

Yayın Yönetmenleri

Dr. Orhan Odabaşı

Doç. Dr. Özen Aşut

Yayın Kurulu

Dr. Aysun Balseven Odabaşı
 Dr. Şamih Demli
 Dr. Tolga İnce
 Stj. Dr. Berkan Kaplan
 Dr. R. Ekrem Kutbay
 Dr. Mehmet Özen
 Dr. Murat Sincan

Dr. Figen Şahpaz
 İnt. Dr. Emrah Şeyhoğlu
 Prof. Dr. Songül Yalçın
 Dr. Sevinç Yılmaz Yeltekin
 İnt. Dr. Yılmaz Yıldız
 Dr. Adnan Yüce

Bilimsel Danışma Kurulu

Adli Tıp

Prof. Dr. Ümit Biçer
 Prof. Dr. Hamit Hancı

Aile Hekimliği

Doç. Dr. Hakan Yaman

Çocuk Psikiyatrisi

Prof. Dr. Fatih Ünal

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Prof. Dr. Ufuk Beyazova (Sosyal Pediatri)

Doç. Dr. Ali Süha Çalikoğlu (Endokrinoloji)

Prof. Dr. Şükrü Hatun (Endokrinoloji)

Prof. Dr. Nural Kiper (Göğüs Hastalıkları)

Yrd. Doç. Dr. Esra Önal

Prof. Dr. İmran Özalp

Doç. Dr. Figen Şahin (Sosyal Pediatri)

Prof. Dr. İlhan Tezcan (İmmünoloji)

Prof. Dr. Duygu Uçkan (Hematoloji)

Çocuk Kalp ve Damar Cerrahisi

Yrd. Doç. Dr. Serdar Kula

Deontoloji ve Tıp Tarihi

Prof. Dr. Berna Arda

Doç. Dr. Nüket Örnek Büken

Enfeksiyon Hastalıkları

Prof. Dr. Murat Akova

Doç. Dr. Önder Ergönül

Prof. Dr. Serhat Ünal

Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon

Prof. Dr. Yeşim Gökçe Kutsal

Genel Cerrahi

Prof. Dr. Osman Abbasoğlu

Prof. Dr. Semih Baskan

Prof. Dr. İskender Sayek

Prof. Dr. Cem Terzi

Genel Pratisyenlik

Dr. Aylin Sena Beliner

Dr. Alper Büyükkakuş

Dr. Hayati Çakır

Dr. Naciye Demirel

Dr. Sema İlhan

Dr. Remzi Karşı

Dr. Alfert Sağdıç

Dr. Mustafa Sülkü

Dr. Fatih Şua Tapar

Halk Sağlığı

Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu

Doç. Dr. Dilek Aslan

Prof. Dr. Ayşen Bulut

Doç. Dr. Deniz Çalışkan

Doç. Dr. Muzaffer Eskiocak

Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış

Doç. Dr. Özlem Sarıkaya

İç Hastalıkları

Prof. Dr. Erdal Akalın

Prof. Dr. Çetin Turgan (Nefroloji)

Kadın Hastalıkları ve Doğum

Dr. Polat Dursun

Prof. Dr. Haldun Güner

Kulak Burun Boğaz Hastalıkları

Doç. Dr. Orhan Yılmaz

Nöroloji

Doç. Dr. Levent İnan

Ortopedi ve Travmatoloji

Prof. Dr. Muharrem Yazıcı

Psikiyatri

Prof. Dr. Orhan Öztürk

Tıbbi Farmakoloji

Prof. Dr. Alper İskit

Okuyucu Danışma Kurulu

Dr. Hasan Değirmenci

Dr. Mesut Yıldırım

Sayı Sorumlusu

Dr. Adnan Yüce

Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Prof. Dr. Gençay Gürsoy

Hazırlık ve Tasarım

Yeter Canbulat

Yayın Yönetim Merkezi ve İletişim Adresleri

Türk Tabipleri Birliği Gazi Mustafa Kemal Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sok. 2 Kat: 4

Maltepe 06570 Ankara

Telefon : (0312) 231 31 79/133 Faks: (0312) 231 19 52-53

E-posta : sted@ttb.org.tr

İnternet : www.ttb.org.tr/STED

Basımcı İletişim Bilgileri ve Yeri

Basım Tarihi:

Araştırma

Manisa İlinde Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde 0-24 Aylık Çocukların Annelerinin Anne Sütü ve Bebek Beslenmesi Hakkında Bilgi Tutum ve Uygulamaları 1

Dr. Nimet Pınar Baysan, Dr. Pınar E. DüNDAR, Dr. Asiye Özgür, Dr. Mustafa Aslan, Dr. Serkan Manisalı

Şehir İçi Minibüs Sürücülerinin Psikolojik Durumlarının Değerlendirilmesi 8

Dr. Reha Demirel, Dr. Ömer Geçici, Dr. Murat Emül

Derleme

Tıp ve Mitoloji 12
İnt. Dr. Emrah Şeyhoğlu



Kapak Fotoğrafi
 "Süpergeci Kız"

Dr. Feyyaz Çetinel, Balıkesir
 TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2008
 Büyük Ödül



Merhaba,

Mesleğinizi tanımlarken hangi sözcüğü seçiyorsunuz?

Hekim, tabip, doktor.

Kendi yaşamımı gözönüne getirdiğimde tıp fakültesini tercih etmeden önce doktor olmak istediğimi dile getirmiştım.

Fakülteye kayıt yaptırmadan önce sağlık kurulu raporu için gittiğim hastanede baştabiplikle karşılaştım.

Tıp fakültesinin ilk yılı kimi eğiticiler bizlere "hekimliğe adım attığımızı, sorumluluğumuzun büyük olduğunu" söylediler.

Kliniğe geçtiğimizde 4. sınıfta yaka kartlarımıza stajyer doktor yazdılar.

Son sınıfta yaptığımız iş gibi adı da fakülteden fakülteye değişen intern-intörn doktor olduk.

Pratisyen hekim olarak fakülteyi bitirdik. Uzman hekimliğe, hatta alanı belli operatör doktorluğa yıllar öncesinden karar vermiş arkadaşlarımız vardı.

Bizler tıp fakültesinde okurken karşılaşacağımız kariyer seçenekleri anlatılmadı. Çoğu tıp fakültesi öğrencisine sunulan iki seçenek pratisyen ya da uzman hekimlikle sınırlı kaldı.

Tıpta Uzmanlık Tüzüğü'nde tanımlanan uzmanlık alanları, yan dallar yanı sıra yüksek

lisans ve doktora programları ile edinilen unvanlar konusunda yaşamın bize öğrettikleri ya da karşımıza çıkan fırsatlarla sınırlı kaldık.

Askere gidenlerimiz asteğmen tabiplikle karşılaştılar. Meslek örgütümüzün adında tabip sözcüğüyle, İyi Hekimlik Kuralları'nda hekimlik sözcüğüyle karşılaştık.

Yurtdışında bir bilim alanında doktora yapmanın bilime doğrudan katkı sunmanın denli önemli olduğunu kimilerimiz yaşayarak, kimilerimiz de duyarak öğrendi.

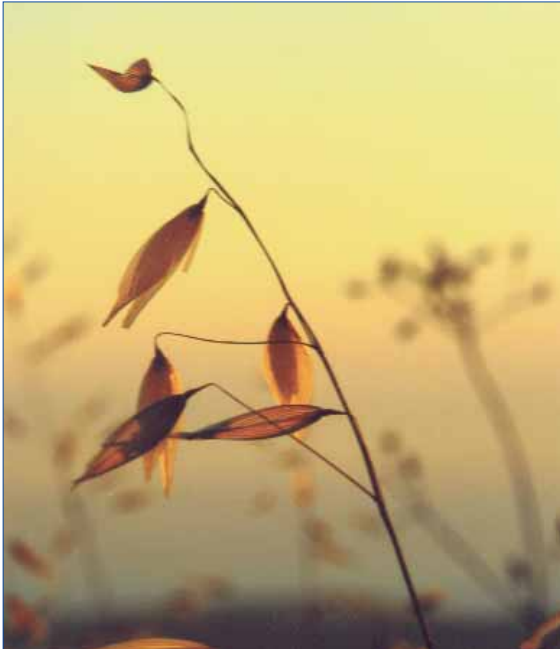
Tıp alanında vazgeçilmez bir biçimde savunduğumuz bir ekip içinde sorumluluk alma, farklı disiplinlerden yetkin kişilerin birlikte çalışması, gerektiğinde danışma çağdaş sağlık hizmet sunumunun çok önemli belirleyicilerindedir. Çok yakın geçmişe kadar hekimlerin çalışma-söz söyleme alanındaki birçok uğraşı, bugün yetkin sahiplerine güven içinde gözümüz arkada kalmadan bırakıyoruz. Hastalarımızın diyetlerini diyetisyenlerle, egzersiz programlarını fizyoterapistlerle birlikte planlıyor, uyguluyoruz.

Bu büyük ekibin içerisinde hekimler kadar diğer mesai arkadaşlarımız da kendi alanlarında yüksek lisans programlarına katılıyor, alan bilgisine özgün katkı sunmak iddiasıyla doktora programlarına katılıp başarıyla diplomalarını alıyorlar. Bu zorluğun, emek yoğun çabanın her açıdan yüreklendirilmesi gerekiyor. Bu çaba doğal olarak akademik kariyerle zamanla doçentlik, profesörlük ünvanlarıyla taçlanıyor. Bizleri mutlu eden bu durumun medyanın gelişkinliği ile birlikte ortaya koyduğu kimi sıkıntılar da belirdi. Doktorasını tamamlamış ancak tıp fakültesi mezunu olmayan bir sağlık çalışanı "Dr." ünvanını sonuna kadar hak ettiği için kullanıyor.

Doktora yapmanın son derece önemli olduğunun bilincindeyiz. Bizler MD (medical doctor) kısaltmasında olduğu gibi tıp sözcüğünden hareketle "T" tıp fakültesinden mezun olanlar için "TDr." kısaltmasını kullanabilir miyiz? Aklımıza gelenler "Uzm. TDr.", "Op. TDr.", "Doç. TDr.", "Prof. TDr."

İsmimizin önüne TDr. Kısaltmasını yazıp bakar mısınız? Sanırım bu yolla hem bilim doktorası yapanların hakkını teslim ederken hepimizin aklındaki bir soru işaretini de giderebiliriz. Ne dersiniz.

Bilimsel ve dostçakalın...



Fotoğraf: "Rüzgara Karşı" Dr. Bahar Özgül, Ankara STED Fotoğraf Yarışması 2008 Sergi Ödülü

Manisa İlinde Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde 0-24 Aylık Çocukların Annelerinin Anne Sütü ve Bebek Beslenmesi Hakkında Bilgi Tutum ve Uygulamaları

The Knowledge, Attitude and Practices of Mothers of Children Aged 0-24 Months about Breastfeeding and Baby Feeding in a Health Center District in the Province of Manisa



*Dr. Nimet Pınar Baysan**, *Dr. Pınar E. DüNDAR***, *Dr. Asiye Özgür****,
*Dr. Mustafa Aslan****, *Dr. Serkan Manisalı****

Öz

Amaç: Farklı sosyoekonomik bölgelerde yaşayan annelerin emzirme ve ek besine başlama konularındaki bilgilerini, uygulamalarını ve bunları etkileyen etmenleri belirlemek ve karşılaştırmaktır.

Yöntem: Nurlupınar Sağlık Ocağı Bölgesi'nde iki ebe bölgesinde yürütülen kesitsel tipte bir araştırmadır. Evreni oluşturan iki mahallede 0-24 aylık bebeği olan anneler (n=249), bebek izlem kartlarının incelenmesi sonucunda belirlenmiştir.

Bulgular: Bebeklerin; %71.0' ı halen emzirilmekte, %27.7'si emzirilmiş, %1.3'ü ise hiç emzirilmemiştir. Gecekondu bölgesinde bebeklerin halen emzirilme oranı (%78.9) ile diğer bölgeden (%63.5) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. Doğumdan sonra ilk saatte anne sütü ile beslenmede gecekondu bölgesinde yaşama diğer bölgeye göre koruyucu düzeyde risk taşımaktadır (risk taşımakta doğru bir ifade değil) OR 0.181 (0.060-0.548) p=0.001. Doğru bölgelerinden gelenler diğer bölgelerden gelenlere göre doğumdan sonra ilk 2 saatte daha çok emzirme eğilimindedirler OR: 0.221 (0.073-0.670) p=0.004.

Sonuç: Doğumdan sonra anne sütü ilk iki saatte başlanmaktadır ama ilk altı ay yalnızca anne sütü verme durumu düşük oranda saptanmıştır (bu bulgu özetinde yer almamışken sonuçta var). Ek besinlere erken aylarda başlanması bölgede bir sorundur.

Anahtar sözcükler: Anne sütü, Ek besin, Emzirme.

Giriş

Gelecek yıllar için sağlıklı ve mutlu kuşaklar yetiştirmek her zaman amaçlanan bir ilke olmuştur. Bunun sağlanabilmesi ve bebeklerin sağlıklı büyüüp gelişebilmeleri için en uygun beslenme yönteminin ise emzirme olduğu bilinen bir gerçektir (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF), anne sütü ile beslenmenin doğumdan hemen sonra başlanmasını, ilk altı ayda bebek her istediğinde emzirilmesini, altı aydan sonra uygun besin desteğiyle iki yaşa kadar emzirmenin sürdürülmesi gerektiğini belirtmektedirler. Altı ile on iki ay arasında bebeğin gereksinimi olan besin değerlerinin yarısının ancak anne sütü ile sağlanabileceği,

Abstract

Purpose: The purpose of the study was to determine the factors affecting the mothers' knowledge and practices about breastfeeding and about introducing supplementary feeding, who were living in the different socioeconomic areas. **Methods:** This was a cross-sectional study carried out in the two midwife areas of Nurlupınar Health Care Center district. In the two neighbourhoods which made up the universe of the study, the mothers with babies in the 0-24 month age group (n=249) were selected by analyzing the baby follow-up cards.

Results: 71.0% of the babies were still being breastfed, 27.7% had been breastfed before, and 1.3% had never been breastfed. In the slum district, the ratio of babies still being breastfed (78.9%) was significantly higher than other areas (63.5%). Breastfeeding during the first two hours after birth had a more significant protective effect in the slum district compared to other areas, as well (Odds ratio: 0.181 [0.060-0.548] p=0.001). The mothers who were from eastern parts of Turkey had a greater tendency to breastfeed during the first two hours than the mothers coming from other regions (Odds ratio: 0.221 [0.073-0.670] p=0.004).

Conclusion: It was found that breastfeeding indeed was initiated in the first two hours after birth but the ratio of being exclusively breastfed in the first six months was found to be low. Early introduction of supplementary feeding was detected as a problem in this district.

