

Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi

sted *günce*

Cilt : 19

Sayı : 4

Temmuz
Ağustos
2010

ISSN 1300-0853





STED'den

Türkiye'nin Sağlığını Okumak



"Beslenme İçin Tüketim ve Sağlık"

Dr. Onur Hamzaoğlu

I



Yaşlı Sağlığı

"Yaşlılarda Düşmeler"

Dr. Melahat Akdeniz, Dr. Ethem Kavukçu,
Dr. Hakan Yaman

III



Sigara ve Sağlık

"Sigara Paketleri Üzerinde Yazılı ve Resimli Uyarıların Tütün Kontrolü Kapsamındaki Yeri"

Dr. Dilek Aslan, Dr. Nazmi Bilir

VI

Dünya Sağlık Örgütü

Geleneksel Tıp Stratejisi 2002-2005

VIII

Dr. Sema İlhan



Beijing Deklarasyonu, Dünya Sağlık Örgütü

X

Dr. Sema İlhan



TTB-STED Fotoğraf

Yarışması 2010 Sonuçlandı

XII

Merhaba,

Pratiklik ile tembellik arasında salındığı poşet çayını hazırlarken en son ne zaman neye, kime şaşırdığını bulmaya çalışıyordu. Geçmiş anımsamakta kendini zorlamanın yararsızlığını fark etmesi uzun sürmedi. Dünyü sorgulamaktansa bugün anımsamak kolaycılığın sığınağı. Gün boyunca anımsadıklarının dünden bir farkı yoktu.

Çaydan bir yudum aldı. Çay soğumaya yüz tutmuştu. Hep aynısını yaşamakta olduğunu düşündü. Koca kupa içindeki çay birkaç yudum aldıktan sonra bir kenarda kalıyor, çay içtiğini, çayının yarım kaldığını fark ettiğinde çayını çoktan buz kesmiş buluyordu. Yine de bir yudum almak istedi yabancı bir markanın Karadeniz Bölgesi çayından.

Torbalanmış çayı, babasının kağıt koktuğunu söyleyip ağzına sürmediğini görür gibi oldu. Demlenen çayın iyi demini almış

olduğundaki keyifle torbalı çayını yudumladı.

Yıllar öncesini anımsamak, üstelik bu denli neredeyse tadına – kokusuna varana kadar çayı anımsamak tedirgin etti kendisini.

"En son neye şaşırmıştı?", şaşırmadan yaşamak, olup biteni sorgulamamak sanırım sorgulatmaktan daha kolaydı.

Şaşırmamak, şaşırmayacak denli rutin içinde kaybolmak.

Yaşanılan yer,
Üstlenilen sorumluluk,
üzerinden dünün bir benzeri bugün gibi Yaşamak...

Şaşırmak bir bakıma farklılıkların belirginleşmesi ile olanaklı.

Bilimsel ve dostça kalın.

Türkiye'nin Sağlığını Okumak

"Beslenme İçin Tüketim ve Sağlık"



Dr. Onur Hamzaoğlu*

Tablo 1. Toplam hanehalkı tüketim harcamalarının bölgelere göre dağılımı (%) (2007-2009)

İstanbul	24.6
Ege	13.9
Akdeniz	12.1
Batı Anadolu	11.1
Doğu Marmara	9.7
Güneydoğu Anadolu	5.4
Batı Karadeniz	5.4
Ortadoğu Anadolu	3.4
Doğu Karadeniz	3.1
Kuzeydoğu Anadolu	2.0
Toplam	100.0

Tablo 2. Bölgelerin toplam hanehalkı tüketim harcamalarında gıda ve alkolsüz içecekler için yapılan harcamaların payı (%) (2007-2009)

Güneydoğu Anadolu	33.1
Kuzeydoğu Anadolu	29.2
Batı Karadeniz	27.1
Ortadoğu Anadolu	27.1
Doğu Karadeniz	26.8
Akdeniz	24.5
Ege	23.8
Doğu Marmara	22.2
Batı Anadolu	20.4
İstanbul	18.9

Bugüne kadar, Türkiye'nin sağlığını okumayı genellikle sağlık sonuçları ve sağlık sektörü üzerinden gerçekleştirdik. Bu sayımızda ise sağlığın belirleyicileri kapsamında ön sırada yer alan beslenme için yapılan tüketim üzerinden okuyacağız.

İlk defa Maslow tarafından tanımlanan gereksinimler hiyerarşisi teorisine göre, insan gereksinimlerinin hiyerarşik bir düzeni olduğu, dolayısıyla gereksinimlerin karşılanmasının da bu sıralamayla paralellik taşıdığı kabul edilmektedir. Bu kabule göre, fizyolojik gereksinimler karşılanmadan daha üst düzeydeki gereksinimler karşılanmamaktadır.

Söz konusu teoriden hareketle, insanların birinci önceliklerinin beslenme gereksinimlerinin karşılanması olduğunu söyleyebiliriz. Beslenme gereksinimlerini karşılayabilenler sırasıyla giyinme, barınma, ulaşım, eğitim, sağlık, kültür ve eğlence vb. bir sıralamayla diğer gereksinimlerini karşılama eğilimindedirler. Kısaca insanlar, kazandıkları para ile öncelikle karınlarını doyurmakta, kalırsa diğer alanlara yönelik harcama yapmaktadır. Başka bir ifadeyle, reel gelirleri düşük olanların harcama alanlarındaki en büyük payı dolayısıyla ilk sırayı gıda sağlamak için yaptıkları harcama alır. Reel gelirleri arttıkça toplam harcamaları içinde gıda harcamalarının payı da azalmakta, arka sıralara doğru gerilemektedir.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2007, 2008, 2009 Hanehalkı Tüketim Harcamaları Bölgesel Sonuçları'nı bugünlerde açıkladı. Rapordaki verilere göre, ülkemizde gerçekleşen toplam hanehalkı tüketim harcamalarının %24.6'sı İstanbul, %13.9'u Ege, %12.1'i Akdeniz ve %11.1'i Batı Anadolu bölgelerinde gerçekleşmiştir. Bu bölgelerin ülke nüfusundaki payları ise sırasıyla %17.80, %13.13, %12.75 ve %9.47'dir. Bu verilere göre, Türkiye nüfusunun yaklaşık %53'üne sahip dört bölgede Türkiye'deki toplam tüketimin yaklaşık %62'si gerçekleşmiştir. Bununla birlikte, Türkiye nüfusunun %10.28'inin yaşadığı Güneydoğu Anadolu'da toplam tüketimin %5.4'ü, %9.24'ünün yaşadığı Doğu Marmara'da %9.7'si, %6.22'sinin yaşadığı Batı Karadeniz'de %5.4'ü, %5.01'inin yaşadığı Ortadoğu Anadolu'da %3.4'ü, %3.48'inin yaşadığı Doğu Karadeniz'de %3.1'i ve



% 3.03'ünün yaşadığı Kuzeydoğu Anadolu'da % 2.0'si gerçekleşmiştir (Tablo 1).

