonksiyonu	
Uriner retansiyon veya inkontinans	0
Şiddetli dizüri (retansiyon hissi)	1
Hafif dizüri (pollaküri, gecikme)	2
Normal	3

instabilite göstergesi olarak tanımlandı. Segmental instabilite gösteren 10 tanesinde, kifotik apeks ve komşu seviyelerde, omuriliğin transvers alanı ile MR sinyal değişiklikleri değerlendirildi. T1 ağırlıklı MR transvers kesitlerde daralmanın en şiddetli olduğu yerde omuriliğin transvers alanı ölçüldü. Daha sonra bu ölçümler NIH görüntüleme yazılımı ile T2 ağırlıklı ardaşık kesitler olarak değerlendirildi.

İstatistiksel analiz

Nörolojik ve radyolojik değerlendirmeler bağımsız cerrahlar tarafından yapıldı. Toplanan veriler StatWiev 5 ile analiz programı ile değerlendirildi. Pearson korelasyon analiziyle radyolojik bulgular ile klinik bulguların ilişkisi değerlendirildi. 2 grup arasındaki farklar istatistiksel olarak Mann-Whitney U testi ile değerlendirildi. P değerinin <0.05 olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

SONUÇLAR

Radyolojik bulgularla nörolojik veriler arası ilişki

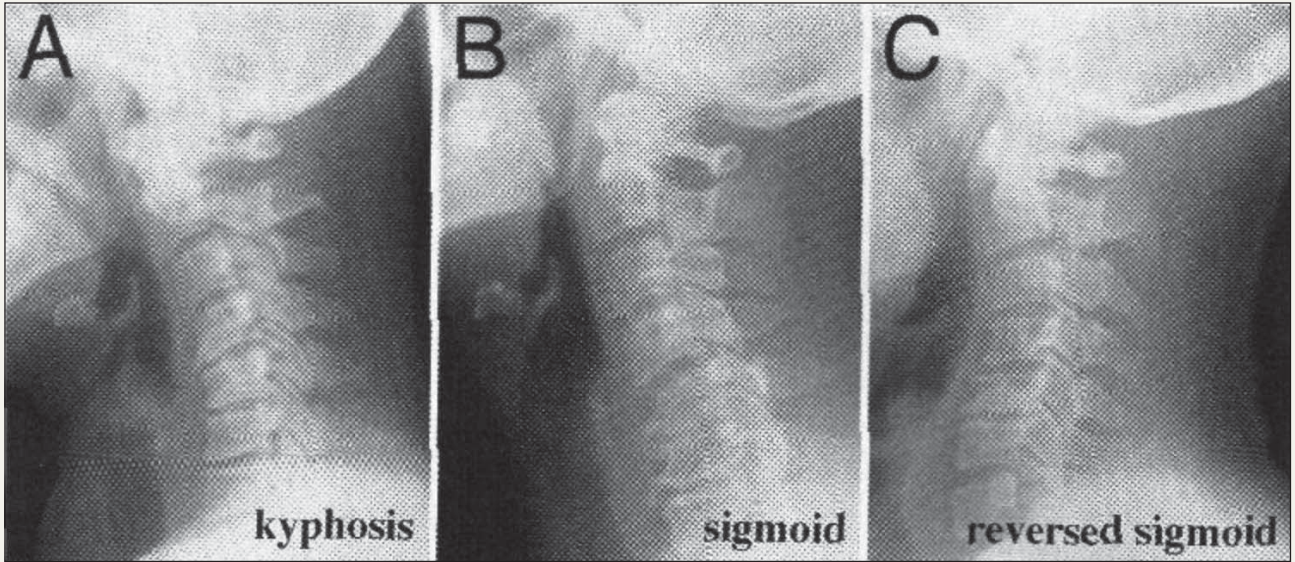
Operasyon öncesi ortalama kifotik açı nötral pozisyonda $15.9^\circ \pm 5.9^\circ$ iken feksiyonda $18.7^\circ \pm 10.4^\circ$ idi. Tüm hastaların 26 tanesinde (%60.5) segmental instabilite vardı. Bunların 24 tanesinde üst seviyelerde, 2 tanesinde ise alt seviyelerde maksimal lokal kifoz vardı. Bu 26 hastanın 5 tanesinde kifoz, 14 tanesinde sigmoid tip deformite, ve 7 tanesinde ise revers sigmoid tip deformite vardı.

22 hastada (%51) maksimal lokal kifozun üst komşu seviyesinde revers dinamik spinal kanal daralması göstermekteydi: kifozu olan 5 hastada, sigmoid tip olan 11 hastada ve revers sigmoid tip 6 hastada. Operasyon öncesi T2 ağırlıklı MR görüntülerinde, 28 hasta (%65.1) segmental instabilitenin maksimal daralma yaptığı seviye ve çevresinde izo-hiperintens sinyal değişiklikleri göstermekteydi.

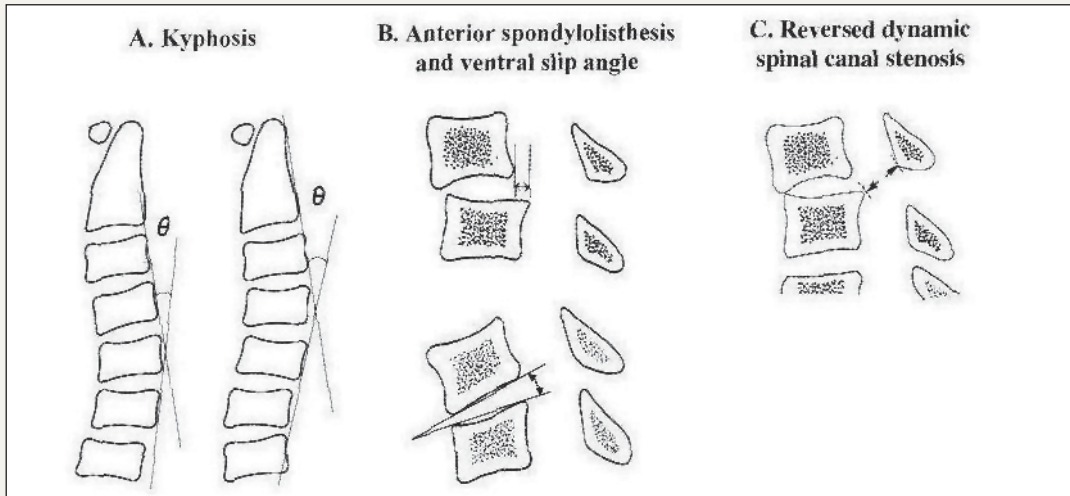
Operasyon öncesi kifotik açılama ile; operasyon öncesi JOA skorları ($p=0.116$), operasyon öncesi omuriliğin transvers alan genişliği ($p=0.207$) veya kortta saptanan yüksek intensiteli sinyal değişiklikleri ($p=0.324$), anlamlı bağlantı saptanmadı.

