

## **BÜYÜK SPOR MÜSABAKALARINA KATILACAK TAKIMLARIN SAĞLIK ORGANİZASYONU: 1997 AKDENİZ OYUNLARI DENEYİMİ**

**Sedat Tolga AYDOĞ\*, Emin ERGEN\*\*,  
Hamdi Ahmet ÇAĞLAR\*\*\*, Sema ŞEMİN\*\*\*\***

\* Hacettepe Üniversitesi, Spor Hekimliği Anabilim Dalı

\*\* Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Spor Hekimliği Anabilim Dalı

\*\*\* Serbest Hekim

\*\*\*\* İzmir Sporcu Sağlığı Merkezi

### **ÖZET**

Ülkeleri sportif olarak karşı karşıya getiren en önemli organizasyonlar olimpiyatlar ve kıtalararası oyunlardır. Bu tip organizasyonlarda sporcuların sağlık yönünden sorun yaşamaması için oyunları düzenleyen ülkelerin yanı sıra, bunlara katılan ülkeler de önemli hazırlıklar yapmalıdır. Bu çalışmanın amacı, büyük spor organizasyonlarına katılacak ülkelerin sağlık ekibinin yapılanmasını incelemek ve 1997 yılında düzenlenen XIII. Akdeniz Oyunlarına katılan Türk kafilesinin karşılaştığı sağlık problemlerinin dökümünü vererek, bu oyunlar sırasındaki ülkemiz sağlık organizasyonunu irdelemektir. Türkiye XIII. Akdeniz Oyunlarına 155'i idareci, 268'i sporcu toplam 423 kişi ile katıldı. Oyunlara katılan ekiplerin birbirinden çok uzak yerlerde kalmalarından dolayı 9 kişilik sağlık ekibi, idareciler ve sporcuların % 81'ini takip edebildi. Oyunlar süresince 14'ü yönetici olmak üzere toplam 78 kişi 88 kez sağlık merkezine başvurdu. En çok başvuru sebebi, yöneticilerde solunum yolu, deri, dahili ve kas iskelet sistemi problemleri iken, sporcularda kas iskelet sistemi problemleriydi. Üç sporcu oyunlar sırasında geçirdikleri akut problemden dolayı, bir sporcu ise kronik problemin akut alevlenmesinden dolayı yarışmalara katılamadı. En çok yaralanma boksta görüldü, bunu cimnastik, atletizm ve güreş takip etti. Oyunlar süresince 21 sporcuya 81 seans fizik tedavi ve 2 sporcuya kırık nedeni ile alçı uygulaması yapıldı. Burada sunulan verilerin irdelenmesinin, bundan sonraki sportif organizasyonlarda yöneticilerimizin sağlık ekibi kurmasında yardımcı olacağı düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Tıbbi ekip, Spor müsabakaları, Spor yaralanmaları, Tıbbi destek.

Geliş tarihi : 16.07.2004

Yayına kabul tarihi : 19.07.2004

**MEDICAL ORGANIZATION FOR THE TEAMS PARTICIPATING TO OLYMPIC  
COMPETITIONS: 1997 MEDITERRANEAN GAMES EXPERIENCE**

**ABSTRACT**

*Olympic games and large scale competitions are the most important organizations that bring the nations together in sportive terms. To prevent unwanted health problems of the competitors, both the organizing nation and participating nations must get prepared. The purpose of this study was to examine the structure of the health team of a nation that participates in such an organization and also to present the list of the health problems encountered in the Turkish team that participated to XIII<sup>th</sup> Mediteranean Games. There were 155 officials and 268 athletes as a total of 423 attendants in the Turkish Team. The medical team consisted of nine persons, was only responsible for 81% of officials and athletes because of the far distances between accommodation sites. Medical unit was visited by 64 athletes and 14 officials altogether 88 times. The officials visited the medical unit due to upper respiratory system, skin, internal and musculoskeletal system problems. On the other hand, athletes visited the unit due to musculoskeletal system problems. Three athletes could not take part in the competitions due to acute problems, and one due to chronic injury. Based on the numbers of visit to the medical unit the most problematic sports were as follows; boxing, gymnastics, track and field and wrestling. During the games, 81 physical therapy sessions had been applied to 21 athletes. Also, 2 athletes had been undergone casting because of bone fracture. The data presented in this study may contribute to the formation of the medical teams that will be involved in such organizations in the future.*