TUİK'in açıklamalarında yer alan başka bir veri de bölgelerde yapılmış olan hanehalkı toplam harcamalarının harcama gruplarına göre dağılımını göstermektedir. Buna göre Batı Karadeniz, Doğu Karadeniz, Kuzeydoğu Anadolu, Ortadoğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde yaşamakta olanların tüketim harcamalarının birinci sırasında gıda harcamaları yer almaktadır. Bölgeleri gıda harcamalarının payına göre sıraladığımızda ilk beş bölgenin (Tablo 2), bölgeleri toplam tüketim harcamalarındaki paylarına göre sıraladığımızdaki (Tablo 1) son beş bölge olduğu görülmektedir.

Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisi teorisinden yararlanarak her iki tablodaki sıralamayı birlikte değerlendirdiğimizde Güneydoğu Anadolu, Kuzeydoğu Anadolu, Batı Karadeniz, Ortadoğu Anadolu ve Doğu Karadeniz bölgeleri Türkiye'nin en yoksul bölgeleridir. Tüketimin henüz birinci düzeyindedirler. Hala

en temel fizyolojik gereksinim olan gıda gereksiniminin karşılanması sorununu yaşamaktadırlar.

Bu durum, sağlıklı olabilmek için temel gereksinimlerin ilk sırasında gelen yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanamadığı bölgelerimizde yaşayanların sağlıklı olmamaları için temel koşulun sağlandığını göstermektedir.

Sorunun çözümü gıda yardımı değil, eşitsizliklerin yok edilmesini hedefleyen politika ve uygulamalardadır.

Not: Bölgeler kapsamındaki illerin listesine www.tuik.gov.tr adresinden ulaşılabilir.

İletişim: Dr. Onur Hamzaoğlu
E-posta: ohamzaoglu@kocaeli.edu.tr

Kaynakça

Haber Bülteni, 2007-2008-2009 Hanehalkı Tüketim Harcamaları Bölgesel Sonuçları, sayı: 213, 14 Aralık 2010 (www.tuik.gov.tr)
Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Veri Tabanı 2009



Dr. Melahat Akdeniz, Dr. Ethem Kavukçu**, Dr. Hakan Yaman****

Düşmeler yaşlı kişilerde korku ve kaygı yaratan, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, bağımsızlık kaybına neden olan bir sorundur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) düşmeyi yaşlılık döneminin dört dev sorunundan biri olarak kabul eder (1). Yetmiş beş yaş ve üstündeki kişilerde kazaya bağlı ölümler büyük oranda (%70) düşme sonucu meydana gelmektedir (2).

DSÖ - Avrupa bölge ofisi 2004 yılında yayınladığı bir raporda 65 yaş üzeri yaşlıların %30'unun, 80 yaş üzeri kişilerin %50'sinin her yıl düştüğünü bildirmektedir (3). Türkiye'de Karataş ve arkadaşlarının 2000 yılında yaptığı bir araştırmada 65 yaş üzeri kişilerin %4.9'unun 6 ay içinde düştüğü saptanmıştır. Kadınlarda düşme oranı erkeklerden 4 kat fazla bulunmuştur (4).

Düşme yaşlılarda önemli basit ekimozlardan yaşamı tehdit eden yaralanmalara kadar pek çok soruna neden olur. Düşme sonucu iç organ yaralanması olan yaşlıların %33'ü ve kırıkları olan hastaların %41'i uzun süreli bakıma muhtaç hale gelmektedirler (5). Düşme sonrası yaralı olarak acil servise başvuran yaşlılarda yapılan geniş bir çalışmada da hastaların %2,2'sinin öldüğü saptanmıştır (2).

Yaşlılık düşkünlüğe neden olabilen pek çok fizyolojik değişiklik ve kronik hastalıklar olduğu bir dönemdir. Düşkün yaşlılar düşmeler sonrası yaralanmalara daha duyarlı hale gelirler. Örneğin normal bir erişkinde önemli bir soruna neden olmayan bir düşme osteoporozu olan bir yaşlıda kırıklara, özellikle de bakıma muhtaçlığa neden olan kalça kırıklarına yol açabilir. Yaşlılarda düşmelerle ilgili yapılan çalışmalarda 70 yaş ve üzeri kişilerde ortaya çıkan kalça kırıklarının %90'dan fazlasının düşmeye bağlı olduğu (6, 7), kalça kırığı olan yaşlı kişilerin yarısının eski durumlarına dönemedikleri ve dörtte birinin

yaralanmadan sonraki altı ay içinde öldüğü bulunmuştur (3).

Düşmeler yaralanmaya neden olmasa da korku ve kaygıya yol açarak yaşlı kişinin kendini kısıtlamasına sosyal yaşamdan uzaklaşmasına yol açabilmektedir (7). Düşme sonrası ortaya çıkan yeniden düşme kaygısı düşme sonrası anksiyete sendromu olarak adlandırılır.

Birincil bakım (BB) hekimleri düşmeye neden olan yaşlanmaya bağlı değişiklikler ve eş zamanlı hastalıkları erken saptayıp doğru yöneterek düşmelerin çoğunu önleyebilirler. Yaşlı kişilerde sağlığı koruyucu ve geliştirici girişimler de dinçliği artırarak düşmeleri önlerler. Bu nedenle BB hekimlerinin düşmeye ve olumsuz sonuçlarını önlemek için kendilerine herhangi bir nedenle başvuran yaşlı hastalarda yılda en az bir kez tam bir geriyatrik değerlendirme yapması; düşmeden bahsetmese bile yaşlı hastaları düşme öyküsü ve düşmeye neden olabilecek etmenler açısından taramaları önerilmektedir (8).

Tarama ve değerlendirme

Yaşlı kişiler genellikle yaralanmaya neden olmayan düşmeleri hekimlerine bildirmezler. Amerikan Geriyatri Derneği, İngiltere Geriyatri Derneği ve Amerikan Ortopedik Cerrahlar akademisi tarafından yayınlanan düşmeleri önlemeye dair rehber yaşlı hastalara bakım veren hekimlerin hastalarına son bir yılda düşüp düşmediklerini sormalarını önerir (9). Ayrıca düşmeye neden olabilecek sağlık sorunları olup olmadığı da araştırılmalıdır. Bu amaçla Dünya Sağlık Örgütü'nün geliştirdiği "Yaşlı Dostu Birincil Bakım Enstrümanlarından 10 dakikalık tarama testi" kullanılabilir (1). Bu test birincil bakıma herhangi bir nedenle başvuran yaşlı kişilerin hekim muayenesi

* Yrd. Doç., Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD, Antalya

** Uzm. Dr., Serbest Hekim, Antalya

*** Prof., Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD, Antalya

öncesi geriyatrinin dört dev sorunu (düşme, demans, depresyon ve üriner inkontinans) ve iki kronik hastalık (hipertansiyon ve diyabet) açısından taranmasını amaçlamaktadır. Test ile düşme öyküsü ve hareket zorlukları saptanan kişiler hekim tarafından daha ayrıntılı olarak aynı enstrüman seti içinde bulunan düşme değerlendirme enstrümanları ile değerlendirilebilir.