Anterior spondilektomi ve Laninoplasti sonrası nörolojik sonuçlar

Her iki tedavi grubunda, yaş açısından ($p=0.8$), hastalığın süresi yönünden, ($p=0.87$), operasyon öncesi



Şekil 1: Servikal vertebraların operasyon öncesi, nötral pozisyonda alınmış lateral grafileri; C2-C7 arası 10 dereceden büyük kifoz açısıyla 3 tip kifotik deformite. Kifoz (A), sigmoid tip (B) ve ters sigmoid tip (C)



Şekil 2: Servikal instabilitede ve kifozdaki servikal omurlarda radyografik ölçümlerin şematize çizimleri. A: Nötral ve fleksiyon pozisyonunda kifoz (C2'den C7'ye, maksimal kifozu oluşturan, üst ve alt omur gövdelerinin posteriorundan geçen 2 çizgi arasındaki θ açısı 10 dereceden fazladır). B: Anterior spondilolistezis (sagittal planda ≥ 3 mm vertebral translyasyon) ve fleksiyonda vertebral kayma açısı (sagittal planda $\geq 10^\circ$ anterior rotasyon). C: Fleksiyon pozisyonunda ters dinamik spinal kanal stenozu (vertebra gövdesinin postero-superior köşesi ile 1 segment üstteki laminanın anterior köşesi arası mesafe ≤ 12 mm'dir).

JOA skorunda ($p=0.55$), operasyon öncesi kifotik açılanmada ($p=0.067$), MR görüntülemelerde yüksek intensiteli sinyal değişiklikleri saptanmasında ($p=0.08$) ve takip sürelerinde ($p=0.95$), anlamlı fark yoktu.

Nörolojik JOA skorları operasyonu takip eden 4-6 haftada anterior spondilektomi yapılan grupta, laminoplasti yapılan gruba göre belirgin derecede yüksek

($p=0.047$) iken takiplerde aradaki farkın belirlenmesinin kaybolduğu ($p=0.29$) izlendi (Tablo 2).

Anterior spondilektomi ve Laninoplasti gruplarında radyolojik bulgular

Operasyondan 4-6 haftasonra, anterior spondilektomi yapılan grupta laminoplasti yapılan gruba göre hem nötral pozisyonda hem de fleksiyon pozisyonunda

kifotik açılanmanın belirgin derecede küçük olduğu saptandı (p=0.001). Bununla birlikte nötral pozisyondaki açı takiplerde de laminoplasti grubuna göre anlamlı derecede küçüktü (p=0.034). Transvers omurilik alanı anterior spondilektomili grupta diğer gruba göre anlamlı olarak daha genişti (p=0.037) (Tablo 3). Laminoplasti yapılan grupta, izlemlerde kifotik açılanmada azalma eğilimi gözlemlense de anlamlı saptanmadı.

Tedavi Komplikasyonları

Takiplerde anterior plak fiksasyon yapılan 2 olguda vida gevşemesi izlendi, ancak klinik açıdan problem geliştirmediler. Laminoplasti yapılan 2 olguda geçici deltoid motor kayıp izlendi ancak 6 ay içinde kendiliğinden düzeldi.

TARTIŞMA

Servikal omurga ve spinal kordun lordotik veya kifotik diziliminin kaybı, miyelopati gelişimine neden

olabilir. Servikal kifotik deformitesi olan hastalarda, spinal kord gerilime bağlı olarak, apikal vertebra, intervertebral disk veya posterior longitudinal ligaman osifikasyonu üzerinde sıkışabilir.

Longitudinal distraksiyon, ilerleyici spinal korddisfonksiyonunun olası faktörü olup, klinik olarak gergin omurilik sendromunun patofizyolojisinde ve gergin dural tüp mekanizmasında tartışılmaktadır. Daha önceki hayvan çalışmalarımızda C1 ve C7'nin distraksiyonu özellikle orta omurilik segmentlerinde uyarılmış spinal kord potansiyellerinin kaybıyla sonuçlanmıştır. Bu bulgular insanlarda distraksiyon kuvvetlerinin daha çok ; kifoz ve/veya lokal açılanma deformitelerinin sık görüldüğü C4 ve C5 düzeyinde yoğunlaştığını göstermektedir. Ancak ön boynuz ve piramidal traktuslarda mekanik distraksiyon ile oluşan hasar, bütün spinal kord longitudinal olarak distrakte olduğunda belirginleşir.

Tablo 2: Anterior spondilektomi ve laminoplasti* için nörolojik sonuçlar

	Ant.Spondilektomi	Laminoplasti	p değeri
Parametre			
Preop JOA skoru	11.6±2.5	10.7±3.7	0.55
Postop (4-6 hafta) JOA skoru	14.7±1.1	12.6±1.6	0.047
Takipte JOA skoru	14.5±1.3	13.8±2.1	0.29
Takipte Nörolojik iyileşme yüzdesi (%)	67.5±19.2	61.5±27.6	0.10

Tablo 3:

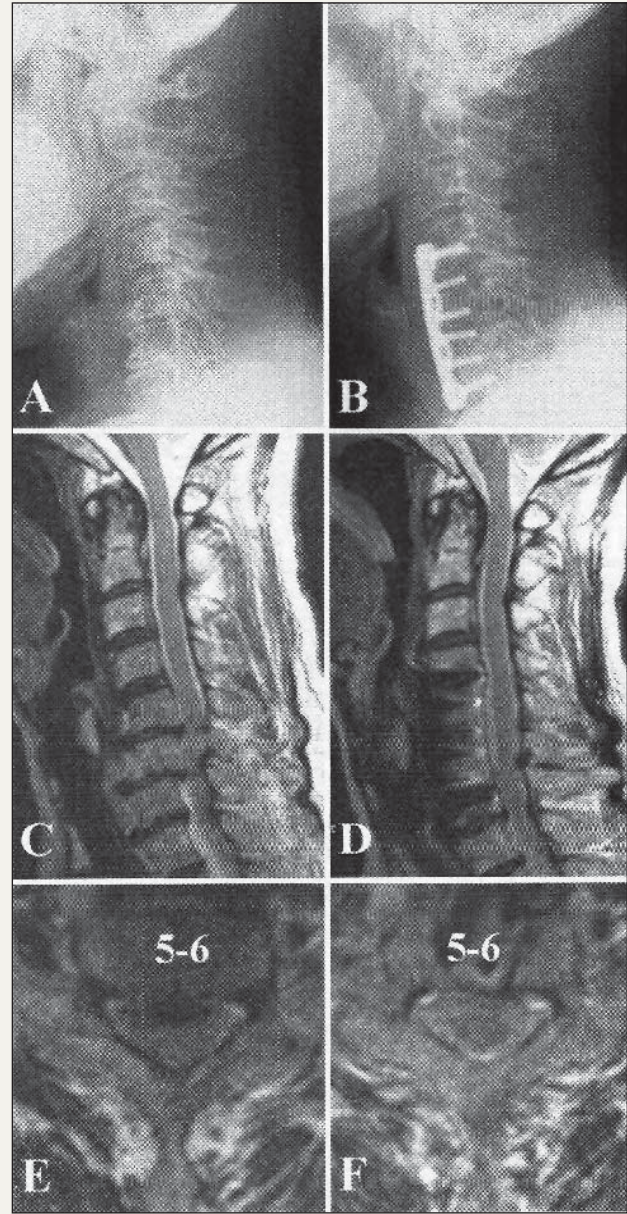
	Ant.Spondilektomi	Laminoplasti	p değeri*
Parametre			
Preop kifotik açı (°)			
Nötral	17.0±4.4	15.6±4.1	0.067
Fleksiyon	19.1±6.6	17.3±5.6	0.087
Postop (4-6 hf) kifotik açı (°)			
Nötral	7.1±3.1	12.6±4.6	<0.001
Fleksiyon	7.8±3.8	13.1±4.2	<0.001
Takipte kifotik açı (°)			
Nötral	9.2±4.1	13.2±4.3	0.034
Fleksiyon	11.8±5.9	13.9±6.3	0.088
Preop spinal kord transvers alan (mm ²)	52.4±9.3	54.6±14.6	0.29
Takipte spinal kord transvers alan (mm ²)	96.5±19.2	76.1±17.6	0.037

(* Mann-Whitney U-testi)

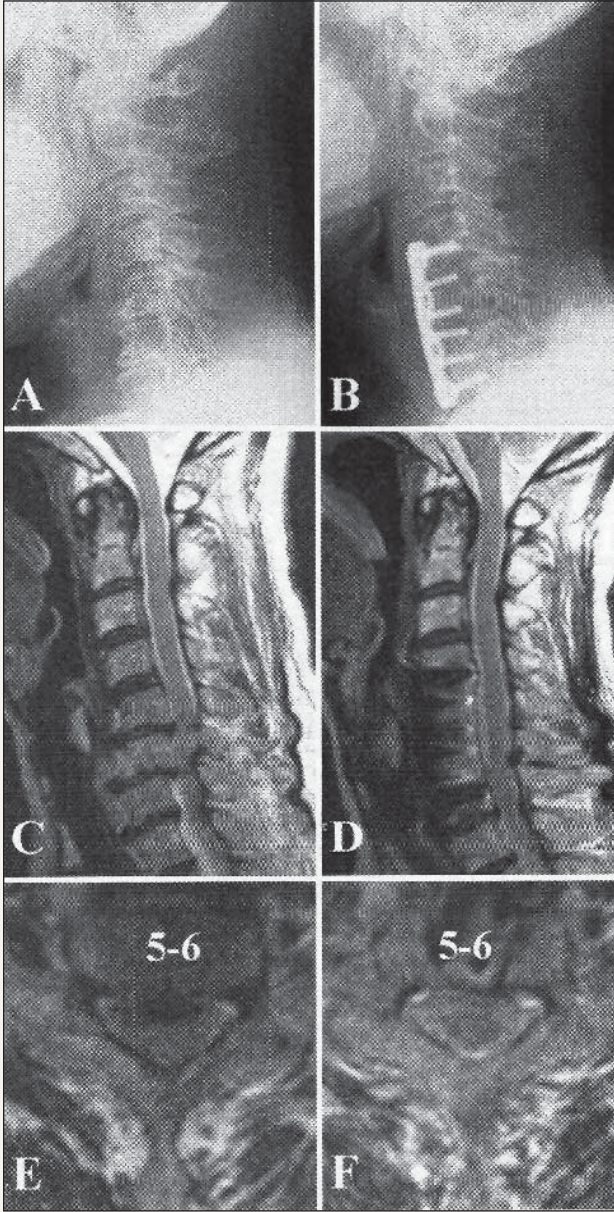
Mevcut çalışmada yüksek oranda segmental instabilite (%61) bulunmaktaydı. Breid ve El-Nadi ve arkadaşları yaptıkları mikrovasaküler çalışmada servikal fleksiyonun küçük besleyici damarlarda düzleşmeye neden olduğunu bildirmişlerdir. Kifotik deformite devam etmekte ise miyelomalazi ve omurilik atrofisine ilerleme görülebilir. Uzun süreli kifotik deformitesi olan hastalar miyelopati ve kalıcı spinal kord hasarına ilerleme riski altındadır. White ve Panjabi, fleksiyon sırasında omuriliğe longitudinal yönde uygulanan distraksiyon kuvvetinin kordun önündeki kompresif lezyon tarafından omuriliğin anterior bölümünün daha belirgin sıkışmasına neden olabileceğini göstermiştir. Sonuçlarımız segmental instabilitenin, servikal spondilopatik myelopati varlığında, servikal omurgada 10 dereceden daha fazla statik kompresyon ile birlikte neden olduğu fleksiyon mekanik kuvvetinin miyelopati ve nörolojik disfonksiyona katkıda bulunabileceğini düşündürmektedir.

Klinik ve istatistiksel çalışmalarda sagittal dizilim ile spinal kord fonksiyonları arasındaki ilişki gösterilememiştir. Önceki klinik çalışmada servikal myelopati ile kifoz derecesi, preoperatif JOA skoru ve preoperatif omurilik dizilimi arasında ilişki saptanmamıştır. Benzer olarak mevcut çalışmamızda, preoperatif kifotik açı ve preoperatif JOA skoru arasında veya preoperatif transvers çap ve omurilik içersinde yüksek intensiteli sinyal varlığı arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır. Servikal myelopatisi olan her hastada distraktif kuvvet ve kifoz açısı derecesi tarafından myelopati gelişimi ve şiddeti arasında preoperatif korelasyonun gösterilebilmesi zor olup, yaş, semptom süresi, omurilikte geri dönüşümsüz değişikliklerin, segmental instabilite dahil olmak üzere statik ve dinamik kanal stenozunun varlığı gibi bir çok faktör myelopati, nörolojik disfonksiyon gelişimini etkileyebilmektedir.