Key words: Mother's milk, supplementary feeding, Breastfeeding.

bir yaşından sonra da besinsel gereksinimin ancak 1/3'ünü sağlaması nedeniyle, emzirmenin sürdürülmesi önerilmektedir (1,2,4,6). Anne sütü her bebek için gerekli olan tüm besin öğelerini (protein, yağ, vitamin, demir) D vitamini ve flor dışında hiçbir ek sıvıya ek besine vitamene gereksinim yaratmadan sıcak ülkelerde bile tek başına ilk altı ay sağlayabilen doğal olan çevreyle dost en iyi en doğru, en doğal yaşamsal öneme sahip bir besindir. Temiz, mikropsuz ve ucuz olmasının yanında anne ve bebek sağlığını

*Uzm.; Tokat İl Sağlık Müdürlüğü, Tokat

**Doç.; Celal Bayar Ü. Tıp Fak Halk Sağlığı AD, Manisa

*** İnt.; Celal Bayar Ü. Tıp Fak. 6. Dönem, Manisa

koruyan etkileri bilinen bir gerçeklerdir (1,2,3,4,5). Anne sütü ile beslenmeyen çocuklarda ölüm oranları beslenenlere göre 4-6 kat daha fazladır. DSÖ'ye göre emziren kadın oranları yüksek olması yılda ortalama 1.5 milyon bebeğin yaşamının kurtulmasını sağlayacaktır (2). Çeşitli toplumsal, ekonomik ve kültürel nedenlerden dünyanın birçok kesiminde emzirme uygulamaları azalmış, emzirme süresi kısalmıştır. Yeni teknolojilerin hizmete girmesi ve yeni yaşam biçimlerin ortaya çıkışı bir insan hakkı olan emzirmeyi engeller niteliktedir (1). Ülkemizde bebeklerin birsüre emzirme oranı %95 olmasına karşın yalnızca anne sütüyle beslenme 3 ayda %15.7'ye inmektedir. İlk altı ayda yalnızca anne sütü ile beslenen bebeklerin oranı %20.8 dolaylarındadır ve altı aylık bebeklerin yalnızca yüzde 1.8'i tek başına anne sütü ile beslenmektedir (8). Anneler nasıl emzirecekleri konusunda yeterli bilgi sahibi olmadıklarından ek besinlere erken dönemde başlamaktadırlar (1,8). Anne sütünden önce başka besin alanların yüzdesi %40.3'dür (8). Doğumdan sonra ilk 2 aya kadar yalnızca anne sütü alan bebeklerin oranı %43.5'dir (1,8). Ülkemizde yapılan araştırmalar erken dönemde ek besine başlamanın yaygın bir davranış olduğunu göstermektedir (8,9,10).

Bu araştırmanın amacı; farklı sosyoekonomik bölgelerde yaşayan annelerin emzirme ve ek besine başlama konularındaki bilgilerini, uygulamalarını ve bu konulara etki eden etmenleri belirlemek ve böylece bebek beslenmesi konusunda gereken önlemlerin alınmasına katkıda bulunmaktır.

Gereç ve Yöntem

Çalışma Manisa kent merkezinde yer alan Nurlupınar Sağlık Ocağı Bölgesi'nde iki ebe bölgesinde yürütülen kesitsel tipte bir araştırmadır. Seçilen Nurlupınar Mahallesi (NM) uzun zamandır bu bölgede yaşayan, daha çok batı illerinden göç eden ailelerin yaşadığı sağlık ocağınayakın bir bölgedir. Adnan Menderes Mahallesi (AMM) ise doğu illerinden göçün yoğun olduğu, sağlık ocağından uzak olması nedeniyle sağlık ocağına erişim konusunda daha şanssız olan, Türkçe bilme oranı düşük bir bölgedir.

Araştırmanın evreni iki mahallede 0-24 aylık bebeği olan annelerden (n=249) oluşmaktadır. Anneler bebek izlem kartlarının incelenmesi sonucunda belirlenmiş, NM' den

118, AMM' den 131 anne ile görüşülerek evrenin tümüne ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırmaya katılım oranı %89.9' dur (n=224). Evde bulunamayan annelere bir kez daha ziyaret düzenlenmiş, komşuları ile görüşülerek uzun süreli bölge dışına çıktıklarının öğrenilmesi sonucunda bu anneler araştırma dışında bırakılmıştır.

Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan bir soru kağıdı ile annelerin evlerinde, yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak Ağustos 2006 tarihinde toplanmıştır. Soru kağıdında annelerin anne sütü hakkındaki bilgileri, emzirme süresi, ek besine başlama zamanı, ailenin sosyodemografik özellikleri, kadının doğurganlık özellikleri, bebeğin beslenme durumu sorulmuştur.

Araştırmanın verileri SPSS 10.0 istatistik programı kullanılarak incelenmiştir. Değerlendirmelerde ki kare testi, fisherin kesin testi, tanımlayıcı istatistik kullanılmıştır.

Sonuçlar

Araştırma grubunun %51.3' ü NM, %48.7'si AMM'de yaşamaktadır. Yaş ortalamaları ise 26.41 ± 4.29 dur. Annelerin %39.7'sinin eğitimsiz olduğu, %99.1'inin ev hanımı, eşlerin ise %43.8'i sanayi işçisi, %40.2'si niteliksiz işlerde çalıştığı belirlenmiştir. Son doğumların %96.4'ü hastanede yapılmıştır.

Bazı sosyodemografik değişkenler mahallelere göre incelendiğinde; AMM' de yaşayan kadınların sağlık güvencelerinin yeşil kart ya da güvencesiz olduğu, algılanan gelir durumunun kötü olduğu, bebeklerin yaşlara göre dağılımı incelendiğinde ise bölgeler arasında fark olduğu, AMM de 0-6 aylık bebeklerin sayısının anlamlı olarak yüksek olduğu (Tablo 1) izlenmektedir.

Annelerin gebelik durumları incelendiğinde ise AMM de üçten fazla doğum yapmanın daha yaygın olduğu, doğum aralığının 24 aydan daha kısa sürede olduğu ($p < 0.05$) izlenmektedir. Gebelik süresince AMM deki annelerin NM'deki annelere göre düzenli olarak izlenmedikleri ($p = 0.000$), ebe ve doktor izlem sayılarının 5 ve altında olduğu ($p = 0.000$), anne sütü hakkında sağlık personelinin bilgi alma oranlarının daha az olduğu ($p = 0.000$) saptanmıştır (Tablo 2).

Doğumdan sonra ilk 2 saatte anne sütü ile beslenme gecekondü bölgesinde yaşama NM bölgesine göre koruyucu düzeyde risk

Tablo 1. Öğrencilerin menstruasyon düzeni, menarş bilgisi, menarş konusunu nerden öğrendikleri, menstruasyon dönemi uygulamaları, menarş hakkındaki duyguları ve menstruasyon döneminde görülen şikayetlerinin dağılımı				
Kadın yaşı	NM (%)	AM (%)	Toplam (%)	p
18-24 yaş (80)	32.2	39.4	35.7	0.256
25 yaş ve üzeri (144)	67.8	60.6	64.3	
Kadın eğitim durumu				0.000
Eğitimsiz (89)	13.5	86.5	39.7	
İlköğretim mezunu (122)	73.8	26.2	54.5	
Lise ve üzeri (13)	100.0	-	5.8	
Eş eğitim durumu				0.000
Eğitimsiz (33)	0.9	29.4	14.7	
İlkokul (115)	60.0	42.2	51.3	
Orta ve üstü (76)	39.1	28.4	33.9	
Kadının eşinin mesleği				0.000
Küçük esnaf / sanayi işçisi (119)	73.0	32.1	53.1	
Niteliksiz işçi ve işsiz (105)	27.0	67.9	46.9	
Kadının sigortası				0.000
Yeşil kart ya da yok (76)	18.3	50.5	33.9	
SSK-emekli-Bağkur-özel(148)	81.7	49.5	66.1	
Gelir durumu				0.018
Gelir eşit ya da fazla (36)	21.7	10.1	16.1	
Gelir az (188)	78.3	89.9	83.9	
Evde yaşayan kişi sayısı				0.000
Beş ya da daha az kişi (149)	80.9	51.4	66.5	
Altı ya da üzeri kişi (75)	19.1	48.6	33.5	
Aile tipi				0.001
Çekirdek (65)	80.9	60.6	71.0	
Geniş (159)	19.1	39.4	29.0	
Memleketi				0.000
Batı ve iç Anadolu (54)	73.0		34.8	
Doğu ve güneydoğu (101)	27.0	100.0	65.2	
Kaç yıldır Manisa'da olduğu				0.001
10 yılın altı (106)	55.4	80.2	68.4	
10 yıl ve üzeri (49)	44.6	19.8	31.6	
Bebeklerin yaş dağılımı				0.029
0-6 ay	22.6	39.4	30.8	
7-12 ay	36.5	27.5	32.1	
13-18 ay	18.3	19.3	18.8	
19-24 ay	22.6	13.8	18.3	
Toplam	115	109	100.0	

taşımaktadır OR: 0.181 (0.060-0.548) p=0.001. Doğu bölgelerinden gelenler diğer bölgelerden gelenlere göre doğumdan sonra ilk 2 saatte daha çok emzirme eğilimindedirler OR: 0.221 (0.073-0.670) p=0.004 (Tablo 3).

Bebeklerin emzirilme durumlarına bakıldığında; %71.0' ı halen emzirilmekte, %27.7'si emzirilmiş, %1.3'ü ise hiç emzirilmemiştir. AMM' deki bebeklerin halen emzirilme oranı (%78.9) ile NM' den (%63.5) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p=0.018) (Tablo 1). Bebeklerin aylara göre dağılımı incelendiğinde AMM' de altı aydan küçük bebeklerin NM bölgesine göre daha

fazla sayıda oldukları ve her iki bölgenin farklı oldukları izlenmektedir (Tablo 4).

Bebeklerde demir kullanımı açısından her iki bölge incelendiğinde fark saptanmamıştır (p=0.933). 15. günden sonra D vitamini kullanma NM bölgesinde AMM' e göre daha fazladır (p=0.000). Altı ay altı tek başına anne sütü verme oranlarına bakıldığında ise AMM' de diğer bölgeye göre fark saptanmıştır (p=0.001) (Tablo 3). İlk dört ay tek başına anne sütü verme durumu AMM' de NM' ye göre daha yüksek oranda saptanmıştır (p=0.000). Kadının eğitim düzeyi düşük olanlarda ilkököl ve üzeri eğitimi olanlara göre

Tablo 2. Araştırma grubunda yer alan annelerin mahallelere göre gebelikte izlenme durumudağılımı				
	NM (%) n=115	AM (%) n=109	Toplam (%)	p
Kaç doğum yaptığı				0.000
2 doğum ve altı (132)	72.2	45.0	58.9	
3 doğum ve üstü (92)	27.8	55.0	41.1	
Yaşayan çocuk sayısı				0.000
1-2 çocuk	73.9	45.0	59.8	
3-6 çocuk	26.1	55.0	40.2	
İlk çocuk değilse bir önceki çocuk ile arasındaki süre				0.000
0 ve 24 ay arası (104)	19.1	75.2	46.4	
30 ve 192 ay arası (120)	80.9	24.8	53.6	
Anne sütü hakkında kimden bilgi aldı				0.000
Hayır (101)	26.1	65.1	45.1	
Doktor (31)	21.7	5.5	13.8	
Ebe ve diğer (92)	52.2	29.4	41.1	
Gebelik süresince bir sağlık personeline başvurma				0.000
Hiç başvurmadım (22)	7.8	11.9	9.8	
Başvurdum (düzensiz) (105)	15.7	79.8	46.9	
Başvurdum (düzenli) (97)	76.5	8.3	43.3	
Gebelikte ebe tarafından izlenme				0.000
Evet düzenli (93)	74.8	6.4	41.5	
Evet düzensiz (97)	18.3	69.7	43.3	
Hayır izlenmiyordum (34)	7.0	23.9	15.2	
Dr izlem sayısı				0.000
5 ve altı izlem (138)	34.8	89.9	61.6	
6 ve üzeri izlem (86)	65.2	10.1	38.4	
Ebe izlem sayısı*				0.000
5 ve altı izlem (206)	84.3	100.0	92.0	
6 ve üzeri izlem (18)	15.7	-	8.0	
Doğumun olduğu yer				0.129
Hastanede (216)	98.3	94.5	96.4	
Sağlık personeli yardımı olmadan (8)	1.7	5.5	3.6	
Doğum şekli				0.255
Normal (140)	66.1	58.7	62.5	
Sezeryan/müdahaleli (84)	33.9	41.3	37.5	
Toplam (224)	100.0	100.0	100.0	

*Fisherin kesin testi

($p=0.001$), gebelikte bir sağlık personeline başvurmayanların başvurularına göre ($p=0.003$), eşin iş durumu niteliksiz işlerde çalışanların diğer iş kollarında çalışanlara göre (0.002) daha fazla ilk dört ay tek başına anne sütü ile emzirme eğiliminde oldukları izlenmektedir.

İlk dört ayda tek başına anne sütü ile beslenme durumunu değerlendirmede tek değişkenli analizlerde anlamlı bulunan bağımsız değişkenler kadının eğitimi, mahalle, gebelikte başvuru, eşin işi ve bilgi puanı olarak belirlenmiştir. Bu anlamlı değişkenler ile kurulan lojistik regresyon analizinde modelde

kalan tek değişken kadının gebelikte Sağlık ocağına başvurusu olmuştur.

Tartışma

Emzirmenin doğumdan hemen sonra başlatılması ve sık emzirme ile süt yapımının kolaylaştığı bilinmektedir. Yürütülen çalışmada ilk iki saatte emzirmenin mahallere göre farklılık gösterdiği, AMM'de ilk iki saatte emzirmeye başlama davranışının daha yaygın olduğu belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda annelerin doğum yapma biçimi ile ilk emzirme süreleri açısından farklı sonuçlar elde edilmiştir (14,15,16,21), ama annenin eğitimi, doğumun

Tablo 3. Araştırma grubunda bebek beslenmesiyle ilgili bazı değişkenlerin mahallelere göre dağılımı				
	NM (%)	AMM (%)	Toplam (%)	p
Kolostrum verme durumu				
Evet (201)	87.8	92.7	90.2	0.224
Hayır (23)	12.2	7.3	9.8	
İlk 2 saatte emzirme				
Evet (200)	82.6	96.3	89.3	0.001
Hayır (24)	17.4	3.7	10.7	
Şu anda emzirenler				
Hayır (65)	36.5	21.1	29.0	0.011
Evet (179)	63.5	78.9	71.0	
6 ay altı ek gıda verenler				
Anne sütü (23)	3.5	17.4	10.3	0.001
Anne sütü+ ek gıda(201)	96.5	82.6	89.7	
6 aydan sonra demir kullanma				
Hayır (126)	56.5	56.0	56.3	0.933
Evet (98)	43.5	44.0	43.8	
Emzik verme				
Hayır (111)	58.3	40.4	49.6	0.007
Evet (113)	41.7	59.6	50.4	
Çocuğun sağlık personeli tarafından izlenmesi				
Hayır (12)	1.7	7.3	4.5	0.000
Evet (düzensiz) (94)	7.8	78.0	42.0	
Evet (düzenli) (118)	90.4	14.7	53.6	
15. günden sonra D-vit kullanma				
Hayır (92)	22.6	60.6	41.1	0.000
Evet (132)	77.4	39.4	58.9	
Toplam (224)	115	109	100.0	

yapıldığı yer ve yerleşim yerine göre doğum sonu ilk emzirme zamanları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmadı (14). Bu araştırmada ise annenin eğitimi, evinin tipi, memleketi ve yaşadığı mahalle ile ilk saatlerde emzirme arasında fark saptanmıştır. Bu farkın diğer araştırmanın bir hastaneye başvuranlar üzerinde yapılmasından ve araştırma grubundaki 0-6 aylık bebeklerin gecekondu bölgesinde daha fazla olmasından kaynaklanabileceği düşünülebilir. Annelerin doğum sayıları ile emzirme zamanları ve emzirme durumları arasında; bebeklerin cinsiyeti ile emzirme zamanları arasında fark bulunamamıştır ($p>0.05$), farklı çalışmalar da bu bulguyu desteklemektedir (16,20,26).