Düşmelerin değerlendirilmesinde risk etmenlerinin sorgulandığı kapsamlı bir öykü, fizik muayene, laboratuvar tetkikleri ve hastanın yürüme ve denge durumunu değerlendiren testler kullanılır. Öykü düşmeye neden olabilen ya da olabilecek risklerin, yaşam alışkanlıklarının ve yetersizliklerin, eş zamanlı hastalıkların belirlenmesinde önemli araçtır.

Hekim hastadan ya da düşmeye tanık olan kişi(ler)den hastanın düşme anında ya da öncesinde ne yapıyor olduğunu, düşmenin nerede ve ne zaman olduğunu öğrenmelidir. Düşmenin izole bir olay mı yoksa yineleyen bir olay mı olduğu öğrenilmelidir. Risk etmenlerinin değerlendirilmesi amacı ile yaşa ilişkin değişiklikler ve kronik hastalıklar, bilişsel bozulmalar, kullanılan ilaçlar sorgulanmalıdır. Öyküde hastanın düşmesine yol açan risk etmenlerinin değerlendirilmesi düşmeleri önleme için ilk adımdır.

Risk etmenlerinin değerlendirmesi

Düşme olasılığı hastanın risk etmenlerinin sayısı ile artar (3). Değerlendirme, düşme öyküsünün tanımlanmasını, yürüyüş, denge, hareketlilik ve kas gücünün değerlendirilmesini, osteoporoz riskinin değerlendirilmesini, yaşlı kişinin işlevsel yetkinlik algısının ve düşme korkusunun değerlendirilmesini, görme ve işitme bozulmalarının değerlendirilmesini, bilişsel durum değerlendirmesi ve nörolojik ve kardiyovasküler muayeneyi, üriner inkontinans değerlendirmesini, hastanın yaşadığı evin düşmeye yol açabilecek durumlar için değerlendirilmesini içermelidir (3). Yaşlılar komorbid durumları nedeni ile pek çok ilaç kullanırlar. Düşme ilaçların yan etkilerine de bağlı olabilir. Bu nedenle yaşlı kişilerin kullandığı ilaçlar da gözden geçirilmeli ve mümkünse sayıca azaltılmalıdır.

Düşmelerin değerlendirilmesinde ikinci adım kapsamlı bir fizik muayene yapılmasıdır. Hasta yeni bir düşme öyküsü ile gelmişse öncelikle acil durumlar için değerlendirilir;

hasta stabil hale geldikten sonra daha kapsamlı muayene yapılır. Fizik muayenede görme ve işitme testi, nörolojik ve işlevsel değerlendirme yapılır. Bilişsel değerlendirme, ortostatik hipotansiyon, aritmi, kalp bloğu ya da kapak hastalıkları, görme ya da işitme yeterliği, eklemlerin inflamasyonu ya da eklem deformitesi, bacaklarda uzunluk farkı olup olmadığı ve ayak sorunları, yürüme sorunları ve denge, tremor varlığı, genel dinçlik durumu ve beslenme durumu araştırılır. Nörolojik muayenede kasların tonusu ve gücü, periferik nöropati açısından alt ekstremitte periferik sinirlerinin muayenesi, vibrasyon testi, kortikal, serebellar ve ekstrapiramidal işlevlerin değerlendirilmesi yapılır (10).

Hastaların düşmeye eğilimlerini belirlemek ve önlem alabilmek için denge ve yürümenin değerlendirildiği bazı testler uygulanır. En çok kullanılan testler "kalk ve yürü testi", tek bacakla denge testi, zaman ölçümlü kalk ve yürü testidir (Bu testlere www.ailehek.org'dan erişilebilir). Düşme günlüğü tekrarlayan düşmeleri olan hastalarda düşme özelliklerinin ve denge durumunun değerlendirilmesi için yararlı olabilir (11). Hastanın işlevselliği günlük yaşam etkinlikleri (ADL = banyo yapma, giyinme, tuvaleti kullanma, transfer, kontinans ve beslenme durumları) ve atletik yaşam etkinlikleri (IADL= telefon kullanma, alışveriş yapma, yemek hazırlama, ev işleri, çamaşır yıkama, transport, ilaçlarını kullanabilme, para yönetimi) enstrümanları ile değerlendirilir (12).

Laboratuvar testleri: Standart bir laboratuvar testi yoktur. Tam kan sayımı, tiroid fonksiyon testleri, elektrolitler, açlık kan şekeri, böbrek fonksiyon testleri ve vitamin B12 düzeyleri düşmeye neden olabilecek tedavi edilebilir nedenler olan anemi, dehidratasyon, hipoglisemi ve hiperglisemi gibi durumları tanımlamak için yapılabilir (8). Senkop tanımlayan hastaların kardiyolojik açıdan değerlendirilmesi gerekir. Beynin görüntülenmesi ve diğer uygun çalışmalar öykü ve fizik muayenede ki bulgulara göre planlanabilir.

Düşmeleri önlemek için girişimler

Pek çok çalışma tek risk etmeni modifikasyonunun ve çok etmenli girişimlerin yaşlı kişilerde düşmeleri önlediğini bulmuştur. Kas geliştirme, denge eğitimi, yürüme eğitimi gibi alıştırmaya ve fizik tedavi yöntemleri düşmelerin sayısını ve düşme sırasında

yaralanan hasta sayısını önemli oranda azaltmaktadır. Uygun egzersiz tipleri Tai Chi, güçlendirici alıştırmalar, denge eğitimi ve denge eğitimi ile denge alıştırmalarının birlikte kullanılmasıdır. On beş haftalık Tai Chi grup çalışması girişiminin düşme riskini azalttığı gösterilmiştir (12).

Ev ziyaretleri ve ev güvenliğinin değerlendirilmesi

Yaşlı kişinin ev ortamında düşmeye neden olabilecek tehlikeleri belirlemek için yapılan ev ziyareti değiştirilebilir risk etmenlerini değerlendirmek ve uygun girişimleri belirlemek için çok değerlidir. Ev içinde ve dışında yaşlıların düşmesine neden olabilecek durumların belirlenmesi ve güvenli ortam yaratabilmek için düzenlemeler yapılması gerekir. Ev güvenliğini değerlendirmek için hazırlanan kontrol listeleri ziyaretlerde hekime ya da birincil bakım çalışanına rehberlik edebilir ve tam bir değerlendirme sağlayabilir (Bu listelere www.ailehek.org'dan erişilebilir).