Multisegmental servikal spondilopatik myelopati ve kifoz varlığında hem anterior cerrahi hem de laminoplastinin postoperatif dezavantajları bulunmaktadır. Daha önceki çalışmada anterior füzyon operasyonu olan 106 hasta incelenmiş olup, 6 hastada (%5) kifozun >15 derece ilerlemesine bağlı olarak nörolojik bulgulara rekürens saptanmıştır. Bir başka çalışmada, laminoplasti operasyonu geçiren spondilomyelopatili 56 hasta incelenmiştir. Postoperatif dönemde 16 hastada (%29) lordozda azalma ve preoperatif kifozu ve kifoz açısı ortamala 11.7 derece olan 9 hastada (%16) postoperatif dönemde az miktarda



Şekil 3: 66 yaşında ciddi myelopatisi olan erkek olgu (JOA 10 puan). Anterior dekompresyon, interbody füzyon (C5-6 subtotal spondilektomi) anterior servikal plak. Takibinde JOA skorunda 5 puan yükselme (nörolojik iyileşme %71). Preop lateral grafi (A) kifotik servikal dizilim (açı 12°). Postop lateral grafi (B) servikal dizilimde düzelme (açı -4°). Preop sagittal MR (C) C4-5'ten C6-7'ye kifotik dizilim ve dar spinal kanal. Postop sagittal MR (D) anlamlı dekompresyon ve omuriliğin öne doğru yer değiştirmesi. Preop (E) ve postop (F) axial MR, C5-6 transvers alan operasyon öncesi 55 mm² iken takipte 83 mm² idi.



Şekil 4: 58 yaşında myelopatisi olan erkek olgu (JOA 12 puan). Bütün halde C3-7 açık kapı laminoplasti ile foraminotomi yapıldı. Takibinde JOA skorunda 3 puan yükselme (nörolojik iyileşme %60). Preop lateral grafi (A) kifotik servikal dizilim (açı 18°). Postop lateral grafi (B) servikal dizilimde düzelme (açı 8°). Preop sagittal MR (C) birçok seviyede dar spinal kanal. Postop sagittal MR (D) anlamlı dekompresyon ve omuriliğin arkaya doğru yer değiştirmesi. Preop (E) ve postop (F) axial MR, C4-5 transvers alan operasyon öncesi 61 mm² iken takipte 76 mm² idi.

nörolojik düzelme kaydedilmiştir. Dneyimize göre, kifozu olan multisegmental servikal spondilolitik myelopatili hastalarda anterior spondilektomi ve füzyon 1998 yılından beri merkezimizde uygulanmaktadır. Otörler spondilektomi tekniğini, diğer araştırma gruplarına göre kifozun daha az korreksiyonu (ortalama 7.8 derece) ile uygulandığını bildirmektedirler (1, 17,28). Her ne kadar lordoz ile normal servikal anatomisinin sağlanması omurilik fonksiyonlarını optimize edebilecek iken, kifotik deformitenin düzeltilmesi myelopatinin düzeltilmesinde başarılı olamamış olup bu tip korreksiyon cerrahisinin yararları belirsizdir (20, 39). Mevcut çalışmamızda anterior spondilektomi grubunda, ortalama kifotik açı takiplerde daha düşük olup, laminoplasti ile anterior spondilektomi grupları arasında omurilik transvers alanları arasında belirgin fark saptanmıştır. Myelopatik omuriliğin direkt kompresyonu; omurilikte bowstring etkisi veya omurilik kanlanımını ve metabolizmasını etkileyen dinamik faktörlere bağlı olarak değişik derecelerde fonksiyonel geri kazanım ve morfolojik restorasyon ile ilişkili olabilir (10, 33).

Her ne kadar konvansiyonel açık kapı laminoplastinin, multisegmental kompresif myelopati tedavisinde yararlı olduğu kanıtlanmış olsa bile (8,9, 13), kifoz ve nötral spinal kolon dizilimi varlığında omuriliğin anterior kompresif lezyondan uzaklaşmasını sağlayamayacağı bildirilmiştir (9, 23,31). Suda ve arkadaşları, genişletici laminoplastinin başarılı olabilmesi için maksimal preoperatif lokal kifotik açının <13 derece olması gerektiğini bildirmişlerdir. Mevcut çalışmada preoperatif kifoz açısı >10 derece olan servikal spondilomyelopatik hastalarda, lamino plasti ve anterior spondilektomi grupları arasında JOA skor değişimi ve nörolojik düzelme açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Günümüzde bunun nedeni tam olarak aydınlatılmamış olsa da özellikle yaşlı hastalarda çok düzey SSM hastalarında omurilikteki “gevşeme” post operatif disk mesafelerinde azalmayı indüklemiş olabileceğini düşünmekteyiz. Chiba ve arkadaşlarına göre, kifotik omurga da bile posterior kompresyon sonrası gevşeme tatminkar geri kazanıma izin verebilmektedir (14). Laminoplasti sonrası sagittal dizilimdeki farklar ışığında, Kawai ve arkadaşları post operatif dönemde lordotik dizilimde yaklaşık %30'luk azalma bildirmişlerdir. Mevcut çalışmada elde edilen veriler göstermektedir ki servikal kifoz sadece korunmamış, aynı zamanda takiplerde yaklaşı 2.4 derecede azalmıştır. Aynı şekilde fleksiyon pozisyonunda kifotik açı takiplerde azaldığı

saptanmıştır. Postoperatif değişiklikler kısmen boyun rehabilitasyonuna bağlanabilmekle birlikte daha önemli olarak operatif teknik servikal omurga kadar sırt kaslarını da etkilemektedir. Laminoplasti sonrası kısıtlanmış hareket instabiliteye çözüm olabilmektedir.

SONUÇ

SSM gelişiminde sagittal kifotik deformite ile ilişkili olan fleksiyon mekanik stresin önemli faktör

olabileceğini öne sürmekteyiz. Kifoz ve fleksiyon mekanzmalarını farklı nedenler olarak göz önünde bulundurmak zor olsa da, artmış longitudinal stres omurilik üzerine anterior kompresif etkini güçlenmesiyle yakından ilişkilidir. Mevcut çalışma retrospektif olarak tasarlanması ve küçük hasta grubu ile başlangıç olarak ele alınması gerekmekte ise de, kifotik deformitesi >10 derece olan bir grup hastada, lokal sagittal dizilimin azaltılması omurilik fonksiyonlarının geri kazanım olanağını arttırmakta yardımcı olabilir.