**Key Words:** *Medical team, Sports organisation, Sports injuries, Medical support.*

**GİRİŞ**

Spor sağlıklı yaşam için önemli bir gereksinim olmakla beraber, sportif faaliyetlere katılan kişi sayısının artması ile spor sakatlıkları ve sporla ilgili tıbbi sorunlar da artmaktadır (Hosea ve ark., 2000). Bu durum performans sporcularında daha da belirgindir. Bu tip sporcularda oluşabilecek sorunların çözülebilmesi için her zaman onlarla birlikte olmasa bile, onları yakından takip eden ve sporcuların iyi tanıyıp, güvendikleri, kolay ulaşılabilecekleri bir sağlık ekibi olması riskleri minimize edecektir. Bu şekilde

takip edilen sporcuların performanslarında olabilecek değişikliklerden tıbbi nedenli olanlar daha çabuk ortaya konabilecek ve sorunlar çok kısa sürede çözülebilecektir. Bu konunun federasyonlar ve Gençlik Spor ve Genel Müdürlüğü'nce göz önüne alınması ve sağlık ekiplerinin buna göre oluşturulması gerekmektedir. Bu konuda olumlu gelişmeler olmakla beraber yeterli düzeyde olmadığı da maalesef bir gerçektir.

Olimpiyatlar ve kıtalararası çeşitli oyunlar tüm sporcuların katılmak için çaba gösterdiği büyük organizasyonlar-

dir. Ülkemiz her geçen gün gerek Olimpiyatlara gerekse Akdeniz Oyunları'na daha fazla sporcu ile katılmaktadır. Akdeniz Oyunları ülkemizin katıldığı en yüksek uluslararası sportif organizasyondur. Takım ve sporcu sayısındaki artan katılıma karşın, bu organizasyonlarda görev alan sağlık ekibindeki eleman sayısı artışı Uluslararası Olimpiyat Komitesi'nin (IOC) önerdiği rakamlara hala ulaşamamıştır (IOC Medical Commission, 2000). Bu oyunlara katılan sporcular tüm ülkelerde olduğu gibi ülkemizin de en üst düzeyde sporcularıdır. Bu sporcuların yetişmesi çok zahmetli, uzun ve zorlu bir çalışma sonucudur. "Takımın arkasındaki takım"ın oldukça önemli bir parçası olan sağlık ekibinin bu sporculara olacak katkısı çok aşıkardır. Dolayısı ile bu tip faaliyetlere katılacak sağlık ekibinin planlanması, ekibin alt yapısı ve hizmet anlayışı, belirtilen durumların dikkate alınarak yapılması halinde çok daha etkili olacaktır.

Bu çalışmadaki amacımız; XIII. Akdeniz Oyunlarına katılan sporcularımızdaki sağlık sorunlarının istatistiksel dökümünü vererek, bu organizasyondaki sağlık ekibinin yapısını aktarmak ve IOC'nin önerdiği modelle karşılaştırmaktır.

## **YÖNTEM**

13-25 Haziran 1997 tarihleri arasında İtalya'nın Bari şehrinde düzenlenen XIII. Akdeniz Oyunları'na Türkiye 155 kişilik antrenör, yönetici ve sağlık ekibinin yanı

sıra, 268 sporcuyla beraber toplam 423 kişi olarak katıldı. Ülkemizin bisiklet, herkes için spor, eskrim, golf ve masa tenisi takımları sağlık ekibinin kaldığı merkezden çok uzakta konaklayıp müsabaka yaptıkları için ve futbol takımımız kendi sağlık ekibi ile katıldığından bu ekiplere sağlık hizmeti verilmedi. Dolayısı ile 125'i idareci (idarecilerin %81'i) ve 216'sı sporcu (sporcuların %81'i) olmak üzere toplam 341 kişi sağlık sorunları açısından izlendi.