Ev ziyaretleri sırasında bakım veren kişilerle görüşme yaşlı kişi için önemli bilgiler sağlama yanında bakım veren kişilerin sağlığının değerlendirilmesi ve güvenli yaşam ortamı konusunda bilgilendirilmesi için de fırsat sağlar. Tüm dünyada nüfusun yaşlanma eğiliminde olduğu, yaşlı nüfus içinde de pek çok kronik hastalık gibi düşmeye de daha duyarlı olan yaşlı yaşlıların oranının arttığı DSÖ dahil pek çok uluslar arası örgütlerce dile getirilmektedir (13). Bu bağlamda birincil bakım hekimlerinin bakım sunduğu nüfus içinde de yaşlı kişilerin artması kaçınılmazdır. BB hekimleri yaşlı hastalarının sağlığını korumak ve geliştirebilmek, engelliliği önlemek için bu kişilerin karşı karşıya olduğu sağlık risklerinin farkında olmalıdır. Yaşlı hastalarda düşme ve düşmeye bağlı engellilik ve düşkünlük bu yaş grubunun önlenemez önemli sağlık sorunudur. Birincil bakım hekimleri bu sorunu tarayarak ve erken önlem alarak yaşlı kişinin bağımsızlığını korumasını, daha etkin yaşlanmasını ve yaşam kalitesini daha uzun süre korumasını sağlayabilirler. Ayrıca düşme öyküsü olmasa bile hastalarına ve aile üyelerine ya da bakıcılarına düşme nedenleri ve koruyucu önlemler konusunda eğitim vererek yaşlıların daha güvenli koşullarda yaşamalarına katkıda bulunabilirler.

Düşmelerin önlenmesi sadece hekimlerin gayretleri ile başarılmaz. Bir ekip yaklaşımı

içinde çalışılması ve resmi olarak desteklenmesi yaşlılarımızın daha etkin ve kaliteli yaşam şansını elde etmelerini sağlayabilir.

İletişim: Dr. Hakan Yaman

E-posta: hakanyaman@akdeniz.edu.tr

Kaynaklar

- 1.Yaman H (Ceviri Editörü). Yaşlı Dostu Birincil Bakım Merkezi Enstrümanı. Cenevre: DSO. 2007. <http://www.ailehek.org>, erişim tarihi: 04.12.2009.
- 2.Owens P L, Russo C. A, Spector W, Mutter R. Emergency Department Visits for Injurious Falls Among the Elderly, 2006. Healthcare Cost and Utilization Project Statistical Brief 80. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, Maryland 2009.
- 3.World Health Organization Europe. What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report; 2004). Erişim: <http://www.euro.who.int/document/E82552.pdf>; erişim tarihi: 01.01.2010.
- 4.Karataş GK, Maral I. Ankara- Gölbaşı ilçesinde geriyatrik popülasyonda 6 aylık dönemde düşme sıklığı ve düşme için risk faktörleri. Geriatri 2001; 4 (4): 152-158.
- 5.Cassels C. Falls in the Elderly: a Major Cause of TBI Death. Injury Journal and Safety Research 2008;39:269-272.
- 6.CDC, Self-Reported Falls and Fall-Related Injuries Among Persons Aged >65 Years - United States, 2006. MMWR 2008;57(09);225-229.
- 7.Rubenstein LZ. Clinical Risk Assessment, Interventions and Services Falls in Older People: Epidemiology, Risk Factors and Strategies for Prevention. Age and Ageing 2006 35 (Supplement 2): ii37-ii41
- 8.Yaman H, Yazıcı S, Sandholzer H. Geriyatrik değerlendirme: Aile hekimliğinde yaşlının kanıta dayalı rehberler ışığında periyodik muayenesi. Türk Aile Hekimliği Dergisi 2009;13(1);27-38.
9. Fuller GF. Falls in the Elderly, Am Fam Physician 2000; 61:2159-68,2173-4.
- 10.Rao SS. Prevention of Falls in Older Patients. American Family Physician 2005;72:81-8,93-4.
- 11.Tinetti ME, Baker DI, McAvay G, Claus EB, Garrett P, Gottschalk PT, et al. A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community. New England Journal of Medicine 1994; 331:821-7.
- 12.American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention Guideline for the Prevention of Falls in Older Persons Journal of American Geriatric Society 2001; 49:664-672.
- 13.Yaman H. Akdeniz M, Kanevetci Z. Ulkemizde Beklenen Demografik Değişime Hazırlık: Yaşlı Dostu Birincil Bakım Merkezleri. RNA Aile Hekimliği Dergisi.2008; 2(2):14-21.



Dr. Dilek Aslan, Dr. Nazmi Bilir**

Tütün mücadelesinin farklı eylem ve stratejileri bulunmakta olup bunlar arasında yer alan önemli bir başlık sigara paketleri üzerinde yer alan resimli uyarılardır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (Framework Convention on Tobacco Control; FCTC-TKÇS)'nin konu ile ilgili maddesi 11. Maddedir. DSÖ bu madde üzerinden FCTC-TKÇS tarafı ülkeleri uygulamaya çağırılmaktadır. Bu maddeye göre sağlıkla ilgili uyarıların sigara paketlerinin ana yüzeyinin %50'sinden fazlasını kaplaması (%30'dan az olmayacak şekilde) önerilmektedir. Mesajların açık, okunabilir, görülebilir, belirli aralıklarla değişen özellikte olması da öneriler arasında yer almaktadır (1,2).

Bilimsel kanıtlar sigara paketleri üzerindeki iyi tasarlanmış yazılı ve resimli (birleşik) uyarıların toplumda duyarlılık artırmak için basit, ucuz ve etkili yöntemler arasında yer

aldığının üzerinde durmaktadır. Bu uygulama sigara içicilerini güdülemekte ve henüz tütün bağımlısı olmayan bireylerin bu ürüne ilgilerini azaltmaktadır. Ayrıca; dünyada her 10 kişiden 9'u tütün paketleri üzerinde uyarı olmayan ülkelerde yaşamaktadırlar. Paketlerin üzerinde “bırakma hattı” numaralarının da olması bu tütün mücadelesini güçlendirici bir uygulamadır (3-6).

Sigara paketleri üzerindeki uyarılara ilişkin yapılan bazı çalışma sonuçları aşağıdadır (2,3):

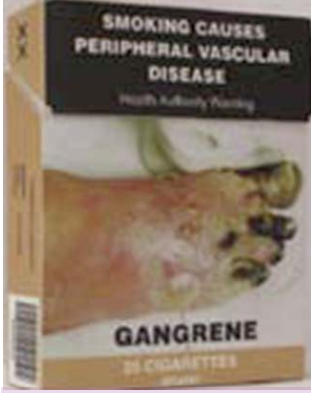
1. Kanada'da sigara içicilerinin %58'i paketler üzerindeki yazıların sigaranın zararları ile ilgili daha fazla düşüncelerine neden olduğunu belirtmişlerdir.
2. Brezilya'da içicilerin %67'si uyarıların bırakma isteklerini artırdığını belirtmişler ve içicilerin %54'ü sigaranın sağlık etkileri ile ilgili düşüncelerinde değişiklik olduğunu vurgulamışlardır.

Sigara paketleri üzerinde yer alan uyarılar 2009 yılında 31 Mayıs “Sigarasız Bir Dünya Günü” temasını oluşturmuştur (Resim 1).