Medikal Çiftler

Wayne ve Mary Sotile

InSpine; Volume 5; Issue 2; Page: 38-42

Tüm uzmanlık dalları ile ilgili hekimlerin % 65'inin mesleki doyuma ulaştıkları rapor edilse de, yaklaşık 200 akademik makale, günümüz hekimlerinin 20 yıl önce hekimlik yapan meslektaşlarına göre daha az mesleki doyuma ulaştıklarını ortaya koymuştur. Hekimler arasında stresin ve kariyer doyumsuzlukların en sık sebepleri arasında kendi idari özerkliğini kaybetme, hükümet dayatmaları ve sağlık sigorta şirketlerinin yansıttığı problemler ve hasta-hekim ilişkilerinin bozulması sayılabilir.

Stresin diğer bir sebebi sıklıkla gözden kaçır: belki de hekim ve ailelerinin iyi yönetemediği iş ve aile hayatı dengesinin bozukluğuna bağlı olarak gelişen kişiler arası bozuk ilişki.

Kişiler arası stresin ve sosyal izolasyonun hayattaki negatif sonuçları çok iyi bir şekilde ortaya konmuştur. Diğer taraftan, hekimler ve hekim olmayan insanlar ile yapılan çalışmalarda destekleyici ilişkilerin (özellikle destekleyici bir evlilik) stresi azalttığı ve gerek iş doyumu ve gerekse profesyonel üretkenliği artırdığı açık bir şekilde gösterilmiştir.

Aile hayatını gözetken iş ortamlarının da stresi azaltıcı etkilerinin olduğunu ortaya konmuştur. Bu veriler, medikal ailelere destekleyici kişiler arası ilişkilerin

kurulması ve devam ettirilmesi için gereken becerinin elde edilmesindeki yardımın önemli olduğunu altını çizmektedir.

Sağlık ile ilgili işyerlerinde kişilerarası pozitif ilişkiler kültürünü yaratmak için kişiler arası tansiyonun önlenmesi veya bir şekilde üstesinden gelinmesi zorunludur. Modern evlilikler ve aile dinamikleri iş-aile çatışmasına katkıda bulunmaktadır. İş-aile sorunları "medikal evliliklerdeki" (eşlerden birisi hekimdir) eşlerin her ikisinde negatif tutum takınmalarını sağlayarak, aralarındaki ilişkiyi gererek birbirleri ile mücadele etmelerine yol açmaktadır.

Günümüzün Medikal Çiftleri

Günümüz modern medikal evliliklerinde iş/aile hayatında gerilmelerin ve kişiler arası ilişkilerin çatışmasına 4 faktör neden olabilir: hekimin çalışma şekli ve aile hayatı arasındaki etkileşim, günümüz medikal çiftlerinde tipik olarak görülen yoğun çalışma şeklindeki hayat tarzı, aile hayatında erkeğin günümüzdeki müdahalesi ve birçok bayan hekimin maruz kaldığı evliliğe ait stresli dinamikler.

Diğer meslek türleri ile karşılaştırıldığında hekimler her hafta 60 saat veya daha fazla çalışmaktadır.

Haftada hekimlerin % 21'i 80 saat ve % 16'sı da daha fazla çalışmaktadır. Son yıllarda yapılan bir çalışma göstermiştir ki sağlık çalışanının işi, aile hayatına özellikle ailede çocuk varsa, zarar verebilir. Aslında Amerika ve İngiltere'de hekimlerin evdeki streslerinin en sık sebebinin aile ve iş hayatlarının çatışması olarak rapor edilmektedir.

Bu bulgu, diğer profesyonel gruplar ile yapılan araştırmaya paralellik göstermektedir. Hekimlerin iş hayatının aile hayatını zarara uğratmasına pratik bir örnek olarak son yıllarda yaklaşık ortalama 11.7 yıl evli olan 217 akademik cerrah ve eşlerinden 165 kişi ile yapılan bir araştırma gösterilebilir. Eşlerin üçte biri, cerrah olan eşlerinin kendileri (aileleri) ile uyumlu olarak haftada geçirdikleri saatin 6 saatten daha az olduğunu belirtmişlerdir.

Burada örneklenen ve az sayıdaki cerrah grubundan elde edilen sonuç tüm hekimlere genellenemez. Bununla beraber, klinik tecrübeler ortaya koymuştur ki cinsiyet, yaş veya hekimin uzmanlık alanı ne olursa olsun, günümüzün hekimleri aileleri ile daha fazla aktif zaman harcamanın özlemine çekmektedirler.

Yeni Medikal Evlilikler

Eskiye bakıldığında medikal evlilikler, genellikle hekim bir koca ve stresi ortadan kaldıran (absorbe eden) ve hekim olmayan bir hanımdan oluşmaktaydı. Ama bu durum günümüzde dramatik olarak değişmiştir. Kocasını hekim olmayan fakat hanımı hekim olan evlilikler gittikçe artmakta ve araştırmalar göstermektedir ki "geleneksel evlilikler" (kocasını hekim) bile eğer eşlerden her ikisi de yoğun çalışıyorlar ise, etkilenmektedir.

Mesela, yeni bir araştırmaya göre kocasını cerrah olan eşlerin % 83'ü haftada ortalama 20.9 saat dışarıda çalışmakta ve yarıdan fazlasını kalıcı bir işte çalıştığından evdeki şiddete katkısının bulunduğu tahmin edilmektedir. Günümüzde hekim eşleri genellikle çok meşgul insanlardır ve birçok roller üstlenmişlerdir ve bu gidişat iş-aile hayatı arasındaki dengeyi medikal eşlerin her ikisi aleyhine bozmaktadır.

Hekim olmayan kocalar, hekim olmayan hanım eşlere nazaran sağlık taleplerinde daha çekingen olurken, hekim kocaların yine hekim olan eşlerine verdikleri desteğin, hekim olmayan kocaların hekim eşlerine verdikleri destekten daha fazla olduğu ortaya konmuştur. Bynoe yaptığı çalışmada erkek bir hekimle evli olan kadın hekimler eşleri hekim olmayan kadın

hekimlere nazaran duygusal streslerinin yarı yarıya az olduğunu ortaya koymuştur. Yaklaşık 1208 hekim arasında yapılan bir araştırma göstermiştir ki eşlerin her ikisinin hekim olduğu ailelerde eşler, iş yaşamı tarzlarını diğer medikal evliliklerle karşılaştırıldığında (eşlerden birisi hekim) aile hayatına daha saygılı bir düzeye getirebilmektedirler.