Türk kafilesine 4 hekim, 2 fizyoterapist ve 3 masörden oluşan toplam 9 kişi sağlık hizmeti verdi. Sağlık ekibinden bir doktor veya fizyoterapist sağlık merkezinin olduğu yerde nöbetçi olarak kalarak 9 - 23 saatleri arasında kesintisiz sağlık hizmeti verirken, ekibin diğer elemanları sabahları takımların yanında müsabakada bulundu ve müsabaka sonrasında sağlık merkezinde sıra ile hizmet verdiler. Sağlık merkezinde kalan ekip elemanı buraya başvuran her türlü vakayı (sportif faaliyetten geri kalma süresine bakmaksızın) poliklinik defterine kayıt etti. Problemi nedeni ile sağlık merkezine başvuran kişi sağlık merkezinde bulunan nöbetçi tarafından değerlendirildi, eğer değerlendiren kişi fizyoterapist ise problemli kişi akşam çağrıldı ve doktor tarafından tekrar değerlendirildi. Müsabakalar sırasında olan yaralanmalar, burada görev alan sağlık elemanı merkeze dönünce mevcut deftere kayıt edildi. Sağlık merkezinde bulunan iki fizyoterapist

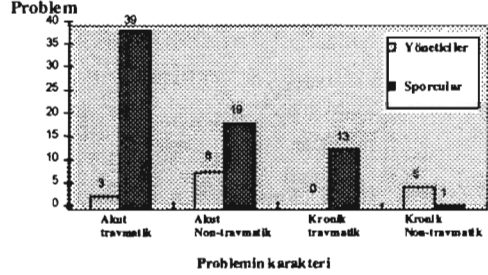
pist, hekim tarafından görülüp fizik tedavi önerilen sporculara hekimlerin önerileri doğrultusunda tedavi uyguladılar. Tedavi uygulanan sporcular deftere kayıt edildi. Bu çalışmada yapılan her türlü hesaplamalar defterdeki kayıtlara göre yapıldı.

### BULGULAR

Oyunlar süresince 14'ü yönetici olmak üzere toplam 78 kişi 88 defa sağlık merkezine başvurdu. Bu yöneticilerin % 11.2'si, sporcuların % 29.7'si, izlenen ekibin %22.8'ine karşılık gelmekteydi. Günlük hasta başvuru sayısı ortalaması 5.9'du. Bu problemler içinde en sık olanı kas iskelet sistemi sorunları saptanmış olup, bunu dahili, deri, solunum yolu, ürolojik, göz ve diş problemleri takip etti (Tablo 1). Saptanan tüm problemlerin 69'u akut, 19'u kronik iken, sporcular da 58'i akut, 14'ü kronikti. Sporcularda en sık akut travmatik problemler, idarecilerde ise akut non-travmatik problemler saptandı (Şekil 1).

**Tablo 1.** Oyunlar süresince sporcular ve yöneticilerde saptanan problemler

Sorunlu sistem	Idareci	Sporcu	Toplam
Kas iskelet	4	49	53
Dahili	4	10	14
Dermatolojik	4	7	11
Solunum yolu	4	3	7
Ürolojik	0	1	1
Göz	0	1	1
Diş	0	1	1



**Şekil 1.** Sporcular ve yöneticilerde saptanan problem karakteristikleri

Sporcularda saptanan toplam 72 problemin 23'ü bayan, 49'u erkek sporculardaydı. Her iki cinsiyette de en sık saptanan problemler kas iskelet sistemine ait olanlardı (Tablo 2). Saptanan problemlerin akut ve kronik olma durumuna göre dağılımı bayan ve erkek sporcularda da benzerdi. Akut travmatik problemler her iki cinsiyette de en sık olardı. Kronik travmatik problemler 13 sporcu olmasına karşın, sadece bir erkek sporcuda kronik non-travmatik probleme rastlanıldı.

**Tablo 2.** Sporcularda saptanan problemlerin cinsiyete göre dağılımı

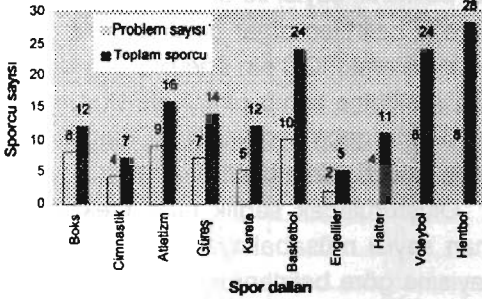
Sorunlu sistem	Bayan	Erkek
Kas iskelet	17	32
Dahili	2	8
Dermatolojik	2	5
Solunum	1	2
Ürolojik	0	1
Göz	0	1
Diş	1	0

Saptanan tüm problemlerin sadece dördü sporcuların yarışmaya katılmasını engelledi. Bir bayan basketbolcu maç

sırasında sağ ayak bileği tibia alt ucu avülsiyon fraktürü, bir bayan cimmastikci antrenman sırasında oluşan sol fibula alt ucu epifiz ayrılması, bir erkek yelkenci antrenman sırasında güneş çarpması ve bir halterci ise Avrupa Şampiyonası'nda olan sol lateral menisküs yırtığı problemleri nedeni ile yarışmadılar. Kırık ve epifiz ayrılması görülen sporculara alçı uygulaması yapıldı.