Araştırmada annelerin bebeklerine kolostrum verme oranı %90'dır. Benzer sonuçlar yapılan farklı çalışmalarda da bulunmuştur (20). Yapılan bir araştırma sonucunda elde edilen verilere göre; her on bebekten altı ile yedisinin ilk bir saat içinde emzirmeye başlandığı saptanmıştır (14,16,21,22,25). Bu araştırmada ise ilk iki saatte emzirme oranı %89.3 olarak daha yüksek bir

oranda saptanmış ve bölgeler arasında da fark saptanmıştır. Gecekondu bölgesinde yaşayanlar daha erken emzirmeye başlamaktadır.

Anne sütü ile beslenen bebeğin D vitamini ve flor dışında hiçbir ek sıvıya, ek besine, vitamine gereksinimi yoktur (17). Araştırma grubundaki annelerin D vit kullanım oranlarına baktığımızda mahalleler arasında fark izlenmektedir, sağlık ocağından uzak olan mahallede bulunma D vitamini kullanmama açısından 5.2 kat risk taşımaktadır (OR=5.25 %95 GA (2.93-9.4)).

Kentsel alanda yapılan bir araştırmada ilk altı ay da ek besine başlama oranı bu araştırma sonuçlarıyla benzer bulunmuştur (9). Bu araştırma grubunda bölgeler arasında fark saptanmış, AMM'de daha ileri aylarda ek besin başlama eğilimi izlenmiştir. Bu da geleneksel bir uygulama olan emzirmenin bu bölgede daha fazla uygulandığı ve daha ekonomik bir beslenme olmasından dolayı tercih edilebildiğini gösterir nitelikte bir bulgudur. Bu bulgunun AMM'de bu bölgede altı ay altı bebeklerin daha fazla oranda

Tablo 4. Araştırma grubunun mahallelere göre ek besinlere başlama ayları

Mahalle	Çocuğa ilk gıda	Meyve suyu	Hazır mama	Yoğurt	Muhallebi	Yemek suları	İlk et	İlk inek sütü	İlk yumurta
NM Sayı	106	92	42	92	76	95	61	50	69
ort±sd	4.05±1.61	5.26±2.29	3.73±2.14	5.13±1.59	5.32±1.47	5.65±1.72	9.95±2.97	6.16±3.15	6.84±2.51
Ortanca	4	5	4	5	5	6	10	6	6
AMM Sayı	88	75	7	67	31	62	3	17	41
ort±sd	3.85±1.35	4.11±1.12	4.14±2.12	4.52±1.19	4.87±1.02	5.21±1.23	6.67±1.53	4.35±1.22	5.71±1.50
Ortanca	4	4	5	5	5	5	7	5	6

saptanmasından da kaynaklandığı düşünülebilir, ancak bu bölgede doğudan göçlerin fazla olması, sosyoekonomik yönden düşük bir bölge olması, emzik kullanımı gibi geleneksel uygulamaların izlenmesi ve yapılan çeşitli araştırmalarda doğu ve gecekondü kesimlerinde emzirme oranlarının yüksek olması, bu bölgede emzirmenin altı ay altı bebek sayısının fazla olmasından kaynaklanmadığını düşündürmektedir.

Yapılan bir çalışmada en erken ve sık kullanılan ek besinler %63 inek sütü, %71 muhallebi, %64 meyve suyu iken, en az verilen ek gıda %3 oranındaki formül mama idi. Bölgede hayvancılığın yaygın olması ve inek sütüne ulaşma kolaylığı, süt ve muhallebi kullanımını artırmıştır (12). Bu çalışmada en erken ve en çok kullanılan gıdalar altı ay ve altında %92.2 meyve suyu; %71.1 çay; hazır mama %95.9; yoğurt %95.6; muhallebi %92.5; inek sütü %80.6'dır. Farklı çalışmalarda da en fazla kullanılan ilk ek besinler meyve suyu, yoğurt, hazır mamadır (19,24).

Bölgede hazır mama kullanımına baktığımızda NM bölgesinde 42 anne diğer bölgede 7 anne bebeklerine hazır mama kullanmaktadır. Bu durum, bölgelerin sağlık ocağına uzaklığı, sağlık hizmetlerine ulaşım kolaylığı ile ve bölgelerin sosyoekonomik durumu ile açıklanabilir. Kentsel bölgelerde yapılan araştırmalarda annelerin hazır mama kullanma oranları değişmektedir (14,19,20,24).

On iki ay üzeri olan bebeklerin beslenmesinde meyve suyu %91.5; yemek suyu %91.5; yoğurt %87.95; muhallebi %66.26; hazır mama %21.3 olarak saptanmıştır. Benzer nitelikteki araştırmaların sonuçları arasında sık kullanılan besinler açısından farklılık saptanmıştır (12,20). Bu durum bölgeler arası sosyoekonomik koşulların

farklı olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmada anne sütü hakkında bilgi almayanların oranı %45.1 olarak gözlenmiş ve her iki bölge arasında fark bulunmuştur. Özellikle AMM bölgesinde yaşayanlarda eğitim almamış olma daha yüksektir. Bu konuda yapılan araştırmalarda da 10 anneden 1 ile 4'ünün bu konuda hiçbir eğitim almadıkları saptanmıştır (13,14,16,20,21,24).

Kadının eğitim durumu ile gebelik boyunca bir sağlık personelinin emzirme ve bebek beslenmesi konusunda bilgi alması arasında ilişki saptanmıştır ($p=0.000$), özellikle AMM'de yaşayan eğitimsiz kadınların daha az emzirme konusunda eğitim aldıkları izlenmektedir. Yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlara ulaşılmıştır (16). Ebe tarafından bebeklere yapılan izlemlere bakıldığında ise özellikle AMM'de yaşayan bebeklerin izlemlerinin düzensiz olduğu ve diğer bölge ile arasında fark olduğu belirlenmiştir ($p=0.000$). Bu sonuç bize sağlık ocağına yakın olmanın ve ebe tarafından düzenli izlenmenin annelerin emzirme konusunda daha iyi bilgileneceğini gösteren önemli bir bulgudur (16).

Doğumların %96.4'ü hastanede yapıldığı göz önünde bulundurulduğunda bu annelere anne sütü ve bebek beslenmesi konusunda bilgi ve eğitim verme açısından büyük ve önemli bir fırsatın kaçırıldığı görülmektedir. Başka araştırmalarda da bu nokta vurgulanmaktadır (14).

Sonuç olarak doğumdan sonra anne sütü ilk iki saatte başlanmaktadır ama ilk altı ay yalnızca anne sütü verme durumu diğer çalışmalarda olduğu gibi bu çalışmada da düşük oranda saptanmıştır. Ek besinlere erken aylarda başlanması bölgede bir sorun olarak saptanmıştır. Bu durum yapılan farklı araştırmalarda da saptanmıştır. Annelere hastanede doğum yaptıkları zaman bebek

Doğumların %96.4'ünün hastanede yapılması annelere anne sütü ve bebek beslenmesi konusunda bilgi ve eğitim verme açısından önemli bir fırsat sunmaktadır.

beslenmesi konusunda eğitim verilmeli. Bu eğitim ebelerin yaptıkları izlemlerde sürdürülmelidir. Özellikle emzirme kültürümüzde yaygın bir uygulama olmasına karşın emzirme süresi kısadır ve bu sorunun çözülmesinde sağlık personeline önemli görev düşmektedir. Hizmet içi eğitimin sürekliliği üzerinde ciddiyle durulmalıdır.

İletişim: Dr. Pınar Baysan

E-posta: pinarbaysan@hotmail.com

Kaynaklar

- 1- Emzirmenin korunması özendirilmesi ve desteklenmesi. <http://www.saglik.gov.tr/TR/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFFAAF6AA849816B2EFBFEA5D815DAC9C9> Erişim Tarihi: 10.2007.
- 2- Anne sütüyle ilgili temel gerçekler. http://www.unicef.org/turkey/ir/_mc29.html Erişim tarihi: 3.9.2007.
- 3- Başarılı emzirme. erişim tarihi: 9.2007 <http://www.saglik.gov.tr/TR/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFF7A2395174CFB32E1F87C2B01D434CDA5>.
- 4- http://www.who.int/child-adolescent-health/NUTRITION/infant_exclusive.htm Erişim tarihi: 9.2007.
- 5- http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/ISBN_92_4_159523_0.htm. erişim tarihi: 9.2007.
- 6- Feeding the non-breastfed child 6-24 months of age. Geneva, 8-10 March 2004. MEETING REPORT. http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/WHO_FCH_CAH_04.13.pdf. Erişim tarihi: 9.2007.
- 7- Global Strategy for Infant and Young Child Feeding http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/gi_ycf.pdf. Erişim tarihi:9.2007.
- 8- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003 sy.142-147.
- 9- Vaizoğlu SA, Temel F, Çelik Ş, Çiftçioğlu H, Cemboluk Ö, Alparslan H, Güler Ç. Bir sağlık ocağına başvuran 0-24 aylık bebekleri olan annelerin emzirme ile ilgili bazı özelliklerinin değerlendirilmesi. 11. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri kitabı:253.
- 10- Vançelik S, Aydemir D, Beyhun N, Acemoğlu h. Erzurum ili horasan ilçesi merkez sağlık ocağı bölgesinde annelerin emzirme ile ilgili davranışları.11. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri kitabı: 181.
- 11- Sohbet R, Atlan M. Muğla ili Fethiye ilçesi 1 nolu sağlık ocağına başvuran çocukların (0-24 aylık) beslenme özellikleri ve anne sütü alma durumları. 11.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri özeti:192
- 12- Demirel F, Üner A, Kırımı E. Van İli Kırsalındaki Annelerin Çocuk Beslenmesindeki Alışkanlıkları ve Uygulamaları. Van Tıp Dergisi. Cilt: 8. Sayı: 1. Ocak/2001 (sy 18-22).
- 13- Kaplan S, Sergek E, Taşdemir S. Annelerin Anne Sütü ve Ek Gıdalara İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. Gaziantep Üniversitesi. Sağlık Yüksekokulu. Gaziantep. 2. Uludağ Pediatri Kış Kongresi 26 nolu poster.
- 14- Tunçel EK, Dündar c, Canbaz s, Pekşen y. Bir üniversite hastanesine başvuran 0-24 aylık çocukların anne sütü ile beslenme durumlarının saptanması C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu dergisi 2006. 10 (1).
- 15- Akyüz A, Kaya T, Şenel N. Annenin Emzirme Davranışının ve Emzirmeyi Etkileyen Durumların Belirlenmesi TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2007: 6 (5) sy 331-336.
- 16- Eker A, Yurdakul M. Annelerin Bebek Beslenmesi ve Emzirmeye İlişkin Bilgi ve Uygulamaları. STED 2006:15: 9;158-164
- 17- Başarılı emzirme. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü <http://www.pendiksgb.saglik.gov.tr/docs/emzirme.pdf> Erişim Tarihi: 17.03.08
- 18- WHO Multicentre Growth Reference Study Group Breastfeeding in the WHO Multicentre Growth Reference Study Acta Pædiatrica. 2006; 450:16_/26.
- 19- Tunçel EK, Cihad Dündar, Yıldız Peşken. Ebelerin Anne Sütü İle İlgili Bilgi ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi. Kocatepe Tıp Dergisi. 6: 1. Ocak 2005. 43-49.
- 20- Tanır F. Bebekleri 0-2 yaş arasında olan bir grup annenin emzirmeye ilişkin inanç ve tutumları; uzmanlık tezi. İstanbul 2006.
- 21- Ünsal H, Atlıhan F, Özkan H, Targan Ş, Hassoy H. Toplumda anne sütü verme eğilimi ve buna etki eden faktörler. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2005; 48: 226-233.
- 22- Duran Ö, Kırşan S, Kaygısız Z. 6-24 aylık bebeği olan annelerin anne sütü verme durumu ve etkileyen faktörler 11. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri kitabı.175.
- 23- Yabancı N, Şimşek I. Annelerin ek besinlere başlama zamanları ve bebek beslenmesi konusunda bazı uygulamaları. 11. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri kitabı.178.
- 24- Sohbet R, Atlan M. Muğla ili Fethiye ilçesi 1 nolu sağlık ocağına başvuran çocukların (0-24 aylık) beslenme özellikleri ve anne sütü alma durumları. 11. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri kitabı.192.
- 25- Lüleci NE, Keskin Y, Özyaral O, Çayırhan E. İstanbul'da bir özel hastanenin çocuk polikliniğine gelen 0-24 aylık çocuğu olan annelerin Anne sütü ve emzirme ile ilgili bilgi tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. 11. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri kitabı.267.
- 26- Yaslı G, Lağarlı T, Dinç G, Şerifhan M, Cambaz S, Nesanır N, Baysan P, Pala T, Deveci S. Manisa kent merkezinde bebeklerde emzirme ve ek gıda verilmesi ile ilgili uygulamaları. 11. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri kitabı. 273.

Şehir İçi Minibüs Sürücülerinin Psikolojik Durumlarının Değerlendirilmesi*

The Investigation of Psychological Status of Downtown Minibus Drivers



Dr. Reha Demirel**, Dr. Ömer Geçici***, Dr. Murat Emül***

Öz

Bu çalışmada yüksek stres altında çalışan şehir içi minibüs sürücülerinin psikolojik durumları ve bazı sosyo-demografik özelliklerinin araştırılması amaçlandı.

Araştırma Afyonkarahisar il Merkezindeki iç hat sürücülerini üzerinde yapıldı. Sosyo-demografik veriler anket formuyla, psikolojik durumla ilgili veriler, Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği testleri ile toplandı. Veriler ANOVA, bağımsız gruplar t testi ve korelasyon analizi ile analiz edildi. Anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ alındı.

Toplam 305 minibüs şoföründen 233'ü (%76.4) araştırmaya katıldı. Araştırmaya katılanların yaş ortalaması 34.6 ± 10.5 yıl, meslekteki çalışma süresi ortalaması 9.5 ± 8.9 yıl ve hepsinin cinsiyeti erkekti. Yapılan testlerde depresyon bakımından %10.7'sinin, anksiyete bakımından ise %15.9'unun kesme puanını aştığı görüldü. Gelirden memnuniyet ve işten memnuniyetin artması ile anksiyete ($r = -0.24$, $p < 0.001$) ve depresyon puanlarının ($r = -0.29$, $p < 0.001$) azaldığı görüldü. Ayrıca yaşın artması ile de anksiyete ($r = -0.16$, $p = 0.015$) ve depresyon puanlarının ($r = -0.18$, $p = 0.005$) da azaldığı, dolayısıyla gençlerin daha kaygılı olduğu saptandı.

Anahtar sözcükler: Depresyon, Anksiyete, Şoför.

Giriş

Günümüzde toplum giderek trafik kazalarındaki insan faktörünü azaltma, kazaları öngörebilme gibi güvenlikle ilişkili konularda bilinçlenmektedir. Trafik mühendisliği ve kanunlar geçtiğimiz on yıllar içinde motorlu taşıt kazalarına bağlı ölümleri ve ortaya çıkan işlev kayıplarını azaltmasına karşın, hala motorlu taşıt kazaları ölümcül durumların önde gelen nedenidir ve halk sağlığı açısından önemli ilgi alanı olmaya devam etmektedir (1). Motorlu taşıtlarda güvenlik, sürücünün bireysel özelliklerinden etkilenmektedir. Son yıllardaki araştırmalar riskli sürücü davranışları için ön görü olarak üç bireysel farklılık yapısına odaklanmıştır: heyecan arama, sorumluluk ve öfke/hostilite (2-4). Araştırmacılar, taşıt kullanırken insana ait hataları azaltmak amacıyla, stresi ve dikkatsizliği gözlemlemek için görüşme teknikleri, anketler ve kişinin kendisini değerlendiren gereçler

Abstract

The aim of this study was to investigate the psychological and socio-demographic features of minibus drivers, who work under high levels of stress.