Yazılı-resimli uyarıların daha ileri bir evresi Avusturalya'da 2012 yılında bir örneğine tanık olacağımız “plain packaging (düz paket)” uygulamasıdır. Bu ileri uygulama Dünyada tütün mücadelesinde çok önemli ve heyecan verici bir gelişmedir. Düz paket uygulaması ile sigara firmalarının reklam yapma olanaklarının ortadan kalkması, sigaranın sağlık zararlarının etkililiğinin artması, paketleme aracılığı ile tüketiciyi yanıltan ifade ve uygulamaların önlenmesi, gençlerin sigaraya ulaşabilirliğinin azaltılması gibi konular hedeflenmektedir. Avusturalya'da toplumun bu uygulamayı desteklediği yönünde çalışmalar bulunmaktadır. Düz paket uygulaması sigara şirketlerinin logolarının, renklerinin, vb. kullanım olanaklarını ortadan kaldırmaktadır.



Resim 1. Sigara paketleri üzerindeki yazılı ve resimli uyarılar (4)



Resim 2. Düz paket uygulamasına bir örnek (3,4)

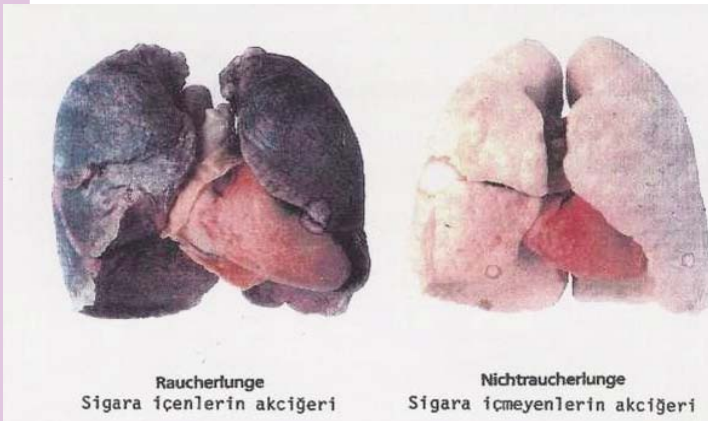
Bu konuda Dünyadan bir örnek Resim 2'de sunulmuştur. Bu konuda adolesanlar ve erişkinler arasında Avusturya'da yapılmış farklı iki çalışmada toplumun resimli uyarılar ve düz paket uygulamalarını desteklediği ifade edilmektedir (6,7).

Ülkemizde de FCTC-TKÇS gereği yapılan yeni düzenlemelerle 1 Mayıs 2010 tarihinden itibaren

sigara paketleri üzerinde yazılı ve resimli uyarılar birlikte yer almaya başlamıştır. Daha önce piyasaya verilmiş olan eski paketlerin satışına 31 Aralık 2010 tarihine kadar izin verilebilecektir. 1 Ocak 2011'den itibaren ise



Sigara dumanında benzen, nitrozamin, formaldehit ve hidrojen siyanit gibi kanser yapıcı maddeler bulunur



piyasada resimli uyarılara yer vermeyen tütün ürünleri kesinlikle satılamayacaktır. Bu uygulama Türkiye'de tütün ile mücadele açısından önemli bir gelişmedir. Çok yakın gelecekte ise ülkemizde Avusturya deneyimine doğru ilerlemek için kamu ve sivil toplum örgütlenmelerinin desteğine gereksinim vardır.

Sonuç olarak bütün bilimsel kanıtlar sigara paketleri üzerindeki yazılı ve resimli uyarıların yararı konusunda görüş birliği içerisindedir. Bu kapsamda ülkemizin de imza koyduğu ve TBMM'de onayladığı FCTC-TKÇS gereği gereken düzenlemeleri yapma konusunda ilgili kurum ve kuruluşların çalışmalarını geliştirmeleri gerekmektedir.

İletişim: Dr. Dilek Aslan

E-posta: diaslan.dr@gmail.com

Kaynaklar

1. WHO Framework Convention on Tobacco Control. WHO 2003, pp 9,10.
2. Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi. http://www.ssuk.org.tr/belgeler/tutun_kontrolu_cerceve_sozlesmesi.pdf. Erişim: 12 Kasım 2010.
3. Do picture-base warnings work? a. http://www.who.int/tobacco/wntd/2009/questions_answers/en/index.html. Erişim: 11 Kasım 2010.
4. www.ashaust.org.au/lv3/action_plainpack.htm. Erişim: 11 Kasım 2010.
5. Sigara Paketleri Üzerindeki Resimli Uyarılar Sigara İçme Sıklığını Azaltmak İçin Önemli Bir Uygulama: Ankara Tabip Odası Halk Sağlığı Komisyonu Güncel Bilgi Notu http://www.ato.org.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=315:sigara-paketleri-uezerindeki-resimli-uyarlar-sigara-cme-skln-azaltmak-cin-oenemli-bir-uygulama-&catid=7:komguebilnot. Erişim: 12 Kasım 2010.
6. Germain D, Wakefield MA, Durkin SJ. Adolescents' perceptions of cigarette brand image: does plain packaging make a difference? J Adolesc Health. 2010 Apr;46(4):385-92.
7. Wakefield MA, Germain D, Durkin SJ. How does increasingly plainer cigarette packaging influence adult smokers' perceptions about brand image? An experimental study. Tob Control. 2008 Dec;17(6):416-21.

Dünya Sağlık Örgütü Geleneksel Tıp Stratejisi 2002-2005

“WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005”



Dr. Sema İlhan*

Öz

Sağlık hizmetlerinde Geleneksel – Alternatif-Tamamlayıcı Tıp kavramları giderek daha dikkat çekmektedir. Geleneksel Tıp kavramının neyi anlattığı ortak dil kullanımı açısından önemlidir. Dünya Sağlık Örgütü 2002-2005 yılları arasındaki Geleneksel Tıp Stratejisi çalışması bilinen en kapsamlı ve yeni çalışma olarak kabul edilir. Ayrıca geleneksel tıp ile allopatik tıbbin sağlık hizmetlerinde bir arada bulunuş biçimlerine göre hangi tür sistemler olduğu kısaca özetlenerek Beijing Deklarasyonu için bir kılavuz oluşturulmak amaçlanmıştır.

Anahtar sözcükler: Geleneksel, Alternatif, tamamlayıcı, Tıp, DSÖ, Strateji, Entegre, kapsamlı, Toleranslı, Sistemler

Abstract

The concepts of traditional medicine, complementary, alternative medicine are attracting more and more attention in Health Services. Understanding what traditional medicine is very important to establish common language. “WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005” is accepted most comprehensive and new study. Also classifications were summarized according to how traditional and allopathic medicine combined in national health care systems and aimed to prepare guide for Beijing Declaration.