Oyunlar süresince saptadığımız problemlerin sporlara göre dağılımına baktığımızda ilk sırayı boks alırken bunu, cimmastik, atletizm, güreş, karate ve basketbol, engelliler, halter, voleybol ve hentbol takip etti (Şekil 2).

Fizyoterapistler 19 sporcuya (toplam



Şekil 2. Spor dallarına göre saptanan problemlerin dağılımı

poliklinik başvurularının % 21.6'sı) toplam 81 fizik tedavi uyguladılar. Günlük ortalama fizik tedavi uygulama sayısı ise 5.4'tü. Bayan basketbol ve bay-bayan voleybol takımlarının uzakta kalmalarından dolayı fizik tedavi hizmeti verilemedi. Fizik tedavi uygulanan sporcuların toplam sporcuya oranlarına bakacak

olursak ilk sırayı cimmastik alırken, bunu karate, engelliler, halter, erkek basketbol, güreş, atletizm, yüzme, kürek, ve hentbol takip etti.

## TARTIŞMA

Bu çalışma, XIII. Akdeniz Oyunları'na katılan takımlarımızın sağlık problemlerini ve sağlık ekibimizin yapısını irdeleyerek, büyük spor organizasyonlarına katılacak ülkelerde yapılması gereken sağlık organizasyonunu tartışmak amacı ile sunulmuştur. XIII. Akdeniz Oyunları'nda tüm katile izlenemeyip, 9 kişilik sağlık ekibi ancak 341 kişiyi takip edebildi. Günlük hasta başvuru sayısı ortalaması 5.9, fizik tedavi uygulama sayısı ise 5.4'tü. Idareciler en çok dahili sorunlardan dolayı başvururken, sporcular kas iskelet sistemi problemlerinden dolayı başvurdu. Üç sporcu geçirdiği travma, bir sporcu ise kronik travmatik sorunun akut alevlenmesi nedeni ile yarışmalardan çekildi. İki sporcuya alçı uygulaması yapıldı. En çok yaralanma boksta görüldü, bunu cimmastik, atletizm ve güreş takip etti.

Olimpiyat oyunları ve kıtalararası oyunlar oldukça kısa bir sürede insanları bir araya getiren oldukça geniş katılımlı, halk sağlığını da ilgilendiren önemli faaliyetlerdir. 1996 Olimpiyat oyunlarına 197 ülkeden 10000'in üzerinde yarışmacı ve 2 milyondan fazla ziyaretçi katılmıştır (Brennan ve ark., 1997; Meehan ve ark., 1998). Bu rakamlar gerçekten çok büyük rakamlar olup, bu tip organi-

zasyonlarda ev sahibi ülkenin sağlık organizasyonu IOC tarafından çok net bir şekilde ortaya konmuştur (IOC Medical Commission, 2000). Bu ekip asıl olarak bulaşıcı hastalık, su ve yiyecek hijyeni, acil servis düzenlenmesi ve organizasyonu, hastaların nakil prosedürü, cinsiyet onaylanması, biyoterörizme karşı önlem, doğal afete hazırlık, yasaklı ilaç ve özellikle eroin gibi ilaç alanların acil tedavisi ve sıcakla ilgili sorunlarla uğraşır (Indig ve ark., 2003; Jorm ve ark., 2003; Stiel ve ark., 2000). Burada organizasyon sadece sporcular için planlanmayıp, organizasyonla ilgili kişiler, basın mensupları ve taraftarları da içerir. 1996 Olimpiyatlarında sağlık merkezine yapılan başvuruların sadece %27'si oyuncu ve idarecilere aitken, kalanı diğer kişiler tarafından yapılmıştır (Wetterhall ve ark., 1998). Diğer yandan oyunlara katılan ülkelerin sağlık ekibinin organizasyonu da IOC tarafından belirtilmektedir (IOC Medical Commission, 2000). Dolayısı ile IOC'nin oluşturduğu standarda sahip olmak tüm katılımcıların sağlığı açısından gereklidir.