The study was conducted on the domestic drivers in downtown Afyonkarahisar. The data regarding socio-demographic features were collected using questionnaires, and the data regarding psychology were obtained using Beck's Depression Inventory and Beck's Anxiety Inventory. The data were evaluated statistically by using ANOVA test, t-test for independent samples and correlation analysis. $p < 0.05$ was accepted to be statistically significant.

233 drivers (76.4%) out of a total of 305 participated in the study. The mean age of the participants was 34.6 ± 10.5 years, and their mean history in the job was 9.5 ± 8.9 years and all of them were male. As a result of the tests carried out, 10.7% of the drivers were over the cut-off value in regard to depression, and 15.9% in regard to anxiety. It was also observed that anxiety ($r = -0.24$, $p < 0.001$) and depression ($r = -0.29$, $p < 0.001$) points were reduced as the income and job satisfaction levels increased. In addition, the older the drivers were, the less were the anxiety ($r = -0.16$, $p = 0.015$) and depression ($r = -0.18$, $p = 0.005$) scores, and thus, the younger drivers were found to be more anxious and depressed.

Key words: Depression, Anxiety, Driver.

geliştirmişlerdir (5-8). Sürücülerin katettiği yıllık yolun depresyon, uyku bozuklukları ve çeşitli yaşam olaylarından orta derecede etkilendiği görülmüştür (9). Yıllık tüketilen yol kilometresindeki artış ya da azalış ise sürücülerin yaptığı trafik kazasıyla ilişkili bulunmuştur (10,11). Bunlara ek olarak sürücünün dikkatsizliğinin önlenmesi de güvenlik ve emniyet açısından erişilmek istenen hedefler arasında yer almaktadır (12).

Anksiyete, tanımlanması zor bir korku ve endişe duygusudur. Depresyon ise günlük yaşamın üzgün geçtiği, hüznün ve mutsuzluğun egemen olduğu normal dışı bir duygudurumdur. Depresyon birçok farklı durumda görülebilir ya da çeşitli ruhsal rahatsızlıklara eşlik edebilir. Dolayısıyla depresif belirtiler başta psikiyatrik bozukluklar olmak

*IX. Ulusal Halk Sağlığı Günleri'nde (P-217, Ankara, 2005) poster bildirisi olarak sunulmuştur.

**Yrd. Doç.; Afyon Kocatepe Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Afyonkarahisar

***Doç.; Afyon Kocatepe Ü. Tıp Fak. Psikiyatri AD, Afyonkarahisar

üzere birçok nörolojik ve medikal hastalığa eşlik edebilir. Anksiyete bozukluklarıyla depresyonun belirtileri arasında belirgin bir benzerlik söz konusudur. Bu iki rahatsızlık çok sık bir biçimde bir arada görülmektedir (13). Bu çalışmanın amacı Afyonkarahisar ili merkezinde iç hat minibüs sürücüsü olarak görev yapan kişilerin anksiyete ve depresyon düzeylerini; sosyo-demografik özelliklerin anksiyete ve depresyon düzeyleri ile ilişkilerini araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem

Kesitsel tipteki tanımlayıcı araştırma 1 Nisan 2005-01 Temmuz 2005 tarihleri arasında Afyonkarahisar il merkezinde yapıldı. Araştırmada il merkezinde çalışan 305 minibüs sürücüsünün tamamına örneklem yapılmadan ulaşmak hedeflendi.

Araştırmanın verileri, sosyo-demografik bilgiler hazırlanmış anket formuyla, psikolojik durumla ilgili veriler ise Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) testleri ile toplandı. BDÖ, kişinin depresyon yönünden riskini belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini ölçmek amacıyla kullanılan 21 soruluk, sıfırdan üçe kadar puanlamanın yapıldığı ve 0-63 puan alınabilen, kişinin kendisinin doldurduğu likert tarzı bir ölçektir (14). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli ve arkadaşları tarafından yapılmış olup, kesme puanı 17 bulunmuştur (15). BAÖ de kişinin yaşadığı anksiyete belirtilerinin düzeyini ölçmek amacıyla kullanılan 21 soruluk, sıfırdan üçe kadar puanlamanın yapıldığı, kişinin kendisinin doldurduğu likert tarzı bir ölçektir (16). Ölçekten alınan puanların yüksekliği, bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini gösterir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ulusoy ve ark. tarafından yapılmıştır

(17). Bu araştırmada anksiyete kesme puanı olarak 17 alınmıştır. Anket formu yüz yüze görüşme yöntemiyle, BDÖ ve BAÖ testleri ise gözlem altında yanıtlama yöntemi kullanılarak toplandı.

Ortalamalar ortalama±standart sapma olarak verildi. Veriler ANOVA, t testi, korelasyon analizi ile analiz edildi. Anlamlılık düzeyi olarak $p<0.05$ alındı.

Bulgular

Toplam 305 minibüs sürücüsünden 233'ü (%76.4) araştırmaya katılırken, 58'i görüşmeyi kabul etmedi, 14'üne ise ulaşamadı. Araştırmaya katılanların yaş ortalaması 34.6 ± 10.5 yıl, meslekteki çalışma süresi ortalaması 9.5 ± 8.9 yıl ve hepsinin cinsiyeti erkekti. Yüzde 41.6'sının eğitim seviyesi ilkokul, %85.8'i evli idi ve evli olanların da büyük çoğunluğunun (%96.5) eşi çalışmıyordu (Tablo 1). Katılımcıların %92.7'sinin çocuğu olduğu ve ortalama çocuk sayısının 2.5 ± 1.2 olduğu görüldü. Sürücülerin %42.5'i kendi isteği ile bu mesleği seçmişti ve minibüs sürücülüğü dışında yaklaşık üçte birinin (%32.6) ek işi vardı. Araştırmaya katılanların %24'ü mesleğinden hiç memnun değil ya da memnun değildi (Tablo 2). Sürücülerin aylık gelir ortalaması 591.9 ± 708.4 (medyan: 500) YTL olup, %33.5'i gelirinden hiç memnun değil/memnun değildi.

Yapılan testlerde depresyon bakımından %10.7'sinin, anksiyete bakımından ise %15.9'unun kesme puanını aştığı görüldü. Yedi kişi (%3) daha önce psikolojik destek almıştı ve bir kişi halen psikolojik destek almaya devam ediyordu. Gelirden memnuniyet ve işten memnuniyetin artması ile anksiyete ($r=-0.24$, $p<0.001$) ve depresyon puanlarının ($r=-0.29$, $p<0.001$) azaldığı görüldü. Ayrıca yaşın artması ile de anksiyete ($r=-0.16$, $p=0.015$) ve depresyon puanlarının ($r=-0.18$, $p=0.005$) da azaldığı, dolayısıyla gençlerin daha kaygılı olduğu saptandı.

Medeni durumun (depresyon ($p=0.304$) ve anksiyete ($p=0.367$)) puanlarını etkilemediği ve eğitim durumunun da depresyon ($p=0.680$) ve anksiyete ($p=0.942$)) puanlarını etkilemediği saptandı. Yine sosyal güvencesi olanlarla olmayanlar arasında depresyon ($p=0.498$) ve anksiyete ($p=0.620$) puanları arasında istatistiksel olarak fark görülmedi.

Tartışma

Araştırmalar, trafik kazalarının çoğunun (yaklaşık %90) sürücünün bazı özelliklerinden

Tablo 1. Minibüs sürücülerinin bazı tanımlayıcı özellikleri

	Sayı	%
Eğitim durumu		
İlkokul	97	41.6
Ortaokul	70	30.0
Lise	53	22.8
Üniversite	13	5.6
Medeni durum		
Evli	200	85,8
Bekar	27	11,6
Dul	6	2,6
Sosyal güvence		
Var	175	75.1
yok	58	24.9
Toplam	233	100,0

Tablo 2. Minibüs sürücülerinin bazı tanımlayıcı özellikleri		
	Sayı	%
Meslek seçimi		
Kendi isteğiyle	99	42,5
Zorunlu	90	38,6
Öneri	23	9,9
Diğer	21	9,0
Meslekten Memnuniyet		
Hiç memnun değil	30	12,9
Memnun değil	26	11,2
Az memnun	57	24,5
Memnun	109	46,7
Çok memnun	11	4,7
Gelir Memnuniyet*		
Hiç memnun değil	45	19,3
Memnun değil	33	14,2
Az memnun	63	27,2
Memnun	86	37,1
Çok memnun	5	2,2
Toplam	233	100,0

*1 kişi yanıtlamadı

ve davranış biçimlerinden kaynaklandığını düşündürmektedir. Özellikle, riskli taşıt kullanma olumsuz sonuçlara yol açmaktadır. Riskli kullanma; meydan okuyarak kullanma (minibüsü öteki sürücüler üzerine gitmekten hoşlanma), kullanırken risk alma (hızlı kullanma, uygunsuz dönme ya da geçme), agresif kullanma (hırsla korna çalma, mimikler kullanarak kullanma, önündeki sürücüyü cezalandırmak için peşine takılma) gibi davranış ve kişisel özellikleri içermektedir (18,19).

Ülkemizde sürücüler üzerinde depresyon ve anksiyete sıklığına dair yapılan çalışmaya rastlanamamıştır. Depresyon ve anksiyete toplum içinde sık görülen psikiyatrik rahatsızlıklardan olduğu, yaşam boyu depresyon prevalansının %25, anksiyetenin ise (erkeklerde) %19 görüldüğü belirtilmektedir (20). Bir araştırmada kontrol grubu olarak alınanlarda ise depresyon %9.4, anksiyete ise %14 görülmüştür (21). Farklı gruplar üzerinde yapılan çalışmalarda depresyon, hemşirelik öğrencilerinde %33 (22), orta ve ileri yaşlardaki kadınlarda %33 (23), gebelerde ve doğum sonrası dönemde %17-37 (24-26), huzurevinde kalan yaşlılarda %10-58 (27,28) bulunmuştur. Anksiyete sıklığı ise sağlık ocaklarına başvuranlarda %25 (29), 15 yaş üzeri kadınlarda %20 (30) saptanmıştır.

Çalışmamızda Afyonkarahisar il merkezindeki iç hat minibüs sürücülerinde kesme puanını aşan depresyon ve anksiyete puanlarının genel toplumdaki depresyon ve anksiyete sıklığıyla benzer olduğu söylenebilir. Bu nedenle minibüs sürücüsü olmanın, sürekli dikkat gerektiren ve taşıdığı insanların güvenlik ve emniyetini üstlenmenin sürücülere ek bir duygulanımsal yük getirmediği düşünülmüştür. Ancak yine de sürücülerin gün içinde anlık değişen duygulanımları olabileceği ve bunların da kazalara yol açma olasılıkları göz ardı edilmemelidir.

Çalışmalar günümüzde en önemli sorun davranışlardan birisinin agresif taşıt kullanma olduğunu göstermektedir. Özellikle erkekler kadınlara göre daha agresif ya da en az onlar kadar agresif oldukları bulunmuştur. Bu durumun, erkek cinsiyetin kendilerini kadınlardan daha iyi araç kullandıklarına inandırmalarından ya da trafik kurallarına kadınlara göre daha az katlanabilmelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir (31).

Çalışmamızdaki katılımcıların hepsi erkek sürücü olduğu için cinsiyet farklılığın, depresyon ya da anksiyeteye ve sürücü olmaya etkileri değerlendirilememiştir. Yaş ile agresif kullanma davranışı arasında negatif korelasyon vardır. Yaşlılara oranla genç sürücülerin daha tehlikeli araç kullandığı ve tehlikenin varlığını daha hafif olarak değerlendirdiği belirtilmiştir (32,33).

Çalışmamızda, yaşın depresyon ve anksiyete ile negatif ilişkili olduğu bulunmuştur. Literatürde agresif kullanma ile depresyon ve anksiyete arasında bir ilişki varlığını gösteren çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak, bizim bulgumuz gençlerdeki agresif kullanımın fazla olmasına ya da var olan tehlikeyi daha hafif değerlendirmeye, gençlerin daha kaygılı ve depresif olmasının da katkılarının olabileceğini düşündürmektedir. İşle ilişkili duygulanımsal iyi olma sağlıklı bir yaşam içi vazgeçilmezdir. Uncu ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, işle ilgili olumsuz yargıların stres, anksiyete ve depresyon tepkileriyle ilişkili olduğu bulunmuştur (34). Bizim çalışmamızda bulunan iş memnuniyeti ile depresyon ve anksiyete skorları arasındaki negatif ilişki de bu çalışma verilerini desteklemektedir.

Çalışmamızın önemli kısıtlılıkları şunlardır: Çalışma ileriye dönük olmayıp tanımlayıcı özellikte bir araştırmadır ve kontrol grubu

içermemektedir. Öte yandan uygulanan testler tanı koydurucu değil tanıyı destekleyicidir ve kişinin kendisinin doldurduğu, hekimin gözleminin dışlandığı türden ölçeklerdir.

Sonuç olarak; trafikte emniyet ve güvenlik için sürücülerin davranışlarını etkileyebilecek anksiyete ve depresyon gibi ruhsal bozuklukların ve ilişkili sosyo-demografik etmenlerin araştırılmasının önemli olduğu kanısını taşımaktayız.