Yöntemlerle Mücadele ve Kişilerarası Sonuçları

Grup olarak hekimlerin, yukarıda belirtilen karmaşık ilişki dinamiklerini etkili bir şekilde yönetme yeteneklerini engelleyebilen çeşitli kişilik özellikler taşıdıkları bulunmuştur. Gabbard ve Menninger hekim tanımlayıcılarını şöyle sıralamaktadır: mükemmeliyetçi, şüphecilik ve suçluluk duygusu, kronik duygusal yoksulluk, bağımlılık ve saldırganlık yönetiminde zorluk, hislerin belli edilmesinde sınırlı kapasite ve çatışma yönetiminde inhibe edilmiş kabiliyet.

Klinik tecrübeler, yukarıdaki tanımlamaların tüm hekimlere genellenmesinin kuvvetli bir şekilde karşısında olmasına rağmen medikal hayatın hekimlerde yakın ilişkilere zarar verebilecek mücadele yöntemlerini şekillendirdiği de açık bir gerçektir. Olsen ve arkadaşlarına göre bir hekimin mükemmel yapan nitelikler (profesyonel olarak kendini adanma, ayrıntılara aşırı dikkat, hayattan zevk alınacaklarının ertelenmesi) o kadar yüksek seviyeye ulaşır ki hekim kişisel veya aile ihtiyaçlarını ihmal eder.

Marcus ve Diğerleri'nin öne sürdüklerine göre tıp eğitimi 30 yaşına kadar sürdüğü ve diğer bireylerle kişisel ilişkilerin kurulmasına teşvik etmediği için, hekimler yakın arkadaşlık kurma becerilerinde yetersiz olabilirler.

Literatürde hekim eşlerinin kişilik oluşturması ve kişilerarası ilişki kurması ile ilgili veri çok azdır ve genellikle iyi yapılmış çalışmalar değildir ve ne yazık ki bu çalışmalarda da hekim eşlerinin patolojik durumları sunulmuştur.

Şurası açıktır ki tecrübe ile ortaya konmuş hekim veya eşlerine ait ne tek tip bir kişilik profili vardır ne de gelecekte ortaya konacaktır. Kişilik-temelli mücadele tiplerinin ve iç görülerinin geliştirilmesinde hekimlere yardımın önemi medikal literatürde belirtilmiştir.

Yoğun geçen hayatla baş edebilmek "A tipi" mücadele alışkanlıklarını kazanan ve çok meşgul iki kişinin oluşturduğu ve bir sendroma yatkinmiş gibi duran

günümüzün medikal evliliklerini kavramsallaştırmayı sezgisel bulmaktayız. Bunu “süper çift sendromu” olarak isimlendirmekteyiz.

Süper Çift Sendromu

“A tipi” davranış, çok yönlü bir mücadele sendromu olup algılar veya gerçek tehditler tarafından başka birisinin kontrolüne karşı körüklenme şeklinde tanımlanır. Bu tip mücadele aşağıdaki bazı mücadele stratejilerinin kombinasyonlarının kronik kullanımını içerir: algılanmış engellere karşı rekabetçi mücadele; zamani hızlı değerlendirmek; polifazi (birçok şeyi aynı anda yapma ve düşünme eğilimi); diğerlerinin hareketlerini devamlı bir şekilde kontrol etme teşebbüsü; aşırı tetikte olma; işe aşırı bir şekilde odaklanma ve/veya insani iyiliğe inanmazlık ve diğerleri ile mücadelede düşmanca tavır.

Fiziksel hastalıkların ortaya konmuş tek patojenik tarafı düşmanca tutumdur (husumetlik). “A tipi” davranışın herhangi bir yanının yanlış yönetimi “A tipi” mücadeleyi daha da körüklendirip gerginliklere yol açarak “süper çift sendromunu” sürekli kılabılır.

Toplumun % 70’inin “A tipi” mücadele alışkanlığı edildiği tahmin edilmektedir. Bu alanda yapılan öncü bir çalışma göstermiştir ki hekimler “A tipi” mücadeleyi teşvik edici durumlara, mesela zaman baskısı ve kontrollerine karşı tehditlere diğer mesleklerle karşılaştırıldıklarında daha fazla maruz kalmakta ve daha fazla sabır göstermektedirler. Çok kültürlü araştırmalar genel popülasyonla karşılaştırıldığında hekimlerin özellikle bayan hekimlerin, artmış “A tipi” davranış sergilediklerini ortaya koymuştur.

Bu fenomen, hekimler ve eşlerini içeren gruplarla ileride yapılacak çalışmaların konusu olacaktır. Bununla birlikte klinik tecrübelerimiz ve öğrendiklerimiz ortaya koymaktadır ki hem hekimler hemde eşleri kendi stratejilerini geliştirmede bu anlayışın kişiler arası dinamiklerin anlaşılmasında yararlı olduğunu düşünmektedirler.

Yardım İçin Ne yapılabilir?

Uzun yıllara dayanan tarihi içerisinde Amerika Tabipler Birliği [American Medical Association (AMA)] ve AMA-Allianz beraber hazırladıkları ve medikal çiftlerin başarı sırlarını konu edinen bir kitap yayımladı [The Medical Marriage: A Couple’s Survival Guide (Medikal Evlilik: Bir Çiftin Yaşam Rehberi)]. Bu konu anlamlıdır:

Günümüzün medikal aileleri yeni öncülerdir; Onlar bilinmeyen yolları ortaya koyan ve kendi haritalarını yapan erkek ve kadın nesillerdir.

Eski nesilin evde ve işyerinde başarılı olmak için kullandıkları yol haritaları günümüzde artık kullanılmamaktadır. Bizimkisi yeni bir gündür ve yaratıcı enstitüler, hastaneler, pratikler ve çiftler biliyorlar ki iş-aile hayatı dengesi günümüz hekimlerinin üzerinde durdukları birincil (primer) bir konudur.

Bulgularımıza göre bağımsız □ hekim ve hekim olmayan karısı; hekimler; veya bayan hekim ve hekim olan kocası □ başarılı medikal aileler kendilerini belli yollar kullanarak kendilerinden daha az başarılı gruplardan ayırt etmektedirler. Kısaca, bu başarılı medikal aileler modern günümüzün kahramanlarıdır; yalnızca olağanüstü becerilerinden dolayı değil aynı zamanda ifadeyi tanımlamamızda olduğu gibi: Kahramanlar diğer insanlara güvenli alanlar yaratırlar. Bu birlikteliklerden öğrendiğimiz sekiz anahtar dersi paylaşmak istiyoruz.