XIII. Akdeniz Oyunları'nda sağlık merkezimizin günlük poliklinik sayısı yaklaşık altıdır. Bu sayı XII. Akdeniz Oyunları'nda 7 olarak belirtilmiştir (Ergen ve Livanelioğlu, 1993). Bu rakamlar düşük gibi görülmesine karşın, sağlık ekibinin tek görevi bu olmayıp, buna ilaveten farklı spor branşları ile beraber sahaya çıkmaları da gerekir. Ayrıca fizik tedavi uygulamaları da sağlık ekibine belirli

bir iş yükü getirir. Dolayısı ile hepsini düşününce azımsanamayacak bir iş yükü ortaya çıkmaktadır. Hatta, yapılan müsabakaların sağlık ekibindeki eleman sayısından çok olması durumlarında, yaralanma riski az olan spor branşları ile sağlık ekibinin sahaya çıkmaması şeklinde çözümler üretilmeye çalışılmıştır. Bu istenmeyen durum sporcular arasında ayırım yapıldığı gibi yanlış anlamalara neden olmasının yanı sıra, düşük yaralanma riski olan spor branşlarında bu riskin göze alınmasına neden olmuştur. Ayrıca bisiklet gibi ciddi yaralanma ihtimali olan branşlarda mücadele eden sporcuların da takibi mümkün olmamıştır. Dolayısı ile olayı sadece yapılan günlük poliklinik sayısı ile değerlendirmeyip, burada belirtilen diğer durumları da göz önüne alarak, IOC'nin önerdiği sayılarda sağlık ekibine sahip olmak bu durumların önüne geçmeye yardımcı olacak ve olası riskleri minimize indirecektir.

Oluşturulacak sağlık ekibindeki eleman sayısı müsabakaya katılan sporcu sayısına göre belirlenmeli ve oluşturulacak sağlık ekibinde doktor, fizyoterapist ve masör yer almalıdır. Bu düzenlemeye ait IOC'nin önerdiği rakamlar tablo 3'te sunulmuştur (IOC Medical Commission, 2000). Ülkemiz XIII. Akdeniz Oyunları'na 268 sporcu ile katılmış olup, bunun için IOC'nin önerdiği sağlık personeli sayısı 14 kişidir. Ancak ülkemiz dokuzu ana merkezde ve ikisi futbol takımımızda (bir doktor ve bir masör) olmak üzere toplam 11 kişilik sağlık ekibi ile katılmıştır. Sağ-

lık elemanın sayısının azlığının yanı sıra, bu oyunların yaklaşık 300 kilometrelik bir alana yayılması tüm spor ekiplerinin takip edilmesini engellemiştir. Oyunlar süresince 6 spor dalına sağlık hizmeti hiç verilemez iken, bazı ekiplere ise fizik tedavi hizmeti verilememiştir. Ülkemiz XII. Akdeniz Oyunlarına 72 sporcuya karşılık, ikisi doktor, biri masör 3 sağlık personeliyle katılmıştır (Ergen ve Livanelioğlu, 1993). Ülkemiz bu tip faaliyetlere uluslararası normlardaki sağlık elemanı ile katılamamış olsa da, bir önceki Akdeniz Oyunlarına oranla daha yeterli bir sağlık ekibi ile katılmış olmamız sevindirici bir gelişmedir.

**Tablo 3.** IOC tarafından yarışmacı sayısına göre götürülmesi gereken sağlık ekibi

Yarışmacı	Sağlık Ekibi
25	4
50	6
75	7
100	8
150	10
200	12
250	14

Bu tip organizasyonlarda sağlık ekibinin sorumlusu ana kafiye gelmeden birkaç gün önce müsabakaların oynanacağı yere giderek sağlık merkezi ile ilgili hazırlıkları yapmalı, organizasyonu yapan ülkenin sağlık düzenlemelerini ve acil hasta yatırma prosedürlerini öğrenmeli, sağlık merkezi ecza deposunu oluşturmalı ve kendi ülkesinden bir danışma kurulu oluşturmalıdır (IOC Medi-

cal Commission, 2000). Bizim sunduğumuz Akdeniz Oyunları'nda IOC'nin önerdiği çerçevede bu hazırlıklar yapıldı ve buna ait belirli bir sorun yaşanmadı.