İletişim: Dr. Reha Demirel

E-posta: rehademirel@yahoo.com

Kaynaklar

- 1- Schwebel DC, Severson J, Ball KK, Rizzo M. Individual difference factors in risky driving: The roles of anger/hostility, conscientiousness, and sensation-seeking. *Accid Anal Prev* 2006; 38: 801-810.
- 2- Oltegal S, Rundmo T. The effects of personality and gender on risky driving behaviour and accident involvement. *Safety Science* 2006; 44: 621-628.
- 3- Jonah BA. Sensation seeking and risky driving: a review and synthesis of the literature. *Accid Anal Prev* 1997; 29: 651-665.
- 4- Dahlen ER, Martin RC, Ragan K, Kuhlman MM. Driving anger, sensation seeking, impulsiveness, and boredom proneness in the prediction of unsafe driving. *Accid Anal Prev* 2005; 37: 341-348.
- 5- Morrow PC, Crum MR. Antecedents of fatigue, close calls, and crashes among commercial motor-vehicle drivers. *J Safety Res* 2004; 35: 59-69.
- 6- Sabbagh-Ehrlich S, Friedman L, Richter ED. Working conditions and fatigue in Professional truck drivers at Israeli ports. *Inj Prev* 2005; 11: 110-114.
- 7- Kontogiannis T. Patterns of driver stress and coping strategies in a Greek sample and their relationship to aberrant behaviors and traffic accidents. *Accid Anal Prev* 2006; 38: 913-924.
- 8- Belz SM, Robinson GS, Casali JG. Temporal separation and self-rating of alertness as indicators of driver fatigue in commercial motor vehicle operators. *Hum Factors* 2004; 46:154 -169.
- 9- Parmentier G, Chastang JF, Nabi H, Chiron M, Lafont S, Lagarde E. Road mobility and the risk of road traffic accident as a driver: The impact of medical conditions and life events. *Accid Anal Prev* 2005; 37:1121-1134.
- 10- Massie DL, Green PE, Campbell KL. Crash involvement rates by driver gender and the role of average annual mileage, *Accid Anal Prev* 1997, 29: 675-685.
- 11- Janke MK. Accidents, mileage, and the exaggeration of risk. *Accid Anal Prev* 1991; 23: 183-188.
- 12- Donmez B, Boyle LN, Lee JD. The impact of distraction mitigation strategies on driving performance. *Hum Factors* 2006; 48, 785-804.
- 13- Türkçapar H. Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanınış ilişkileri. *Klinik Psikiyatri* 2004; Ek 4:12-16.
- 14- Beck AT. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4: 561-571.
- 15- Hisli N Beck depresyon envanteri'nin geçerliği üzerine bir çalışma. *Türk Psikoloji Dergisi* 1988; 6: 118-126.
- 16- Beck AT, Epstein N, Brown G et al. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J Consul Clin Psychol* 1988; 56: 893-897.
- 17- Ulusoy M, Şahin NH, Erkmen H. Turkish version of the beck anxiety inventory: psychometric properties. *J Cogn Psychother* 1998; 12:163-172.
- 18- Patil SM, Shope JT, Raghunathan TE, Bingham CR. The role of personality characteristics in young adult driving. *Traffic Inj Prev.* 2006; 7: 328-334.
- 19- Neuman TR, Pfefer R, Slack KL, Hardy KK, Raub R, Lucke R, Wark R. A guide for addressing aggressive-driving collisions, report 500, for the transportation research board national cooperative highway research program, Washington, DC. 2003.
- 20- Ertan T. Psikiyatrik bozuklukların epidemiyolojisi. *Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi* 2008; No:62, 25-30.
- 21- Atlan L, Bingöl Ü, Sağırkaya Z, Sarandöl A, Yurtkuran M. Romatoid artritli hastalarda anksiyete ve depresyon. *Romatizma* 2004; 19: 7-13.
- 22- Temel E, Bahar A, Çuhadar D. Öğrenci hemşirelerin stresle baş etme tarzları ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2007; 2:107-118.
- 23- Açıık Y, Güngör L, Kuloğlu M, Atmaca M, Güngör MY, Oğuzöncül AF. Orta ve ileri yaşlardaki kadınlarda depresyon belirtileri sıklığı ve etkileyen faktörler. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi* 2003; 20:10-15.
- 24- Karacam Z, Ançel G. Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in a Turkish population. *Midwifery* 2007; doi:10.1016/j.midw. 2007.03.006.
- 25- Ayvaz S, Hocoğlu Ç, Tiryaki A, Ak İ. Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006; 17: 243-251.
- 26- Kara B, Çakmaklı P, Nacak E, Türeci F. Doğum sonrası depresyon. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2001; 10: 333-334.
- 27- Bahar A, Tutkun H, Sertbaş G. Huzurevinde yaşayan yaşlıların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005; 6: 227-239.
- 28- Varma GS, Oğuzhanoğlu NK, Amuk T, Ateşçi F. Huzurevindeki yaşlılarda depresyon sıklığı ve ilişkili risk etmenleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2008;11:25-32.
- 29- Dönmez L, Dedeoğlu N, Özcan E. Sağlık ocaklarına başvuranlarda ruhsal bozukluklar. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2000; 11:198-203.
- 30- Budakoğlu II, Maral I, Coşar B, Biri A, Bumin M A. 15 yaş üzeri kadınlarda anksiyete sıklığı ve gelişimini etkileyen faktörler. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi* 2005; 2: 92-97.
- 31- Shinar D, Compton R. Aggressive driving: an observational study of driver, vehicle, and situational variables. *Accid Anal Prev* 2004; 36: 429-437.
- 32- Groeger JA, Brown ID. Assessing one's own and others' driving ability: influence of sex, age, and experience. *Accid Anal Prev* 1989; 21: 155-168.
- 33- Dejoy DM. An examination of gender differences in traffic accident risk perception. *Accid Anal Prev* 1992; 24: 237-246.
- 34- Uncu Y, Bayram N, Bilgel N. Job related affective well-being among primary health care physicians. *Eur J Public Health* 2007; 17: 514-519.



İnt. Dr. Emrah Şeyhoğlu*

Öz

Mitoloji ve tıp. Biri, bilinmeyene uydurulan söylencelerle yanıt verirken; diğeri bilinmeyene bilimsel yöntemlerle açıklama getiriyor. Apayrı yöntemleri kullanan ikisi arasında nasıl bir ilişki olabilir ki?

Aslında tıp ve mitolojiyi, ilk zamanlarda el ele tutuşmuş aşıklar gibi düşünebiliriz. Eski çağlarda hastalıkların, tanrıların bir cezası olduğu düşünülüyordu. İnsanlar, hastalandıklarında onlardan önce yaşamış insanların yarattığı tanrılara kurbanlar adıyorlardı. Çeşitli ayınların yardımıyla kötü ruhlardan arınıyor, sağlıklarına kavuşmaya çalışıyorlardı.

Zamanla iki sevgilinin, tıp ve mitolojinin arasında felsefe girdi. İnsan, bedenindeki ve çevresindeki değişikliklere söylencelerle yanıt vermeyi yetersiz gördü. Sordu, sorguladı, mantıklı açıklamalar getirmeye çalıştı. Felsefe, bilimi doğurdu. Bilim, tıbbi ilk aşkın kollarından çekiverdi. Böylece söylence ve tıp, bir daha kavuşmamak üzere birbirlerinden ayrıldı. Artık günümüzde tıp ve mitoloji, kendi yollarına devam eden iki ayrı alan. Ancak gerek tıbbın simgesinde gerek kullanılan kimi tıp terimlerinde, birbirlerinde bıraktıkları izleri görmek hala olanaklı.

Anahtar sözcükler: Tıp, Tıp tarihi, Mitoloji.

Tıp ve Mitoloji

Tıp ve mitoloji. İki ayrı dipsiz kuyu, iki ayrı bilgi okyanusu. İkisi için de yapılacak tanımların eksik bir yönü kalacaktır mutlaka. Ancak yine de bu sözcüklerin kökenlerine ve tanımlarına bakmakta yarar var.

Mythos, eski Yunancada "söz" anlamına geliyor. Fransızca aracılığıyla dilimize "*mit*" olarak geçmiş bir sözcük. "Mit", Türk Dil Kurumu'nun hazırladığı sözlükte şöyle tanımlanmış: "Geleneksel olarak yayılan ya da toplumun hayal gücü etkisiyle biçim değiştiren, tanrı, tanrıça, evrenin doğuşu ile ilgili hayali, alegorik bir anlatımı olan halk öyküsü, mitos." (1).

Logia, yine eski Yunancada "bilim" anlamına gelen bir son ek. O zaman "mitoloji"; *mythos* ve *logia* sözcüklerinden oluşan, "efsaneler bilimi" anlamına gelen bileşik bir sözcük mü? Yazar Azra Erhat'a göre bu sorunun yanıtı hem evet, hem hayır:

Abstract

Mythology and medicine. While one answers the unknown with myths that are made up, the other explains the unknown by scientific methods. What kind of a relationship can there be between these two areas which use completely different methods ?

In fact, we can consider medicine and mythology as two sweethearts in the old days, who were holding each other's hands. In ancient times, diseases were thought to be a punishment from the gods. When people got sick, they offered sacrifices to gods which were created by people who had lived before them. By the help of various rituals, they were getting rid of wicked souls and trying to be well again.

In the course of time, philosophy made mischief between medicine and mythology - the two sweethearts. Man found it inadequate to explain the changes seen in the body and in the environment by different myths. He asked questions, examined and tried to come up with logical explanations. Philosophy gave birth to science. Science took medicine away from the arms of its first sweetheart. Thus, mythology and medicine were separated, never to be back together again. Today, medicine and mythology are two different fields that walk on their own separate paths. However, it is still possible to see their mutual effects, as in the symbol of medicine and in some medical terms.

Key words: Medicine, History of medicine, Mythology.

"... *Mythologia* efsaneler bilimi anlamına gelmez mi? Hem gelir, hem gelmez. Erken ilköğretimde *mythologeın* diye bir fiil vardır, masal anlatmak demektir, sözlü gelenekle dilden dile aktarılan efsanelerin ozanlarca sürdürülmesini de belirtir. *Mythologia* kavramı da aynı anlama gelir. Hem masal ve efsanelerin toplandığı kitap için, hem de ilköğretim sonlarında *mythographos*, yani *mythos* yazarı denilen derleyicilerin yaptığı iş için kullanılır..." (1).

Peki; eski çağların insanları, durup dururken mi söylenceler yaratmaya başladı? Elbette hayır! Öyleyse, onları söylenceler yaratmaya iten güç neydi?

Doğayı korkuyla gözlemleyen insan; doğal olaylar karşısında zayıf kalınca çareler aradı.

Korktuğuna sığınmayı kurtuluş saydı. Tanrılar aradı kendine. Kötülüklerden korunmak için kendi yarattığı tanrılara sığındı. Aynı zamanda yarattığı inançların yaşamına biçim vermesini engelleyemedi. Yaşamını inançları doğrultusunda sürdürdü. Doğanın karşısındaki zayıflığını doğaya taparak yenebileceğini düşündü. Tanrılara adayacağı adaklarla kötülüklerden korunacağına inandı ve bu inançla yaşama sarıldı. Konuşmaya başlayan insan, söylenceler yarattı. Kendi yarattığı söylencelere inandı (2).

Mitolojiyi tanımladıktan sonra gelelim "Tıp" kavramına: "Tıp" sözcüğünün, eski Mısır'ın en önemli sağlık merkezi "Teb (*Thebai*)" kentinin adından köken aldığı düşünülüyor (3). Tanımını ise şöyle verebiliriz: "İnsan sağlığının sürdürülmesi ya da bozulan sağlığın düzeltilmesi için uğraşan; hastalıklara tanı koymaya, hastalıkları sağaltmaya, (insanları) hastalık ve yaralanmalardan korumaya yönelik çalışmalarda bulunan; birçok alt bilim dalından oluşan bilimsel disiplinlerin şemsiye adı. Hem bir bilgi alanı –vücut sistemlerinin, bunların hastalıklarının ve hastalıkların tedavilerinin bilimi– hem de bu bilginin uygulandığı meslek" (4).

Mitoloji ve tıp. Biri, bilinmeyene uydurulan söylencelerle yanıt vermiş; diğeri, bilimsel yöntemlerle açıklama getirmiş iki ayrı alan. Apayrı yöntemleri benimseyen ikisi arasında nasıl bir ilişki olabilir ki?

Aslında tıp ve mitolojiyi, ilk zamanlarda el ele tutuşmuş aşıklar gibi düşünebiliriz. Eski çağlarda hastalıkların, tanrıların bir cezası olduğu düşünülüyordu. İnsanlar, hastalandıklarında onlardan önce yaşamış insanların yarattığı tanrılara kurbanlar adıyorlardı. Çareyi sihirbaz, büyücü ve falcılarda arıyorlardı. Çeşitli ayinlerle kötü ruhlardan arınıp sağlıklarına kavuşmaya çalışıyorlardı. Hekimler, halkın gözünde yarı tanrı olarak görülüyordu. Eski Mısır ve Sümer yazıtlarında geçen yarı din adamı, yarı hekimler bunun en güzel kanıtı.

Zaman geçtikçe iki sevgilinin, tıp ve mitolojinin arasına felsefe girdi. İnsan, bedenindeki ve çevresindeki değişikliklere söylencelerle yanıt vermeyi yetersiz gördü. Sordu, sorguladı, mantıklı açıklamalar getirmeye çalıştı. Felsefe, bilimi doğurdu. Bilim, tıbbi ilk aşkın kollarından çekiverdi. Böylece söylence ve tıp, bir daha kavuşmamak üzere

birbirinden ayrıldı. Artık günümüzde tıp ve mitoloji, kendi yollarına devam eden iki ayrı alan. Ancak birbirlerinde bıraktıkları izleri görmek hala olanaklı. Nasıl mı? Tıbbın simgesinden başlayalım önce.

Tıbbın Simgesi: Yılan

Bir asa, asaya sarılmış bir yılan; birbirine sarılmış iki yılan ya da bir asaya sarılmış iki yılan ve tepede bir çift kanat... Çeşitli sağlık kuruluşlarının, Dünya Sağlık Örgütü'nün, TC Sağlık Bakanlığı'nın, Türk Tabipleri Birliği'nin ve çoğu tıp fakültesinin amblemlerinde bu figürler kullanılır. İnsan sağlığıyla uğraşan bir mesleğin, kimi zaman zehriyle öldürücü olabilen bir hayvanı simge olarak seçmesi neye bağlanabilir? Elbette mitolojiye!

Yılan, eski çağlardan beri gizemli, korkulan, saygı uyandıran bir canlıdır. Birçok söylencede kutsal olduğu söylenir. Elleri ve ayakları yoktur; ama çok hızlı hareket edebilir. Yaşam alanı çok geniş bir hayvandır. Doğanın sırlarını bilir. Zehiri öldürücü olduğu gibi, derman da verebilir. Derisini değiştirip kendini sürekli yeniler. Yani birçok özellik, yılanı toplanmıştır (6).

Yılanın tıp simgesi olarak ilk kez Sümerler'de kullanıldığı düşünülmektedir. Sümer tanrılarında biri olan Ningişzida'nın adının anlamı 'Yaşam Ağacının Hakimi'dir. Bu yüzden Ningişzida, ağaca sarılmış biri erkek biri dişi iki yılan figürü ile betimlenmiştir. Bu figürde sopa yaşamı, yılan ise gençliği simgeler. Figür, çağlar boyunca çeşitli uygarlıklarda yalnız sopa ya da sopa-yılan, ya da birbirine sarılmış iki yılan şeklinde koruyucu



ve sağlık verici bir figür olarak kullanılmıştır. Ayrıca Asklepios söylencesinden günümüze değin hekimliğin simgesi olmuştur (4).

Yunan mitolojisinin sağlık ve hekimlik tanrısı Asklepios'un öyküsüne bakmaya ne dersiniz?

Thessalia kralının kızı Koronis, Apollon'a aşık olur ve ondan gebe kalır. Ancak Koronis, Apollon'un çocuğunu karnında taşıırken Arkadyalı bir yabancıyla sevişir. Bu olayı duyan Apollon, sevgilisini korkunç bir cezaya çarptırır: Koronis, bir odun yığınının üstünde diri diri yakılacaktır. Alevler, Koronis'i yakmaya başlar. Bu sırada Apollon, çocuğunun yok olmasına katlanamaz. Ölü karısının karnından çocuğunu çıkarır ve bakması için at adam Kheiron'a verir. Kheiron; doğanın içinde yaşayan, doğanın sırlarını bilen bir yaratıktır. Asklepios; onun yanında usta bir hekim olarak yetişir, hekimliğin ve cerrahliğın tüm sırlarını öğrenir. Ancak Asklepios bununla kalmaz, ölüleri bile diriltmeye başlar. Tanrıların tanrısı Zeus, doğal düzene aykırı davranan hekim tanrının gücünü kıskanır, bu haddini bilmezliği cezasız bırakmaz. Asklepios'u yıldırımlarla öldürür. Apollon da oğlunun öcünü almak için, Zeus'a yıldırımları bağışlayan Kyklop'ları öldürür. Sonra da Asklepios'u gökte yıldızlar arasına yerleştirir (2).



"Asklepios" <http://tr.wikipedia.org>

Asklepios, heykellerinde bir asaya sarılı yılanla birlikte gösterilir. Ayrıca gümüş tas, köpek ve horoz; kimi Asklepios heykellerinde tamamlayıcı öğeler olarak göze çarpar. Çünkü söylenceye göre Asklepios her zaman yılanlı asasıyla, gümüş tasıyla; yanında horozu ve köpeğiyle gezermiş (6). Bu figürlerin anlamı nedir?