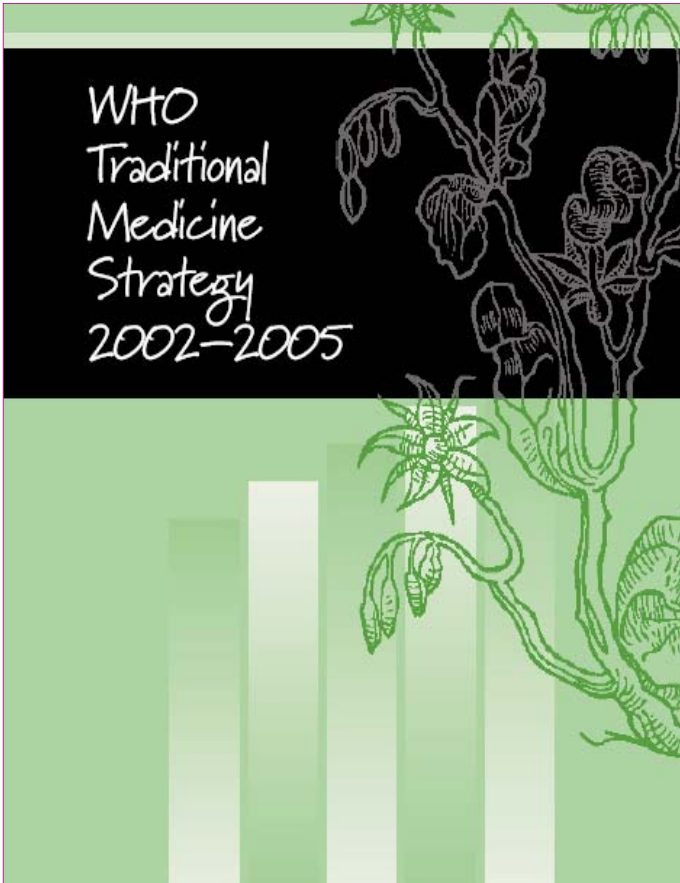
Key words: Traditional, Alternative, complementary medicine, WHO, strategy, entegrated comprehensive, Tolerant, Systems

Sağlık hizmeti sunumu ve reformlarında gittikçe daha çekici hale gelen Geleneksel Tıp(TM)* ile Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp (CAM)'ın böylesine yaygınlaşmasına katkıda bulunan pek çok etken vardır. Söz konusu yöntemleri başarı ile kullanmak ve geliştirmek içinse bazı noktalar öncelikle ele alınmalıdır.

Geleneksel Tıp (TM) neyi anlatır?

Geleneksel Çin Tıbbı, Hint Ayurveda ve Araplara özgü Unani Tıbbı gibi, bilinen pek çok tıp sistemi vardır. Bunların yanısıra Afrika, Arap ve Amerikan yerlilerine ait birçok tıp sistemi de Okyanus, Orta ve Güney Amerika ve diğer kültürlerince tarih boyunca geliştirilmiştir. Tarihsel süreç, tutum ve felsefi farklılıkların sonucu, bu sistemlerde ülkeden ülkeye, bölgeden bölgeye çok büyük değişiklikler görülebilmektedir. Sözünü ettiğimiz kuram ve uygulamaların Allopatik Tıptan çok farklı olduğunu belirtmeye bile gerek yok.

Kapsama bağlı olarak uygulanan TM /CAM terapileri şöyle gruplanabilir: İlaç verilen terapiler Bitkisel, hayvansal içerikli maddeler ve mineraller verilenler. İlaç verilmeden yapılan terapiler Akupunktur; manüel terapiler, qigong, tai chi, termal terapi, yoga ve diğer fiziksel, ruhsal, manevi terapiler ve beden-zihin terapileri.



* Pratisyen Hekim, Halk Sağlığı Doktoru

Geleneksel tıbbın kendi düzeni kurulmuş, yerleştirilmiş; geleneksel tıp açık olarak öğretilmiş; yaygın ve sistematik biçimde uygulanarak, binlerce yıllık deneyimden yararlanmış. Öte yandan bu tıp yönteminde gizemli, mistik ve fazlasıyla yerel uygulamalar da sözel olarak aktarılabilir. Bu uygulamalarda fiziksel semptomlar veya algılanan doğa üstü güçler dayanak noktası alınmış olabilir.

Açıkçası, dünya çapında Geleneksel Tıp'ın, çeşitli ve bazen birbiriyle çelişen özellikleri ve bakış açılarını da kapsayabildiğinden, kesin bir tanım veya tariftan çekinilse de; halen var olan tanımı kullanışlıdır. Geniş kapsamlı ve içerikli olmasını önemseyen DSÖ'ye göre bu tanım, tedavi veya hastalıklardan korunma ve iyilik halinin sürdürülmesi için tek başına veya bir arada kullanılan bitki, hayvan ve/ya da mineral temelli tıbbi uygulamaları, manevi terapileri, manuel teknikleri ve egzersizleri, türlü sağlık uygulamalarını, yaklaşımları, bilgi ve inançları içerir.

Tamamlayıcı ve Alternatif (ve bazen aynı zamanda non konvansiyonel veya paralel), ülkenin kendi geleneğinin parçası olmayan veya baskın olan sağlık hizmeti sistemlerine entegre edilmemiş, bir dizi kapsamlı sağlık hizmeti uygulamasını adlandırmak için kullanılır.

Akupunktur, Çin'de Geleneksel Tıp terapisi; fakat pek çok Avrupa ülkesinde, tamamlayıcı alternatif tıp olarak tanımlanır; çünkü oralarda bu yöntem sağlık hizmeti sunumunun bir parçası olarak şekillenmemiştir. Benzer olarak Homeopati ve Kayropratik sistemler de 18. yüzyılda, yine Avrupa'da, allopatik tıbbın başlangıcından sonra geliştirilmiştir. Bunlar da Geleneksel Tıp olarak kategorize edilmezler ve baskın sistem ile de birleşmemişlerdir. Bunun yerine onlar da

tamamlayıcı alternatif tıp olarak dikkate alınırlar.

Sağlık hizmetlerinin entegre edildiği sistemlerde TM/CAM resmi olarak tanınmış, sağlık hizmeti sunumunun tüm alanlarıyla birleştirilmiştir. Yani bu, TM/CAM tedavileri ulusal ilaç politikasına eklenmesi, ürünlerin ve tedarikçilerinin kayıt altına alınması ve düzenlenmesi demektir. Bu da demektir ki, (hem kamu hem özel) hastane ve kliniklerdeki terapilerde bu tedaviler sağlanmakta; tedavi giderleri sağlık sigortasınca karşılanmaktadır. Ayrıca da konuyla ilgili araştırmalar üstlenilmiş ve eğitimleri de uygundur.

Kapsayıcı sistemde TM/CAM sağlık hizmetinin sunumu, eğitim-öğretim veya düzenlemelerinin tüm yönlerine tam olarak entegre edilmemiştir. Tüm sağlık hizmeti basamaklarında var olmayabilir ya da sağlık sigortaları bu uygulamalarla yapılan tedavileri kapsamayabilir. Resmi eğitim üniversite düzeyinde olmayabilir; hizmet sunanlar ve ürünleri ya eksik ya hazırlık aşamasında olabilir ya da hiç yoktur.

Toleranslı sistemlerde ise, ulusal sağlık hizmetleri allopatik tıp üzerine yapılmıştır; ancak bazı TM/CAM uygulamalarına yasal olarak izin verilmektedir.

Sonuç olarak, kapsayıcı sistemdeki ülkelerin entegre sisteme erişimleri arzu edilmektedir.