XIII. Akdeniz Oyunları süresince saptanan sağlık problemlerinin en önemli kısmını akut-travmatik kas iskelet sistemine ait sorunlar oluşturdu. Bu durum daha önce 1996 Olimpiyat Oyunlarına katılan İngiliz sporcularında görülen sorunlara benzer olmakla beraber (Booth, 1997), bir önceki Akdeniz Oyunlarında ülkemiz sporcularında görülen problemlerden farklıdır (Ergen ve Livanelioğlu, 1993). Bu farklılığın nedeni bir önceki oyunlara temas sporları ile uğraşan sporcuların daha az katılmış olması olabilir. Ülkemiz XIII. Akdeniz Oyunlarına bir öncekine ilaveten erkek voleybol, bay-bayan basketbol, bay-bayan hentbol, karate ve güreş takımları ile de katılmıştır. Dolayısı ile temas sporları branşlarının çok olduğu spor organizasyonlarında bu durumun akılda tutulması ve kas-iskelet sistemi yaralanmaları için daha çok hazırlık yapılması gerekir (IOC Medical Commission, 2000). Karşılaştığımız travmatik problemlili iki sporcu alçı ile tedavi edilirken, diğerleri konservatif tedavilerle takip edilmiştir. Dolayısı ile ekip içinde ortopedistin olması bu gibi durumlarda oldukça faydalı olacaktır, zaten IOC bu şekilde kalabalık doktor grubunun olduğu ekiplerde bir ortopedistin de olmasını önermektedir (IOC Medical Commission, 2000). Ama olaya sadece kas-iskelet sistemi yaralanmaları olarak

bakmamalı, yöneticilerin kalabalık olduğu organizasyonlarda, burada görev alacak hekimlerin dahili, deri, solunum yolu, gastro-intestinal sistemlerle ilgili rahatsızlıklar konusunda da yeterli bilgi sahibi olması gerekmektedir. Sağlık ekibinin asıl görevi sporcu sağlığı olmakla beraber, idarecilerin de sağlık problemleri bu ekip tarafından çözülmektedir. Ekip doktorları ayrıca doping kontrol yönetmeliklerini ve güncel doping listesine hakim olmalı, ilk yardım prensiplerini çok iyi bilmeli, minör cerrahi gereksinimleri karşılayacak nitelikte ve en az bir yabancı dil biliyor olmalıdırlar. Bu altyapıya sahip olan sağlık ekibi, ayrıca yolculuğa çıkmadan önce, gidecek sporcular ve idarecilerin sağlık durumunu, kullandıkları ilaçları, alerjilerini, bunların yanı sıra son kan tahlillerini ve fizik muayenesini içeren bir dosya hazırlamalıdır (IOC Medical Commission, 2000; Milne ve ark., 1999). Bizim sunduğumuz organizasyonda da saptanan 88 problemde 19 tanesinin kronik karakterde olması bu şekilde dosya hazırlamanın önemini ortaya koymaktadır. Bizim gibi takım doktoru kavramı iyi yerleşmemiş ülkelerde bu konuya ayrıca özen gösterilmelidir. Burada sunduğumuz organizasyonda, bu yönde bir çalışma maalesef yapılmış olmasına karşın, katılan hekim grubu sporcularla birebir ilgilenen kişilerden oluştuğu için bu sorun kısmen bertaraf edilmiştir.

Sağlık ekibimizde dikkati çeken önemli bir gelişme ise bu tip faaliyetlere

ilk defa fizyoterapistlerin katılmış olmasıydı. Sağlık ekibimizde bulunan 2 fizyoterapist oyunlar süresince toplam 21 sporcuya fizik tedavi modaliteleri uyguladı. Sporcularda saptanan problemlerin % 68'inin kas iskelet sistemine ait olması ve bunların % 39'unun tedavisinde fizik tedavi modalitelerinin kullanılması, böyle organizasyonlarda fizik tedavinin önemini bir kez daha ortaya koymaktadır. Fizik tedavi uygulanan sporcuları incelediğimizde ise tedaviyi almayı etkileyen iki neden olduğu ortaya çıkmaktadır; 1) problemin önemi, 2) kafilenin kaldığı yer. Bizim tedaviye aldığımız sporcuların ikisi hariç diğerleri aynı yerde kalmaktaydı. Dolayısı ile sağlık ekibi organize edilirken bu konunun da dikkate alınması faydalı olacaktır. 1996 Olimpiyatları'nda İngilizlerin uyguladıkları tedavilerde ultrason ilk sırayı alırken, bunu tedavi edici masaj ve mobilizasyon takip etmiştir (Booth, 1997). Bizim tedavi uygulamalarımızda ultrason en çok kullanılan modalite olurken bunu TENS izlemiştir. Yine bu tip organizasyonlarda mobil tedavi modaliteleri içeren bir tedavi ünitesi hazırlanmalıdır.