1. Dengeli hayat efsanesinden vazgeçin.

1990’ların “sağlam sağlıklı” aile efsanesinden sakının! Buradaki fikir şudur: sağlıklı insanlar mükemmel dengeli bir hayat yaşarlar. Bundan daha yanlış (yalan) bir fikir olamaz! Hiç kimse iş, aile, evlilik ve kendi odaklı kovalamaca arasında dengeli bir hayat yaşayamaz. Ayrıca “yeni-çağ günahkârlığı” gibi boş lafların aksine, tamam yapacak bir şey yok, işini sev! Aslında insanların en mutlusu ve en sağlıklısı hem aileleri hemde işleri için hırslı olma eğilimi gösterirler.

Denge, sabit veya durağan anlamına gelmez. Tutumu veya duruşu belli aralıklarla ayarlayan dinamik bir süreçtir. Denge taşlar üzerinde hareketsiz durmak değil, taşlara basarak derenin karşı kıyısına geçmektir. Başarılı medikal çiftler hayatın değişik yönleri üzerine odaklanarak ilerlerler (iş, aile, evlilik veya kendine). Buradaki anahtar şudur: Onlar “-e kadar bekle” zihniyetine sahip değillerdir.

2. Hamlede sakın ol (yavaşla).

“-e kadar bekle” anlayışının karşıtı, özellikle yoğunluk altında aile ile bağlantıların oluşturulmasına dikkat etmektir. Bir çok hekimin haftada 60-80 saat çalıştığı düşünülürse ailenizin dikkate alınarak çalışma şartlarınızın düzelmesini beklemek büyük bir ahmaklık olurdu. Hayat kalitesini artırıcı en ufak bir değişiklik çok güçlü pozitif farklılıklar yaratır ki bu iyi bir haberdır. Başarılı çiftler yoğun bir hayat yaşama eğilimindedirler.

Fakat bu yolda ilerlerken gıpta edilecek yöntemler kullanırlar:

- “Evlilik zamanı” diye adlandırdığımız 12-48 saat boşluk yaratmadan asla aylık çalışma düzenine geçme. Nöbet listesine yukarıda bahsedilen saat dilimlerine sadık kal veya çocuğunun dişçi ile randevusunu kaçırma. Ve fırçalanmış dişlerini veya taranmış saçlarını ihmal etme! Birçok çift, romantikliğini ihmal sonucu kaybeder; aşkının bittiği için değil.
- Her gün birbirinize sevgi sunduğunuz kısa fakat birden çok zaman ayırın. “Seni seviyorum” veya “Sana minnettirim” veya “Seni çok beğeniyorum” veya “Seni özledim” gibi 20 saniyeden daha az süre tutan kelimeleri birbirinize söylemenin birçok yolu olduğunu düşünün. Periyodik olarak gün boyunca eşinizle irtibat kurmak için 20 saniye ara verin. Bunu her gün 10 dakika boyunca yapmaya çalışın. Bu sizin zor zamanlarda bile bağlantıda kalmanıza yardım edebilir.

3. Yüksek gayret gerektiren mücadele yönteminin sonuçlarından doğan ilişkileri yönet. Bu iki unsurludur:

(1) Yüksek performansta çalışan insanlar birbirleri ile evlenme eğilimindedirler ve (2) yüksek performanslı çiftler profesyonel hayatlarında sabit durabilmek için yeni mücadele alışkanlıkları kazanma eğilimindedirler fakat bu eğilimler kendi ilişkilerine zarar verebilir. Biz burada özellikle işine odaklanan ve hedeflerini gerçekleştirebilen, hedefe kilitlenen ve etkili davranan, uyanık olan (yani olayları takip eden ve gerekirse yanlışları düzelten) ve çoklu görev yapabilen (yani birçok şeyi aynı anda düşünüp yapabilen) harika adaptasyon göstererek mücadele geliştiren çiftlerden bahsediyoruz. Tüm bunlar mücadele için gerekli şeylerdir..... ama bazen. Bunları aşırı kullandığımızda ilişkilerimiz zarar görür. Hatırlayın: işimizde bizi başarılı kılan şeyler evde bizi başarılı kılmaz.

Ailenize bir iyilik yapın: arabanızı park ettiğiniz yer ile eve girdiğiniz yer arasında bir yere bir hatırlatma bırakın: “Burada süper insanlar yaşamıyor.” Hatırlatma: planınız veya amacınızın ne derecede asil olduğu fark etmez, aileniz sadece sizin onlara gün içerisinde nasıl davrandığınızı bilir.

4. İletişim üreten alışkanlıklarınızı koruyun.

Her beraberlik güzel alışkanlıklarla başlar ve çiftler birbirlerine zaman ayırmaya özen gösterirler. Sizin için nasıldı? Sağlıklı medikal çiftler burada olağandışı bir

şey yapmazlar. Her şeyden önce hiç kimse kendi iç dünyasındaki korkularını ve güvensizlik duygularını saatlerce tartışmaz (Aksi takdirde çoğumuz farklı yollar edinirdik). Hayır, “alışkanlıklarını” devam ettiren başarılı çiftler oldukça mütevazı, daha anlayışlı ve gerçekçidirler. Pazar gazetesini zevkli bir şekilde okumak zaman gerektirebilir □ bu sessizlik anlamına gelmez □ ama ilginç noktaları beraberce ele almak anlamına gelir. Bazıları, akşamları sessiz bir odada oturmak ve konuşmak için ek 20 dakika ayırma alışkanlığı edinir. Bazıları da akşam yemeğinde masada bunu yapmak için ek 15 dakika ayırır. Diğer bazıları her hafta beraber yürüme alışkanlığını korur, Salı gecesi “molası” (iş yok, kafaya takmak yok, ciddi olan hiçbir şeyi tartışmak yok). Nasıl yaptığının bir önemi yok, sadece yapın!