İletişim: Dr. Sema İlhan

E-posta: ilhan.sema@gmail.com

Kaynak

1. WHO traditional medicine strategy 2002-2005, Key Points, WHO/EDM/TRM 2002,1, erişim tarihi: 1.10.2010 http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2002.1.pdf

* Geleneksel Tıp(TM): Traditional Medicine

**Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp (CAM) :

Complementary and Alternative Medicine

Beijing Deklarasyonu, Dünya Sağlık Örgütü**

Beijing Declaration, WHO***



Dr. Sema İlhan*

Öz

2008 yılında DSÖ tarafından Çin Beijing kentinde 70'den fazla ülkeden katılımcı ile Geleneksel Tıp Kongresi düzenlenmiştir. Alma Ata Konferansı hatırlatılarak, kişilerin geleneksel tıbbi da kapsayan kendi sağlık hizmetlerinin planlama ve uygulamasına bireysel katılım hakkı anımsatılmıştır. DSÖ'nün koyduğu hedeflere ulaşmada geleneksel tıbbin rolü vurgulanmıştır. Geleneksel Tıp ile aynı zamanda tamamlayıcı ve alternatif Tıbbi kastettiği belirtilmiştir. Hükümetler Geleneksel Tıbbi sağlık sistemlerinin bir parçası yapmak için ulusal politikalar, düzenlemeler, standartlar yapmalı, sağlık çalışanlarını, tıp öğrencilerini eğitmek için uygun eğitim programları oluşturmalarıdır. Aynı zamanda Geleneksel Tıp çalışanları ile Konvansiyonel Tıp çalışanları arasındaki iletişim güçlendirilmelidir.

Anahtar sözcükler: Geleneksel, alternatif, tamamlayıcı, tıp, DSÖ, Beijing Deklarasyonu, hükümet

Abstract

Abstract: In 2008, Congress on Traditional Medicine was organized by the World Health Organization, with the participants from more than 70 different countries, in Beijing. Recalling the International Conference on Primary Health Care at Alma Ata and noting that people have the right and duty to participate in the planning and implementation of their health care, which may include access to traditional medicine. The Traditional medicines role was emphasized to achieving targets of WHO. It was noted that, Traditional medicine may also be referred to as alternative or complementary medicine. Governments should formulate national policies, regulations and standards as part of comprehensive national health systems, and establish appropriate training programs for health professionals, medical students and relevant researchers. Besides that the communication between conventional and traditional medicine providers should be strengthened.

Key words: Traditional, alternative, complementary medicine, WHO, Beijing Declaration, government

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 8 Kasım 2008 tarihinde Beijing'de 70'den fazla ülkeden 1100'ün üzerinde katılımcı ile Geleneksel Tıp Kongresi düzenlemiş ve üye ülkelere yönelik bir deklarasyon yayınlamıştır. Aşağıda tam metni yer alan deklarasyon, ülkemiz için önemi göz önünde bulundurularak Türkçe'ye çevrilmiş ve paylaşıma sunulmuştur.

Dünya Sağlık Örgütü Geleneksel Tıp Kongresi katılımcıları, Beijing'de 08.11. 2008 tarihinde;

Yaklaşık otuz yıl önce gerçekleştirilen Alma Ata Uluslararası Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı'na gönderme yaparak, geleneksel tıbbi erişimi de kapsayabilen, kişilerin kendi sağlık hizmetlerinin planlanması ve uygulanmasına bireysel ve/veya grup olarak katılma hakkı ve sorumluluğu olduğuna dikkat çekip,

Dünya Sağlık Asamblesi'nin (DSA*) Mayıs 2003'te yaptığı özel çalışmayı da (WHA56.31) içeren geleneksel tıbbın güçlenmesine yönelik çözümlerini anımsayarak;

Geleneksel tıp teriminin ülkeden ülkeye, bölgeden bölgeye değişiklik gösterebilen geniş kapsamlı terapi ve uygulamaları olduğunu ve aynı zamanda alternatif veya tamamlayıcı tıbbi kastettiğinin altını çizmiş;

Geleneksel tıbbi, temel sağlık hizmetlerinin ulaşılabilir ve maddi olarak karşılanabilir kaynaklarından biri olarak Milenyum Gelişme hedeflerini de kapsayan, sağlık çıktılarının gelişmesindeki payını da bilerek;

Üye ülkelerin iç işlerinde farklı kanun, yaklaşım, düzenleme sorumluluğu ve sunum modelleri olduğunun bilinciyle;

DSÖ'nün 2002-2005 Geleneksel Tıp

* Pratisyen Hekim, Halk Sağlığı Doktoru

** Dünya Sağlık Örgütü Geleneksel Tıp Kongresinde kabul edilmiştir. 8 Kasım 2008, Beijing, Çin

***Beijing Declaration, Adopted by the WHO Congress on Traditional Medicine, Beijing, China, 8 November 2008

"WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005"

stratejisinin uygulanmasıyla, bazı ülkelerdeki geleneksel tıp alanındaki ilerlemeleri saptayıp;

Geleneksel tıbbın "herkese sağlık" politikasının önemli bir bileşeni olarak uygun kullanımını sağlarken, ulusal kapasite, öncelikler, koşullar ve ilgili yasalara uygun olarak, uluslararası topluluğun hükümet ve sağlık mesleği çalışanlarının eylem ve işbirliğine gereksinimi olduğunu açıklayarak;

Ulusal kapasiteler, öncelikler, ilgili yasa ve koşullara göre aşağıdaki deklarasyonu ilan eder:

- Geleneksel Tıbbın bilgi, tedavileri ve uygulamalarına saygı gösterilmeli, korunmalı,

geliştirilmeli ve her ülkenin durumuna uygun bir zeminde anlatılmalıdır.

- Hükümetler, halklarının sağlıklarından sorumludur ve geleneksel tıbbın uygun, güvenli, etkili kullanımı için kapsamlı ulusal sağlık sistemlerinin bir parçası olmasını sağlayan, ulusal politikalar, düzenlemeler ve standartlar hazırlamalıdır.

- Pek çok hükümetin geleneksel tıbbı ulusal sağlık sistemlerine entegre etme konusunda gösterdiği gelişmenin bilincinde olarak, bu konuda harekete geçmemiş olanları harekete geçmeye çağırıyoruz.

- Geleneksel tıp, 61. Dünya Sağlık Asamblesi* 2008' den uyarlanan "Halk Sağlığı Küresel Strateji Ve Eylem Planı, Yaratma Ve Fikri Haklar" ile uyumlu araştırma ve yeniliklerle daha ileriye götürülmelidir.

Hükümetler, uluslararası kuruluşlar ve diğer paydaşlar, küresel strateji ve eylem planının gerçekleştirilmesinde birlikte çalışmalıdır.

- Hükümetler, geleneksel tıp uygulayıcılarının yeterliliği, akreditasyonu ve ruhsatlandırılması için sistemler oluşturmalıdır. Geleneksel tıp uygulayıcıları bilgi ve becerilerini ulusal gereksinimler doğrultusunda yenilemelidir.

- Konvansiyonel ve geleneksel tıp hizmet sunucuları arasındaki iletişim güçlendirilmeli; sağlık çalışanları, tıp öğrencileri ve konu ile ilgili araştırmacılar için uygun eğitim programları oluşturulmalıdır.