Gümüş tas, Asklepios'un ilaçlarını hazırladığı taktır. Gümüş, ilacın içine zehirli bir madde karıştığında karararak hekimin zehri fark etmesini sağlar. Bu figür günümüzde, eczacılar tarafından kullanılır. Horoz, uyanıklığın simgesidir ve güneşin doğacağını haber verir. Köpek, yılanla aynı ruhu taşıır ve olağanüstü şifaların simgesidir. Ayrıca Asklepios'un babası Apollon'un kutsal hayvanıdır (6). Gelelim ana figürlere: Asa ve yılan.

Asa, hastalarına giderken Asklepios'a destek olur; asasına yaslanan Asklepios, ondan güç alır; yorulmadan hastadan hastaya koşarmış. Asa, hekimin yorulduğu zaman destek aldığı bir sopadır. Ayrıca tıp eğitiminin uzun sürdüğünü, hekimin yaşlanıp asaya dayanıncaya değin öğrenmeye ve deneyim kazanmaya gereksinim duyduğunu simgeler. Asklepios heykelinin asadan sonraki en önemli figürü yılanıdır. Asklepios'a göre hekim, yılan gibi dilsiz olmalı, kimsenin sırrını başkalarıyla paylaşmamalı, sakin ve sabırlı çalışmalıdır. Ayrıca iyilik tanrılarının simgesi asa, kötülük tanrılarıninki yılanıdır. Asaya sarılmış yılan, iyilik ve kötülük tanrılarının bir araya gelmesini anlatır. Bunlardan dolayı Asklepios'un asası, üzerine sarılı yılanla birlikte sağlık bilimlerini temsil eder (4,6).

Sağlık bilimlerini simgeleyen bir diğer figür, bir asa etrafında birbirlerine sarılmış iki yılanıdır. Bu asa, Yunan mitolojisindeki haber tanrısı Hermes'in değneği Caduceus'tur (4). Öyküsüne gelince:

Zeus'un haşarı oğlu Hermes, doğduğu günün akşamı kundağından kalkıp mağarasından dışarı çıkar. Mağarasının önündeki bir kaplumbağayı öldürür, kabuğunun içini boşaltır, kabuğa koyun bağırsağından yedi tel gerer. Yaptığı gitardan hoş sesler çıkararak eğlenir. Bir süre sonra canı sıkılır ve ovada gezen inek sürülerini bulup elli inek çalar. Kutsal hayvanları bir mağaraya kapattıktan sonra gider, gene masum bir bebek gibi kundağına girer. Sabah olunca

Asklepios'a göre hekim, yılan gibi dilsiz olmalı, kimsenin sırrını başkalarıyla paylaşmamalı, sakin ve sabırlı çalışmalıdır.

Apollon, sürülerinin eksildiğini görür. Hermes'i inekleri çalarken gören bir ihtiyarı sorguya çeker, gerçeği öğrenir. Gelip Hermes'i beşiğinde bulur ve inekleri geri ister. Bebek Hermes, suçsuz olduğuna ant içer; ama o sırada Apollon, onu kolundan tutup sarsınca Hermes yellenir. Apollon, Hermes'in yaptığına çok güler ve durumu Zeus'un yargıçlığına bırakır. Zeus, karar verir: Hermes, ineklerin yerini gösterecektir. Apollon, mağaraya gelince Hermes'in yaptığı gitarı görür ve gitarın çıkardığı seslerden büyülenir. Gitarı alıp inekleri bırakmaya razı olur. Gitarını veren Hermes, onun yerine bir kaval yapar. Kavalı da çok beğenen Apollon, Hermes'e sihirli bir altın değnek verip kavalı alır (2). Değnek, uyuşmazlık içinde olan herhangi iki şeyi uzlaştırma gücüne sahiptir. Hermes, deneme amacıyla yeni sopasını birbirlerine öfkeyle tıslayan iki yılanın arasına sokar. Yılanlar, tıslamayı bırakıp değneğe sarılırlar ve o günden sonra hep orada kalırlar (6).

Türk Tabipleri Birliği, Hermes'in iki yılanla sarılı değneğini simge olarak kullanmaktadır. Bu değneğin üzerinde bir çift kanat da yer alır. Pakistan ve Brezilya'da kimi sağlık kuruluşlarınca da kullanılan kanatlı Ceduceus'taki kanatlar, Orta Asya mitolojisinde ve şaman inancında geçen puhu kuşuna aittir. Söylencelere göre puhu kuşu; yaratıcı ile insanlar arasında aracılık eder, insanları kötü ruhlara karşı korumuş. Şamanın; puhu kuşu gibi insanlara görüldüğünü düşünenler, yanlarında bu kuşu beslerlermiş (6).

Eski Türkler'de de yılanın, mutluluk ve sağlık simgesi olduğunu görürüz. Selçuklular döneminde hastanelerin girişinde kullanılan çift yılan, bunun en güzel örneğidir. Bu nedenle 1936 yılında Türk Tıp Tarihi'nin kurucusu Ord. Prof. Dr. Süheyl Ünver, Çankırı Darüşşifası'nda bulunan bir taş üzerindeki çifte yılanın simge olarak kullanılmasını önermiş, önerisi 1937'de kabul edilmiştir. 1956 yılında da Dünya Tıp Birliği, iki yılan figürünü birliğin sembolü olarak benimsemiştir (4,6).

Simgesi söylencelerden gelen bir alanda, yine kimi kavramların söylencelerin etkisiyle adlandırılması bizi şaşırtmamalı. Tıpla ilgili kimi terimlerde özellikle Yunan mitolojisinin etkileri açıkça görülür. Nasıl mı?

Eski Yunan Mitolojisi ve Kimi Tıp Terimleri

Günümüzde "sağlık bilgisi, sağlık koruma"

anlamına gelen "hijyen" sözcüğü (1); Asklepios'un kızı Hygieia (Hijiya)'nın adından kökenlenmiştir. Adı, eski Yunancada "sağlık" anlamına gelen Hygieia; söylenceye göre Asklepios'un kızı ve yardımcısıymış. Hygieia, yalnız hasta insanlara değil hayvanlara da bakar; dertlerine deva bulurmuş (2).

Gözümüze rengini veren İris tabakası da mitolojinin iz bıraktıklarından. Kornea'nın arkasında, göz merceğinin önünde yer alan, ortasında gözbebeğinin bulunduğu iris; içerdiği kas lifleriyle gözbebeğini küçültüp büyültür. İris'in içerdiği pigment miktarı, gözün rengini belirler (7). Yunan mitolojisinde gökkuşağını simgeleyen tanrının adı da İris'tir. Kendisine verilen buyrukları harfi harfine yerine getiren İris, tanrıların ulaştırıcısıdır. Gökkuşağının renklerini yansıtan kanatlara sahip İris; "ayağı tez", "yel gibi uçan" diye nitelendirilir (2).

Gözbebeğimizi, gelen uyarılara göre anında küçültüp küçültten İris'e ne kadar da yakışan benzetmeler!

Tıpta, omurganın ilk kemiğinin, birinci boyun omurunun adı Atlas'tır. Atlas, Yunan mitolojisinin isyankar çocuğudur. Babası bir titan (dev) olan güçlü Atlas, Olympos'taki tanrılara baş kaldırdı. Bunun üzerine Zeus, Atlas'ı cezalandırır. Mitos yazarı Hesiodos, Theogonia'da bu durumu şöyle anlatır (Theog. 507 vd): "... Çılgınlığı yüzünden ve aşırı gücü yüzünden/Atlas zorlu bir baskı altında kaldı./Dünyanın bittiği bir yerlerde,/güzel sesli akşam perilerinin karşısında/dimdik durup ayakta tutuyor göğü/başı ve yorulmaz kolları üstünde./Akıllı Zeus'un ona ayırdığı kader bu." (2) Bir yanda başı ve kolları üzerinde Dünya'yı taşıyan tanrı Atlas; bir yanda kafatasıyla eklem yapıp kafatasını taşıyor gibi görünen kemik Atlas. Halkımızın sık kullandığı sözü anımsatıyor: "Teşbihte hata olmaz." (!)

Halk arasında kızlık zarı denen, bakire bayanlarda vagina girişini kısmen kapatan, fibröz bağ dokusundan oluşmuş, her iki yüzü epitelle örtülü zarın tıptaki adı "himen" dir (7). Bu sözcüğün, "Gölgelerin gücü adına" diyen çizgi film kahramanı Himen ile bir bağlantısı yok. Zar, Yunan mitolojisindeki düğün tanrısı Hymenaios'tan esinlenilerek adlandırılmış. Söylenceye göre Hymenaios, o kadar güzeldir ki bir gün kızların arasına girince erkek olduğu anlaşılmaz. Sonra korsanlar kızları kaçırdı, Hymenaios korsanların hepsini öldürür, kızları kurtarıp ailelerine teslim eder. O günden sonra halk; düğün gecelerinde kurtarıcı Hymenaios

adına türküler yakar, onun güzelliğini över (2).

Yunan mitolojisinin ünlü kahramanı Akhilleus (Aşil) da tıbbi etkileyenlerden. Söylenceye göre Zeus, deniz tanrıçası Thetis'e aşık olur; hatta onunla evlenmeyi bile düşünür. Ancak bir bilici, Zeus'a haber verir: Thetis'ten doğacak çocuk, babasından daha güçlü olacaktır. Bunun üzerine tanrılar, Thetis'i bir ölümlüyle evlendirmekten başka çare bulamazlar ve Thetis'e koca olarak Phthia kralı Peleus'u seçerler. Thetis ve Peleus'un birçok çocuğu olur. Thetis, çocuklarının ölümlü olmasına çok üzülmemektedir. Bu yüzden çocuklarını, üzerlerindeki ölümlülük tohumlarını yok etsin diye ateşe tutar. Birçok çocuğu böyle ölür Thetis'in. Bir gece Peleus uyanır ve çocukları Akhilleus'u ateşe tutan karısını yakalar. Peleus çok kızar, Akhilleus'u Thetis'in elinden alır ve Thetis'i kovar. Zaten bir ölümlüyle evli olmaktan utanan Thetis, denizin derinliklerine dalar ve bir daha görünmez. Peleus, Akhilleus'u kurtarmıştır; ama çocuğun dudakları ve sağ aşık (topuk) kemiği de yanmıştır. Peleus, iyileştirmesi için oğlunu at adam Kheiron'a verir. Kheiron da yanan kemiği, koşmakta üstüne olmayan bir devin iskeletinden aldığı kemikle değiştirir. Böylece Akhilleus, hızlı bir koşucu olur. Başka bir söylenceye göreyse Thetis, gövdesini silah işlemez duruma getirmek için Akhilleus'u Styks Irmağı'na batırır. Ancak annesi, topuğundan tuttuğu için Akhilleus, yalnızca orasından yara alabilecektir. Akhilleus, sonradan topuğundan vurularak öldürülür (2). Gelelim Akhilleus'un tıpla ilişkisine: Baldırımızın arkasındaki kaslar, ortak bir kiriş (tendon) oluşturarak topuk kemiğine tutunur. Topuğumuzun hemen üstünde elimizle hissedebildiğimiz bu sert kiriş,

tıpta "Aşil Tendonu" olarak geçer.

Eski Yunan mitolojisiyle ilişkili bir diğer terim, hipnozdur. "Etki altına alıcı bakış, dikkati belli bir şey üzerinde yoğunlaştırma, telkin vb. yöntemlerle ya da ilaçla yapay olarak oluşturulan, kişide bilinç baskısının azalışı sonucu telkine yatkınlık, uzak geçmişini anımsama yeteneğinin artışı, ileri derecede gevşeme, ağrıya duyarlılığın azalışı ve dış uyartılara kayıtsızlıkla belirgin, uykuya benzer durum" (7) diye tanımlanan hipnoz, mitolojideki uyku tanrısı Hypnos'tan gelmektedir. Söylenceye Hypnos; çoban Endymion'a tutulur ve kendisini geceleri de doyasıya görebilsin diye çobanın, gözleri açık uyumasını sağlar (2).

Gelelim bir klinik belirtiyeye: Kimi hastalıklar, karındaki yüzeysel toplar damarları belirginleştirir. Toplar damarlar, bozulan kan akımı nedeniyle göbek çukuru çevresinde ışınal kıvrımlar oluşturur. Damar kıvrımlarının oluşturduğu bu görüntüye "Medusa başı görünümü" denir. Latince adıyla "Caput Medusae" olarak geçen bu klinik belirti, yine hoş bir benzetmenin ürünüdür. Yunan mitolojisinde canavar kızlar olarak geçen Gorgo'lar, korkunç görünüşleriyle meşhurdur. Saçları yılanlarla örülü, alınlarında domuz dişleri fıskıran, tunç elleri ve uçmak için altın kanatları olan bu yaratıkların en ünlüsü Medusa'dır (2). Hekimler de, göbek çevresinde toplar damarların oluşturduğu görüntüyü Medusa'nın yılanlı başına benzetir.

Yunan mitolojisinde geçen başka bir söylenceye, genç Hermaphroditos'un öyküsüne bakalım: Tanrı Hermes ve tanrıça Aphrodite'in bir oğlu olmuş, kendi adlarını birleştirerek Hermaphroditos adını vermişler ona. Oğlan; on beş yaşına gelince duramamış, başını alıp dünyayı gezmeye çıkmış. Yolu Salmakis'in gölüne düşmüş. Bugün Bodrum yakınlarında "Bardakçı" diye anılan bu tatlı su kaynağında, Salmakis adlı güzeller güzeli bir su perisi yaşarmış. Salmakis, Hermaphroditos'u görünce vurulmuş ona. Yanına gidip delikanlının güzelliğine övgüler yağdırmış. Utanan Hermaphroditos, kızı terslemiş. İçi burkulan Salmakis, çalılarının ardına gizlenmiş. Yalnız kaldığını düşünen Hermaphroditos, çırılçıplak göle girmiş. Bunu gören Salmakis, hemen suya atlamış ve Hermaphroditos'u sıkıca sarmalamış. Hermaphroditos kurtulmak için çırpınırken su perisi, tanrılara yakarmış:



"Medusa" <http://img2.blogcu.com>

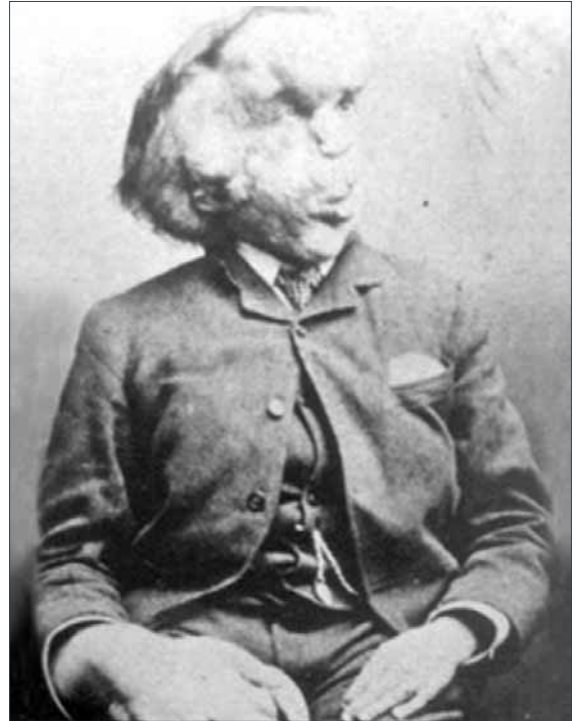
"Size yalvarırım, ikimizi birbirimize kavuşturun!" Tanrılar, su perisinin dileğini duymuşlar; kızla erkeğin iki gövdesini bir tek gövdede birleştirmişler; öyle ki o gövde ne erkek ne dişi, aynı zamanda hem erkek, hem dişi olmuş (2). Tıpta; vücudunda her iki cinsiyete ait cinsiyet bezi (testis ve ovaryum) bulunması nedeniyle hem erkek hem kadın özellikleri gösteren, çift cinsiyetli kişilere "hermafrodit" denmesi (7), bu Salmakis söylencesinden kaynaklanır.