XIII. Akdeniz Oyunlarında futbol takımımıza sağlık hizmeti verilmemiştir. Bu ekibimizin kendilerini sürekli takip eden bir doktor ve masörle oyunlara katılması dikkat çekicidir. Birbirini iyi tanıyan sporcu ve sağlık ekibinin, hiç tanımayan bir ekiple çalışmasına göre çok avantajlı olduğu açıktır. Bu konuda ideal yaklaşım, özellikle takım sporlarında ve uzun süre



birlikte kamp yapan güreş ve halter takımlarımızın da, futbol federasyonu gibi düzenli bir hekim veya hekim grubu ile çalışması gibi gözükmemektedir. Bu konuda adı geçen spor branşlarının bu konuya özen göstermeye başlamaları sevindirici diğer bir konudur.

### SONUÇLAR

Sportif karşılaşmalar veya büyük organizasyonlara katılacak takımların sporcuları başta travmatik olmak üzere bir çok sağlık problemi ile karşı karşıya kalabilmektedir. Dolayısı ile spor ekiplerinin özellikle büyük organizasyonlara giderken IOC'nin önerdiği sayıda ve nitelikteki sağlık ekibi ile katılması oldukça önemlidir. Ülkemizde bu konuda olumlu bir takım gelişmeler olmasına karşın, önerilen bu normlara halen ulaşamamıştır. Takımlarımızın spor organizasyonlarına giderken kendilerini sürekli takip eden sağlık elemanları ile gitmesi bu takımların sağlıklarını olduğu kadar performanslarını da olumlu şekilde etkileyecektir.

#### Yazışma Adresi (Corresponding Address):

Dr. Tolga AYDOĞ  
Hacettepe Üniversitesi  
Spor Hekimliği Anabilim Dalı  
Sıhhiye / ANKARA  
Elektronik posta: [taydog@hacettepe.edu.tr](mailto:taydog@hacettepe.edu.tr)

### KAYNAKLAR

Booth, L. (1997). Physiotherapy report. **British J. Sports Medicine**. 31, 80-81.  
Brennan RJ, Keim ME, Sharp TW, Wetterhall SF, Williams RJ, Baker EL, Cantwell JD,

Lillibridge SR. (1997). Medical and public health services at the 1996 Atlanta Olympic Games: an overview. **Med. J. Aust**. 167(11-12), 595-8.

Ergen, E., Livanelioğlu, K. (1993). XII.Akdeniz Oyunları Türk Kafilesi Cap D'agde Köyü Grubunda karşılaşılan sağlık sorunları, **4. Milli Spor Hekimliği Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı**. İzmir, 17-19 Eylül, 27.

Hosea TM, Carey CC, Harrer MF.(2000). The gender issue: epidemiology of ankle injuries in athletes who participate in basketball. **Clin. Orthop**. 372, 45-9

Indig D, Thackway S, Jorm L, Salmon A, Owen T. (2003). Illicit drug-related harm during the Sydney 2000 Olympic Games: implications for public health surveillance and action. **Addiction**. 98(1), 97-102.

IOC Medical Commission. (2000). Medical support for teams travelling. In: **Sports Medicine Manual**. (453-456). Alberta, Canada. Hurford Enterprises Ltd.

Jorm LR, Thackway SV, Churches TR, Hills MW. (2003). Watching the Games: public health surveillance for the Sydney 2000 Olympic Games. **J. Epidemiol Community Health**. 57(2), 102-8.

Meehan P, Toomey KE, Drinnon J, Cunningham S, Anderson N, Baker E. (1998). Public health response for the 1996 Olympic Games. **JAMA**. 279(18), 1469-73.

Milne C, Shaw M, Steinweg J. (1999). Medical issues relating to the Sydney Olympic Games. **Sports Med**. 28(4), 287-98.

Stiel D, Trethowan P, Vance N. (2000). Medical planning for the Sydney 2000 Olympic and Paralympic Games. **Med. J. Aust**. 167(11-12), 593-4.

Wetterhall SF, Coulombier DM, Herndon JM, Zaza S, Cantwell JD. (1998). Medical care delivery at the 1996 Olympic Games. Centers for Disease Control and Prevention Olympics Surveillance Unit. **JAMA**. 279(18): 1463-8.