İletişim: Dr. Sema İlhan

E-posta: ilhan.sema@gmail.com

Kaynak

1. Beijing Declaration, Adopted by the WHO Congress on Traditional Medicine, Beijing, China, 8 November 2008, WHO, erişim tarihi: 1.10.2010 http://www.who.int/medicines/areas/traditional/TRM_BeijingDeclarationEN.pdf*

Not: Dünya Sağlık Örgütü'nün Asamble toplantıları her yılın Mayıs ayında İsviçre'nin Cenevre kentinde düzenlenmektedir. Bu toplantılara DSÖ'ye üye ülkelerin Sağlık Bakanları ve üst düzey yetkilileri başkanlığında heyetler, uzmanlar, uluslararası kuruluşlar ile sivil toplum kuruluşlarının temsilcileri katılmaktadır.. Asamble toplantılarında DSÖ'nün politikaları belirlenmekte, uluslararası sağlık sorunları tartışılarak bunların çözüm yolları aranmakta ve örgütün çalışmaları değerlendirilmektedir.

The screenshot shows the WHO Representative Office in China website. The header includes the WHO logo, 'World Health Organization', 'Western Pacific Region', and 'WHO Representative Office in China'. The main content area is titled 'Health sector development' and features a sidebar with navigation links like 'Home', 'About WHO in China', 'Programmes and special initiatives', and 'Health sector development'. The main text is titled 'Beijing Declaration' and describes the WHO Congress on Traditional Medicine held in Beijing, China, on 8 November 2008. It outlines the declaration's purpose, key points, and relevant media materials. A search bar is visible in the top right corner.

http://www.wpro.who.int/china/sites/hsd/beijing_declaration.htm

TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2010 Sonuçlandı...



Türk Tabipleri Birliği ve Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi'nce düzenlenen fotoğraf yarışmalarının dokuzuncusu sonuçlandı.

İbrahim Demirel, Hafize Kaynarca, Dr. Mehmet Gökağaç, Dr. Mehmet Beyazova, Dr. Ufuk Beyazova ve Dr. Mehmet Özen'den oluşan Seçici Kurul, 18 Şubat 2011 saat 18:00'de gerçekleştirdiği toplantısında:

Yarışmaya başvuran 20 kişinin 87 adet eserini değerlendirilerek 40 fotoğrafı sergilenmeye değer buldu. Daha sonra bu 40 fotoğraf içinden STED'in 2011 yılı kapak resmi olarak 12 fotoğraf seçildi.

Bunların arasında;

- Adalet Çiftçi'nin Nisan-1 rumuzu ile başvurduğu "Taştaki Emek" adlı eseri; Büyük Ödül,

- Dilek Eren'in Bolkar-5 rumuzu ile başvurduğu "Bayram Çorbası" adlı eseri Başarı Ödülüne,

- Can Mustafa Eren'in Yarkın-1 rumuzu ile başvurduğu "Kedi" adlı eseri Başarı Ödülüne,

- Esat Ünlü'nün Lutein-3 rumuzu ile başvurduğu "Narlı Nine" adlı eseri Başarı Ödülüne,

- İsmail Ertin'in Tralesli-1 rumuzu ile başvurduğu "Şimdi Gelir" adlı eseri Jüri Özel Ödülüne,

- Ertan İzgiç'in 69197-4 rumuzu ile başvurduğu "İskele" adlı eseri Galeri Sanat Yapım Ödülüne değer bulundu.

Yarışmada dereceye giren eserlerin sahiplerine ödülleri, 14 Mart 2011 tarihinde düzenlenecek etkinliklerde verilecektir.

Yarışmamızda sergilenmeye değer bulunan 40 fotoğrafı, 14 Mart Etkinliklerinde ve Ekim ayında Antalya'da gerçekleştirilen 16. Pratisyen Hekimlik Kongresi'nde sergilenecektir. Yarışmaya gönderilen fotoğraflar TTB yayınlarında, sağlıkla ilgili, eğitim ve sanat etkinliklerinde isim belirtilerek yayınlanacaktır. Yarışmada dereceye girenleri kutlar, katılan tüm okurlarımıza teşekkür ederiz.

Bilimsel ve Dostça kalın...



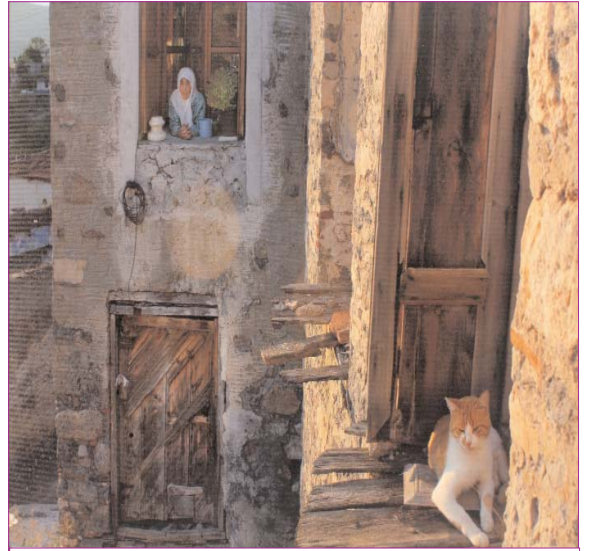
Adalet Çiftçi "Taştaki Emek" Büyük Ödül



Dilek Eren "Bayram Çorbası" Başarı Ödülü



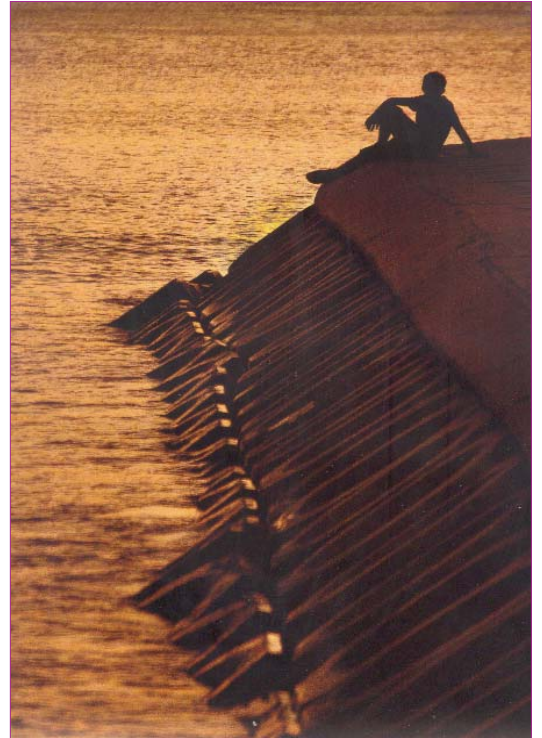
Esat Ünlü "Narlı Nine" Başarı Ödülü



Can Mustafa Eren "Kedi" adlı eseri Başarı Ödülü



İsmail Erten'in "Şimdi Gelir" Jüri Özel Ödülü



Ertan İzgiç "İskele" Galeri Sanat Yapım Ödülü



Seçici Kurul