Bereket tanrısı Priapos da, tıbbi esin kaynağı olan tanrılardan. Bağları ve bahçeleri kem gözlere karşı koruyan bu tanrının göze çarpan niteliği phallos'u, yani erkeklik uzvuymuş. Birçok müzede heykellerini görebileceğimiz, yamrı yumru bir adamcık olarak betimlenen Priapos'un uzvu neredeyse kendisi kadar uzun ve yukarıya doğru kıvrık olarak gösterilir. Kulaktan kulağa yayılan hakkındaki söylencelerden biriyle şöyle: Priapos, bir bağbozumu şenliğinde çok içmiş ve şenlikte rastladığı bir kıza aşık olmuş. Herkes uykuya çekilince kızın yanına sokulmuş, tam muradına ermek üzereyken bir eşek anırmış. Kız uyanmış ve kaçmış. Priapos da olduğu yerde ve durumda kalakalmış, herkese alay konusu olmuş (2). Söylencenin etkisinde kalan bilim çevreleri de cinsel uyarı olmaksızın erkeklik uzvunun devamlı dik bir biçimde kaldığı patolojik duruma "priyapizm (priapism)" demiş (!) (7).

Bir hastalık var ki o da mitolojiden nasibini alanlardan: Ondine Laneti. Merkezi solunum yetmezliği olan Ondine Laneti için Dr. Frank Vertosick'in "Beynine Bir Kez Hava Değmeye Görsün" kitabında yazdıklarına bakalım: "... Ondine'in laneti, alt beyin sapında, medullada, meydana gelen bir felcin sonucunda ortaya çıkar... Soluk alma merkezi burada yer alır. Bildiğiniz gibi biz ya bilinçli olarak soluk alırsız ya da bilinçsiz olarak, soluk almayı düşünmeden. Eğer beynimizde solumayı denetleyen merkezimiz arızalanmışsa, otomatik olarak soluk alamayız; her nefes alışımızı düşünerek yapmak zorunda kalırız. Solumayı düşünmediğimizde solunumumuz durur. Bu kadar basit... Ondine kimdi? Queen Street'teki bir nörolog muydu? Hayır... Ondine, tanrıları kızdıran, eski Yunan mitolojisindeki bir periydi, Zeus tarafından her soluk alışını düşünerek yapma cezasına çarptırılmıştı. Bir daha hiç uyuyamayacaktı,

çünkü uyku onun için ölüm demektir. Esaslı lanet değil mi?" (8). Esaslı bir ilişkilendirme, değil mi?

Ender rastlanan "*Proteus Sendromu*" da tıbbi mitoloji etkileşiminin en güzel örneklerinden. Proteus, Mısır'da Nil ırmağının ağzına yerleşmiş ihtiyar bir tanrıdır. Görevi, Poseidon'un fok balıklarına ve denizdeki diğer yaratıklara bekçilik etmektir. Troya dönüşü Menelaos, Helene ile Mısır'a vardıklarında uzun süre denize açılmazlar. Menelaos, yollarını bağlayan tanrının kim olduğunu ve bu bağı nasıl çözeceklerini merak etmektedir. Ancak denizin her halini bilen bu tanrı; pusuya düşürülmeden, sıkıştırılmadan sırlarını açıklamaz. Sırrı ihtiyardan öğrenme yolunu, ihtiyarın kızına soran Menelaos şu cevabı alır: "...ne yaparsa yapsın koyvermeyin, tutun sınımsız./ Her kılığa girecek, her biçimi alacak, benzeyecek yerde sürünen tek mil hayvanlara,/ su olup akacak, ateş olup yanacak,/ bırakmayın sakın, tutun daha sıkı./ Ne zaman dile gelip başlarsa konuşmaya, zoru bırakın, çözün bağlarını,/ sor ona yiğidim, başına bu dertleri ören kim,/ sor nasıl döneceğini balıklı denizde." Bunu öğrenen Menelaos ve arkadaşları bir yere saklanırlar ve Proteus, fokların arasına yatıp uykuya dalacakken onu yakalarlar. Proteus aslan, ejderha, pars, domuz



"Fil Adam" (Proteus Sendromu)
<http://upload.wikimedia.org>

kılığına girer; fayda vermeyince su olur, ağaç olur ama sonunda sırlarını açar ve Menelaos'a yolu gösterir (2). Peki *Proteus Sendromu* nedir? Belli başlı bulguları orantısız, asimetrik büyüme; serebriform bağ dokusu nevüsleri; epidermal nevüsler; disregüle yağ dokusu; kapiller, venöz ve lenfatik malformasyonlar olan; vücudun çeşitli bölümlerinin asimetrik ve orantısız biçimde aşırı büyümesi ile karakterize sporadik, nadir görülen multisistemik bir hastalıktır (9). Adını da şekil değiştirip, çeşitli yaratıklara dönüşebilen ihtiyaç tanrının adından almıştır.

Eski Yunan Mitolojisi ve Psikiyatri

Psikiyatri ve Klinik Psikoloji, tıbbın alt bilim dalları olduğuna göre bu alanlarda da mitolojinin izlerine rastlamak bizi şaşırtmaz herhalde. Oidipus Kompleksi, Elektra Kompleksi, Medea Kompleksi, Orestes Kompleksi, Phaidra Kompleksi... vb. mitolojinin bıraktığı izlerin en güzel örnekleri. Komplekslere adını veren kahramanların her birinin ayrı bir öyküsü var. Gelin, en ünlü komplekse adını veren Oidipus'un söylencesini gözden geçirelim: Oidipus, Thebai kralı Laios'un oğludur. Annesi İokaste'dir. İokaste, gebeyken bir düş görür. Bilici, bu düşü şöyle yorumlar: Kraliçenin karnında taşıdığı çocuk, babasını öldürecektir. Bebek doğunca ayak bilekleri delinip içinden bir kayış geçirilerek dağa bırakılır. Ayağı şiş anlamına gelen Oidipus adı da oradan. Bebeği bir çoban bulur ve Korinthos kralına verir. Kral ve kraliçenin çocukları yoktur, Oidipus'u öz çocukları gibi büyütürler. Oidipus, ergenlik çağına gelince bir dedikodu duyar; kralın oğlu değil de bulunmuş bir çocukmuş diye. Gerçeği tanrı Apollon'dan öğrenmek için bilicilerin merkezi Delphoi'ye gider. Bilici, Oidipus'a babasını öldüreceğini ve annesiyle evleneceğini söyler. Sinirlenen Oidipus, Korinthos'a dönmek istemez, yollara düşer. Thebai yakınlarında bir geçitte arabalı bir adama rastlar. İki kimin çekilip yol vereceği konusunda kavgaya tutuşur. Zaten bilicinin dediklerinden ötürü sinirli olan Oidipus, adamı ve arabasını öldürür. Olaydan sonra Thebai'ye varır. Sphinks adlı canavar şehirde korku salmakta, sorduğu bilmecelere yanıt veremeyenleri parçalayıp yemektedir. Sorular da şunlardır: Kimi zaman iki, kimi zaman üç, kimi zaman dört ayak üstünde yürüyen ve doğal yasalara karşıt olarak en çok ayağı olduğu zaman en güçsüz olan yaratık

nedir? İki kız kardeşirler, biri ötekini doğurur ve ikincisi birincisinden doğmadır. Oidipus birinci bilmeceye insan, ikinciye de gün ve gece diyerek doğru yanıtları verir. Canavar tünediği kayalardan atlayarak intihar eder. Rahat bir nefes alan Thebai halkı, kurtarıcı bildiği Oidipus'a Laios'tan boş kalan taçla birlikte dul kraliçe İokaste'yi verir. Oidipus, bir daha anasının babasının yanına, Korinthos'a dönmek için kral olur ve İokaste ile evlenerek dört çocuk sahibi olur. Yıllar sonra, Thebai'de veba salgını başlar. Oidipus, salgının nedenini öğrenmesi için kaynını bilicilere gönderir. Gelen yanıt şudur: Kral Laios'un katili bulunmalı ve şehirden sürülmeli. Oidipus hemen araştırmaya koyulur, suçluya tehditlerde bulunur. Biliciye katilin kim olduğunu sorar. Bilici çekinir ve sessiz kalır, aralarında kavga çıkar. Araya giren İokaste, gebeyken gördüğü düşten ve Laios'un bir geçitte öldürüldüğünden söz eder. Oidipus'un içine kuşku düşer. Bu sırada Korinthos'tan bir ulak gelir ve Oidipus'a kralın öldüğünü, tahta çıkması için Korinthos'a çağrıldığını söyler. Oidipus ikileme düşer, babasının ölümü kendi elinden olmamıştır, ama annesi orada olduğu için çekinmektedir. Derken ulak, Korinthos kralının çocuğu olmadığını, saraya bir çoban tarafından getirildiğini söyler. Çoban çağrılıp dinlenir ve gerçek açığa çıkar. Kraliçe, sarayın içine sığınıp canına kıyar. Oidipus da annesi ve karısı olan kadının iğnesiyle gözlerini kör eder (2). Söylenceyle tıptaki kompleksin bağlantısı da kompleksin tanımında gizli; çocuğun, karşı cinsiyetteki ebeveynine karşı aşırı sevgi, kendi cinsiyetindeki ebeveynine karşı rekabet duygusu taşıması, özellikle erkeğin bu tip duygu içinde oluşuyla belirgin, psikoseksüel gelişimin çocukluk dönemine özgü bilinçaltı komplekse Oidipus Kompleksi denir (7).

Mitolojinin psikiyatride bıraktığı bir iz de Narsisistik (Özseveci) Kişilik Bozukluğu'nun adıdır. Kendilerini fiziksel ve ruhsal yönden aşırı beğenen, üstün gören; sürekli beğeni, ilgi ve onay bekleyen; gittikleri her yerde hemen özel ilgi göreceğine, üstün bir yeri hak ettiğine inanan; en güzel, en yakışıklı, en başarılı, en parlak kişi olduğunu düşünen kimselerin dahil edildiği kişilik bozukluğuna Narsisistik Kişilik Bozukluğu denmektedir (10). Adını da nerkis çiçeğine adını veren Narkissos'tan almıştır. Narkissos'un öyküsüne gelince: Narkissos, bir gün ava çıkar. Günün sonunda avın verdiği



Asklepion

yorgunluk ve sıcaklığın verdiği ağırlıkla bir pınarın başına gider. Dalgalarında gümüşlerin oynadığı berrak pınara su içmek için eğilir. Su içtikçe, suya vuran güzelliğini hayran hayran seyre dalar. Kimildamaksızın sudaki aksine bakar bakar... Bilmeden kendini arzular, kendini sever, kendini ister, içinde yanmaya başlayan alevi tutuşturur. Faydasız öpücükler sunar pınara, ellerini çok kez daldırır suya, boşa kavuşur kolları sular da. Pınarın başında kendisine delilerce aşık olan Narkissos bu ateşe daha fazla dayanamaz, acılarını dindirmesi için ölümü ister. Elveda diyerek göçer yeraltına. Göçtüğünden sonra da Styks sularında aksine bakmaktadır hala. Bacıları, ölüsünü almak için pınara gittiklerinde vücut bulamazlar hiçbir yerde, yerinde sarı göbeğini beyaz yaprakların kucakladığı bir çiçek durmaktadır (2).

Örnekleri daha çoğaltabiliriz. Bir hekim, bir tıp fakültesi öğrencisi, tıp bilimine ve mitolojiye ilgi duyan bir kişi; tıp terimlerini ve mitolojiyi biraz deşse kim bilir daha başka hangi izlerle karşılaşır? Belki de anlatmaya sayfalar yetmez. Ancak son noktayı koyma zamanı geldi de geçti.

Sonuç

İki ayrı dal, mitoloji ve tıp. Birlikte koyuldular yola. Biri sürekli dogmalarla hareket etti, biri sonraları bilimsel yöntemi seçti. Geçmişin tutkulu sevgilileri uzaktan, çok

uzaktan birbirlerine bakıyorlar şimdilerde. Geçmişin izlerini yaşatarak. Dileğim; tıbbın dogmatik düşünceye bir daha yer vermemesi, iki eski sevgilinin hep böyle kalmaları, bir daha yan yana gelmemeleri.

Teşekkür:

Yazının dizgisinde ve hazırlanmasında yardımcı olan Stj. Dr. Durmuş Ekin Taşatan'a (Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp-İngilizce Dönem V Öğrencisi), konuya sağladığı katkılar için Stj. Dr. Şükrü Alper Açıkgoz'e (Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp-İngilizce Dönem V Öğrencisi), yazıyı okuyup eleştirilerini sunan Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Deontoloji Anabilim Dalı'ndan Doç. Dr. Serap Şahinoğlu'na ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Deontoloji Anabilim Dalı'ndan Doç. Dr. Nüket Örnek Büken'e teşekkür ederim.

İletişim: İnt. Dr. Emrah Şeyhoğlu

E-posta: seyho85@gmail.com

Kaynaklar

- 1- Türkçe Sözlük, 9. Basım, Ankara, Türk Dil Kurumu Yayınları: 549, 1998, s.1571, s.994
- 2- Azra Erhat, Mitoloji Sözlüğü, 14. Basım, İstanbul, Remzi Kitabevi, Nisan 2006, s.6, s. 62-63, s. 140-141, s. 147, s.162, s.68, s.148, s.24-25, s.149, s.118, s.264-265, s.254, s.226, s.258, s.211-212
- 3- Sibel Öztürk Güntöre, Tıp ve Felsefe, 1. Basım, Adana, Nobel Kitabevleri, 2005, s.1
- 4- Prof. Dr. İ.Hamit Hancı, Yılan Hikayesi, sted, 2005, Cilt:14, Sayı:8, s. 6, 7, 8, 9
- 5- "tıp" sözcüğünün tanımı- <http://tr.wikipedia.org/wiki/T%C4%B1p> [26.12.2008 17:51:52]
- 6- E.Yılmaz, N.Ülbay, "Tıp Sembolü" Araştırma Ödevi, Galatasaray Üniversitesi İletişim Fakültesi Halkla İlişkiler, Reklamcılık ve Tanıtım Modülü, İstanbul, 2002; <http://www.istabip.org.tr/icerik/tip-sembolu-elgiz-yilmaz-nazli-ulbay/> [26.12.2008]
- 7- Prof. Dr. Utkan Kocatürk, Açıklamalı Tıp Terimleri Sözlüğü, 9. Basım, Ankara, 2000, s. 442, s. 395, s.404, s.377, s.690, s.186
- 8- Dr. Frank Vertosick Jr., Beynine Bir Kez Hava Değmeye Görsün, 5. Basım, Ankara, Tübitak Popüler Bilim Kitapları, Ağustos 2005, s. 133-134
- 9- Aydemir Özge, Çultu Kantaroğlu Öge, Tekşam Özlem, Üzümcügil Akın, Utine Eda, Boduroğlu Koray; PP-161 (Ref.0374) Bir olgu sunumu: Proteus Sendromu; <http://www.millipediatri.org.tr/bildiriler/PP-161.htm>
- 10- Prof. Dr. M. Orhan Öztürk, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 10. Basım, Ankara, 2004.