5. Farklılıklarınızı kutlayın.

Sıkı dostluk veya samimiyet başladığında, kadın ve erkek gerçekten farklılaşır mı? Bize göre, bu konudaki popüler söylemler normal şeylerin sınırını belirler ki bu da gerçekçi değildir. Ebetteki erkekler daha hareketli ve problem çözücü davranış sergileme eğilimindedirler. Bu bizim yanlış iletişimli ve zarar verici bir evliliğe mahkûm olduğumuz anlamına gelmez fakat yanlış anlaşılabilir olan “erkekler ve kadınlar sadece kavramlardır” fikrini düzeltmek anlamına gelir. Başarılı çiftler eşinin sevgisini gösterme ve iletişim kurma biçimini öğrenirler ve takdir ederler. Diğer bir deyişle, sağlıklı medikal evlilikler yakınlığın (samimiliğin) çeşitli dans tiplerini □ orkestra şefi gibi □ düzenlerler.

Birkaç örnek:

- Bazen kocam sadece dinler ve tavsiyede bulunmaz. Bunun yerine duygusallaşır (empati kurup) merhamet (şefkat) gösterir.
- Bazen karım bir futbol veya golf maçını beraber seyretmeyi kabul eder ki bu da yakınlaşmadaki iyi niyettir.
- Bazen kocam cinsellik dışında da fiziksel sevgisini gösterir.
- Diğer zamanlar karım, aradaki mesafeyi cinsellik köprüsü ile birleştirmeye karar verir.

Tarafsız olun. Başlangıçta garip olabilir. Fakat ilişkinize kattığınız yeni adımlar her ikinizin birbirinize olan ilginizi artıracaktır. Sıkılmış hissediyorsanız, kendinize dikkatlice bakın. Kendinize sorun: Sıkıldım mı veya ben sıkıcı mıyım?

6. İlişkinizin yaptığınızdan daha iyi hissettirmesini bekleme.

Klinik tecrübelerimiz göstermiştir ki medikal evliliklerde eşler bakıcı veya koruyucu olma eğilimi gösterirler. Eğer hekim veya hekim eşi gibiyse, biliyoruz ki büyük bir ihtimalle kendi ihtiyaçlarınızı unutup başkalarının ihtiyaçlarını gidermeye çalışırsınız. Buda sizi çok yakın ilişkide olduğunuz insanlara karşı duygusuzluk geliştirme riskine sokarak bağlantınızı koparabilir. Kendi vücudunuzu, aklınızı ve ruhunuzu beslemeyi unutmayın. Başkalarını beslemek (veya bakmak) için gerekli olan enerjinizi korumanın en iyi yolu kendinizi yenilemenizdir (canlandırmanızdır).

7. Hatırlayın: Evliliğinizi daha iyi bir hale getirmek için asla erken veya geç kalmış değilsiniz.

Amerika Tabipler Birliği (AMA) yayımladıkları kitabı [The Medical Marriage: Sustaining Healthy Relationships for Physicians and Their Families (Medikal Evlilik: Hekimler ve Aileleri için Sağlıklı İlişkilerin Sürdürülmesi)] gözden geçirmemizi istediği zaman, isteklerini memnuniyetle yerine getirdik. AMA'nın bizi bu şekilde onurlandırması nedeniyle heyecanlanmamız yanında kitaba bize ait bir makalenin ayrı bir bölüm olarak ekleyip eklememek konusunda da endişeliydik. Gerçekten de bize ait olan "Boş Yuvada Dans" başlıklı bölüme gelen yanıtlar "evliliğinizi canlandırmak için asla geç kalmış değilsiniz" savımızı desteklemiştir.

Çocuklar büyüdükleri zaman medikal çiftler yeni fırsatlar ve mücadeleler ile karşı karşıya kalırlar. Evliliğin ikinci yarısı gururla geriye bakma zamanıdır: ne yapmışsınız ve nelere katlanmışsınız; yapmış olduğunuz hatalardan dolayı birbirinizi affetme, beraber zaman geçirmenin yollarını arama; cinsel ilişkinizi canlandırma; arkadaşlığınızı yenileme; büyümüş çocuklarınızla ilişkinizi çoğaltma ve aileniz için yaptıklarınızı takdir etme zamanıdır.

Bunları yapmak ve zevk almak için emekliliği beklemeyin. Hatta, yoğun tempo ile çalışırken, çocuğunuzu büyütürken ve kariyerinizi yaparken dahi

birbirinize düzenli aralıklarla zaman ayırın. Mesela, sağlıklı bir evlilik ve aile hayatı için yoğun tempoda çalışan medikal çiftlere sıklıkla yılda 2 kez 10 günlük tatil yerine 20 kez 2 günlük tatil yapmalarını tavsiye ediyoruz. Aileyi sağlıklı tutmak için düzenli aralıklarla beraberce "mola" verilmesi zorunludur. Birbirinize coşkulu ve şakacı yanlarınızı sık sık göstermeye ihtiyacınız vardır. İş hayatında, üzüntünüzde ve çocuklarınızı eğitmede bile birbirinizi dengeleyin: neşeli, nazik ve dikkatli olun. Hatırlayın: Bizi güldüren insanlara âşık oluyoruz; bizi güvende hissettiren insanlarla aşkımızı devam ettiriyoruz.

8. Cömert ve sıcakkanlı olun.

Mükemmel insan yoktur. Mükemmel evlilikler veya mükemmel aileler de yoktur. Hayat boyu süren evlilik serüveninde birçok hatalar yaparız; birçok hayal kırıkları yaşarız ve bizi çok sevenlerin zaman zaman gönlünü hoş tutmayı başaramayız. Bunlar, başarılı fakat boşanmış çiftler için de geçerlidir. Fakat hata yapsalar bile başarılı aileler güveni ve yakın ilişkileri korumak için bir şeyler yaparlar. Birbirlerine cömertçe ve sıcakkanlılıkla davranırlar.

Sevdiklerinize teklif ettiklerinizde cömert olun. Eşinize sizin için özel olduğunu ve yanınızda güvende olduğunu hissettirecek "hediyeler" sunun, hatta bu sunuş size garip gelse de eşinizin istediği şekilde olsun. Sizin dilediğiniz veya istediğiniz şey olmasa dahi sevdiğinizinize size verdiği "hediyeye" yanıtınız sıcakkanlı ve sevecen olsun.

Klinik tecrübelerimize göre yaşı ne olursa olsun günümüz hekimleri iş-aile sorunlarına karşı yeni mücadele yolları aramakta ve işyerlerini kişilerarası pozitif ilişkilerin olduğu bir kültür ortamına çevirmeye gayret göstermektedirler. Bunun için yeni kurulan aile yapılarına ve benzeri görülmemiş zorluklarla karşılaşan modern medikal ailelere saygılı davranan politikalara ve kişilerarası etkili ilişkilerin oluşturulması için hekimlerin ve ailelerin eğitilmesini içeren yaratıcı yaklaşımlara ihtiyaç vardır.