	STED'den	I		Yaşlı Sağlığı	VIII
	STED Yazarlarına Bilgi	II		"Yaşlılıkta Yeterli ve Dengeli Beslenme"	
	Türkiye'nin Sağlığını Okumak			<i>Dr. Neşe Toktaş</i>	
	"Sağlık Harcamaları"	IV		TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2009	X
	TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2008			Dergilerden	XII
	Sonuçlandı	V		<i>Dr. Özen Aşut, İnt. Dr. Yılmaz Yıldız</i>	
	Alandan	VII		Klavyem, Stetoskopum ve Ben	XIII
	"Bitmeyen Umudun Sözü			"Belgelerin yetki çerçevesinde	
	Sağlık Ocakları Kapatılmaz"			değiştirilebilmesi"	
	<i>Dr. Birtürk Özkavak</i>			Ödüllü Bulmaca	XV

STED Yazarlarına Bilgi

Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED), Türk Tabipleri Birliği'nce birinci basamak sağlık hizmeti veren hekimlerin bilgi ve becerilerinin yenilenmesi ve geliştirilmesi amacıyla ayda bir yayımlanan bilimsel, hakemli bir dergi olup 2005 yılı başından beri TÜBİTAK Türk Tıp Dizini'ndedir. STED'de birinci basamağın çalışma alanına giren konularda yapılmış araştırma yazıları, derlemeler, olgu sunumları, sağlık ocağı ve AÇS-AP merkezi gibi birinci basamak kurum tanıtımları ve hekim günlükleri yayımlanır.

Dergide yayımlanacak makalelerin aşağıda belirtilen özellikleri taşıması gerekmektedir:

- Yazılar daha önce başka yerde yayımlanmamış olmalıdır.
- Konuların işlenme biçimi sorun çözümüne yönelik olmalıdır.
- Yazılarda yalın, anlaşılır Türkçe kullanılmalı; Türkçe karşılığı olan yabancı sözcük kullanılmamalıdır.
- Kapsayıcı ve insancıl bir dil kullanılmalı, cinsel ya da ırksal yan tutmadan kaçınılmalıdır.
- Yazılar birinci basamak sağlık hizmetine katkı sağlayacak nitelikte olmalı; bu nedenle konuların en sık rastlanan sorunlara yönelik olmasına, hastalıkların en çok görülen biçim ve yönlerinin vurgulanmasına özen gösterilmelidir.
- Makale, aşağıda belirtilen bölümlerden oluşmalı, bölümlerin her birine yeni bir sayfa ile başlanmalıdır.

1. Başlık Sayfası: Bu sayfada bulunması gerekenler:

- **Başlık:** Kısa (en fazla 90 karakter), yeterince bilgi verici ve ilgi çekici olmalıdır.
- **Yazarlar:** Her yazarın en üst akademik derecesi, çalıştığı kuruluş ve iletişim bilgileri ile adı, ikinci adı varsa baş harfi ve soyadı belirtilmelidir. Yazar olarak gösterilen herkes yazarlığa hak kazanmış olmalıdır. (Bkz, STED Temmuz 2004 ya da www.ttb.org.tr/STED/sted_yazar.pdf)

Yazar sayısı birden fazla ise, altı yazara dek adları yazılmalı, altıncıdan sonraki yazarlar "et al." ya da "ve ark." biçiminde belirtilmelidir.

- Metinle ilgili yazımadan sorumlu yazarın adı, e-posta ve açık adresi.
- Mali destek ve diğer kaynaklar.
- Ana metnin sözcük sayısı.
- Şekil ve tabloların sayısı.

2. Öz (Abstract) ve Anahtar Sözcükler: İkinci sayfada yer alacak öz ve İngilizce özet, çalışmanın ya da araştırmanın amaçları, temel işlemler, başlıca bulgular ve varılan sonuçlar bulunmalıdır. Öz ve İngilizce özet 150-250 sözcükten oluşabilir. İngilizce özet özün aynen çevirisi olmalıdır.

Özün altında üç ile 10 anahtar sözcük yer almalıdır. (Index Medicus'un Medical Subjects Headings [MeSH] başlığı altında "Tıbbi Konu Başlıkları" terimlerini kullanınız. MeSH terimleri yoksa, var olan terimler kullanılabilir.)

3. Giriş: Bu bölümde, makale ile ilgili önbilgiler, amaç, gerekçe belirtilmelidir. Bu bölümde ilgili kaynaklar dışında bilgi verilmemeli, çalışmanın veri ve sonuçları bulunmamalıdır.

Bu bölümün sonunda çalışmanın amacı ve gerekçesi açıklanmalıdır.

4. Gereç ve Yöntem: Bu bölümde çalışmanın gereç ve yöntemi ayrıntılı olarak yer almalıdır. Diğer araştırmacıların aynı sonuçları elde etmeleri için yöntemleri, aygıtları ve işlemleri açıklayınız. Yöntemler için kaynak gösteriniz. Yeni olan yöntemleri tanımlayınız. Etik kurallara uyum konusunda yapılan işleri ve uyulan belgeleri belirtiniz. Kullanılan istatistik yöntemlerini, bilgisayar programını ayrıntılı olarak açıklayınız. Bu bölümde bulgulara yer vermeyiniz.

5. Sonuçlar: Bulguları metin, tablo ve şekiller üzerinde gösteriniz. Metin içinde önemli verileri vurgulayıp özetleyiniz.

Teknik ayrıntılar ek olarak verilebilir. Bulguları, sayı ve yüzde olarak belirtiniz. Verilerin, en uygun tablo, şekil ve grafiklerle gösterilmesi için çaba harcanmalıdır.

6. Tartışma: Çalışmanın yeni ve önemli yönlerini ve çıkan sonuçları vurgulayınız. Bulguların ne anlama geldiğine ve bunların sınırlarına yer verilmelidir. Sonuçların amaçlarla bağlantısı kurulmalıdır. Verilerin tam olarak desteklemediği sonuç ve açıklamalardan kaçınılmalıdır. Öneriler de bu bölümde yer alabilir.

7. Teşekkür: Çalışmaya katkıda bulunanlara, teknik yardımı olanlara, mali ve gereçsel destek verenlere teşekkür edilen bölümdür.

8. Kaynaklar: Kullanılan kaynakların yeni ve aktarılan bilgilerin güncel olmasına dikkat edilmelidir. Kaynakları ana metinde ilk geçtikleri sıraya göre numaralayınız. Ana metin, tablolar ve alt yazılardaki kaynakları rakamlarla (1-2-3) belirtiniz. Dergi adları, Index Medicus'ta kullanıldığı biçimde kısaltılmalıdır. "Yayımlanmamış gözlemler" ve "kişisel görüşmeler" kaynak olarak kullanılamaz. Kaynaklar aşağıda gösterildiği gibi yazılmalıdır.

Tipik dergi makalesi

Vega KJ, Pina I. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. Ann Intern Med 1996; 124: 980-3.

ya da

.... 1996 Jun 1; 124 (11): 980-3.

Kitap

Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany: Delmar Publishers; 1966.

Kitap bölümü

Murray IL. Care of the elderly. In: Taylor RB, ed. Family medicine: principles and practice. 3rd ed. New York: Springer-Verlag; 1988. p.521-32.

Web Sitesi

Clinical evidence on tinnitus. BMS Publishing group. Accessed November 12, 2003, at <http://www.clinicalevidence.com>

Kaynak göstermede diğer özellikler ve özel durumlar için Bkz,
http://www.ttb.org.tr/STED/sted_yazar.pdf

9. Tablolar: Her tabloyu ayrı kağıda çift aralıklı olarak yazınız. Tablolara ana metin içinde ilk geçtikleri sıraya göre numara veriniz. Her tablonun bir başlığı olmalıdır. Tablonun her sütununa kısa ya da kısaltılmış bir başlık koyunuz. Kullanılan standart dışı kısaltmaları ve açıklayıcı bilgileri dipnotta veriniz. Dipnotlar için sırayla kullanılacak simgeler: *, †, ‡, §, ||, **, ††, ??

Tablo içinde yatay ve dikey çizgi kullanılmamalı, başka bir kaynağın verileri kullanılıyorsa izin alınmalı ve bu durum belirtilmelidir.

10. Şekiller ve Fotoğraflar

Şekiller profesyonelce çizilmiş ve fotoğraflanmış olmalıdır. Özgün çizimler yerine, temiz, parlak, siyah-beyaz fotoğraflar yeğlenmelidir. Fotoğraf arkalarında yazar adı, numaraları ve oklarla üste gelecek yön belirtilmeli; şekil ve resim altlarına çift aralıklı açıklayıcı yazılar konmalıdır. Şekiller ana metinde ilk değinildikleri sıraya göre numaralandırılmalıdır. Başka yerde yayımlanmış şekiller için özgün kaynak belirtilmelidir.

Şekil alt yazılarının, ayrı bir sayfaya rakamlarla numaralandırarak, çift aralıkla listelenmesi gereklidir.

Yazılarda Uygulanacak Biçimsel Özellikler Kılavuzu

1. Sayfa numaraları: Sayfalara başlık sayfasından başlayarak, sırayla numara verilmeli, sayfa numaraları her sayfanın sağ üst ya da alt köşesine yazılmalıdır.

2. Başlıklar: Yazının ana başlıkları tümü büyük harf, ara başlıkların baş harfleri büyük olmalıdır.

3. Birimler: Ölçü birimi olarak metrik birimler kullanılmalıdır. Metrik ölçümlerden sonra nokta konmamalıdır: 3,5 mmol/L, 11.6 mg/kg gibi. Tüm hematolojik ve klinik kimya ölçümleri "Uluslararası Birimler Sistemi" ile (SI) uyumlu olarak metrik sistemde bildirilmelidir.

4. Rakamlar: Bir ile dokuz arası rakamları yazıyla yazınız. 10 ve üstünü sayıyla yazınız. İstisna: Dozaj, yüzde, sıcaklık derecesi ve metrik ölçümleri her zaman sayıyla belirtiniz.

5. İlaç adları: Tüm ilaçların jenerik adlarını kullanınız. Ticari adlar, ilacın metinde ilk geçişinde parantez içinde verilebilir.

6. Kısaltmalar: Standart kısaltmalar ve ölçüm birimleri dışında, kısaltmadan olanak ölçüsünde kaçınılmalıdır. Kısaltma, metindeki ilk geçişinde açık yazılışıyla birlikte verilmelidir. Başlıkta ve özetinde kısaltma kullanılmamalıdır.

7. Yüzdeler: Yüzde işareti (%) yerine "yüzde" sözcüğü yeğlenmelidir. Yüzde işareti (%) tablo ve şekillerde kullanılabilir.

8. Yazı tipi: Dergiye gönderilen yazılar beyaz A4 kağıdının bir yüzüne, çift aralıklı olarak, bilgisayarda Arial 12 punto ile yazılmalı; üç kopya olarak ve disketiyle birlikte gönderilmelidir. Yazılar sekiz sayfayı aşmamalıdır. Disket, dosya adı ve dosyanın kaydedildiği program formatı yazılarak etiketlenmelidir.

9. Çeviri: Çeviri yazılarda çeviriyi yapanın adı, unvanı, görevi yazılmış olmalı, çeviri yapılan yazının aslı da (fotokopi olarak) gönderilmelidir.

Metinlerin Gönderilmesi

Metinler, tüm yazarların imzaladığı bir üst yazıyla gönderilmelidir. (www.ttb.org.tr/STED adresinden **Yayın Hakkı Devir Formu'na erişebilirsiniz.**) Bu yazıda metnin tüm yazarlarca okunduğu ve onaylandığı, yazarlık hakkı koşullarının gerçekleştiği belirtilmelidir.

Yazılar; "STED, TTB, GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sok. No:2 Kat:4 Maltepe 06570 Ankara" adresine postayla ya da sted@ttb.org.tr adresine e-posta ile gönderilebilir. Yayımlanması uygun görülen yazılarda, belirlenen eksikliklerle ilgili düzeltme ve düzenlemeler Yayın Kurulu'na yapılabilir. Yayımlanmayan yazılar geri gönderilmez. Klinik ve toplumsal araştırma çalışmalarında yerel etik kurul onayı alınmış olmalıdır. Etik kurulun bulunmadığı yerler için sted@ttb.org.tr e-posta adresinden bilgi istenebilir.

Ayrıntılar için: http://www.ttb.org.tr/STED/sted_yazar.pdf

Türkiye'nin Sağlığını Okumak

"Sağlık Harcamaları"



Dr. Onur Hamzaoğlu*

Tablo. Sosyal Güvenlik Kurumu tedavi harcamalarının yıllara ve hastanelere göre dağılımı (%)*Hastaneler

Görelî değişim	Yıllar							2002-2008
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
Devlet hastaneleri	64.1	68.7	69.1	62.6	64.1	62.3	52.5	0.82
Üniversite hastaneleri	21.9	19.0	18.3	19.2	15.6	14.8	16.1	0.74
Özel hastaneler	14.0	12.3	12.6	18.2	20.3	22.9	31.4	2.24
Toplam milyon-YTL	2831	4362	5906	5626	8489	10267	13953	4.93

*SGK Başkanlığı Aylık İstatistik Bülteni, Aralık 2008'den yararlanılarak hesaplanmıştır

Doksanlı yılların başında "reform", 2003 yılı Haziran ayından beri ise "dönüşüm" kavramlarıyla adlandırılan, ancak özde aynı olan uygulamalar sonucunda Türkiye sağlık sektöründe köklü değişikliklere tanık oluyoruz. O tarihlerden itibaren eldeki bilimsel veriler ışığında ileri sürdüğümüz savlarımız ve öngörülerimiz bir bir kanıtlanırken, bizleri "yalan söylemek" ile suçlayanlar bugün "yüzleri kızarmadan" ortadalar. İfade ettiğimiz bilimsel sonuçlardan bazılarını paylaşalım: "Sağlık hizmetlerinin finansmanı ile hizmet sunumunu birbirinden ayırırsanız hem maliyet artar hem de sağlık hizmeti tedavi edici hizmetlere daralır, toplumsal sağlık göstergelerinde belirgin bir iyileşme görülmemesine karşın, özellikle kamu sağlık harcamaları artar", "Yapılmak istenen reformun-dönüşümün hedefi, özel sektörün sağlıktan aldığı payı artırmaktır" demiştik. O günlerde reformcuların da dönüşümcülerin de uygulama sonuçları henüz ortada yoktu. Ancak birbirinin aynı olan reform ile dönüşüm programının ana başlıklarını hatta yer yer ülkemize özel alt başlıklarını yazan-yazdıran Dünya Bankası'nın, söz konusu programının başka ülkelerdeki uygulamaları ve sonuçları görülmeye başlanmıştı. Bugün artık öngördüğümüz sonuçlar tek tek ortaya çıkıyor.

Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), 2001 yılında sağlık için toplam 4.576 milyon YTL, 2008 yılında ise 25.346 milyon YTL harcadığını yayımladı. Kaba bir hesaplama ile aradaki fark 5.5 kattan daha fazladır. Harcamaların dağılımında da önemli farklılıklar dikkat çekicidir. Aynı yıllarda tedavi hizmetleri için yapılan harcama 1.799 milyon YTL'den, 7.56 kat artarak 13953 milyon YTL'ye yükselmiştir. Bu yüksek miktardaki harcamalara karşın, reformcu ve dönüşümcüler tarafından toplumsal sağlık düzeyimizde iyileşme olduğuna ilişkin herhangi bir bilimsel kanıt henüz sunulmamıştır.

Yukarıdaki tabloya baktığımızda; SGK, tedavi edici sağlık hizmetlerini nere(ler)den almakta ya da almayı tercih etmektedir soruları aklımıza geliyor. Sorumuzun yanıtını ararken yıllar önceki öngörümüzün gerçekleştiğine tanıklık ediyoruz. Özel sektörden

hizmet satın almak için yapılan harcamanın hem miktarı hem de payı yıllar içerisinde artıyor. SGK'nin tedavi hizmeti satın almak için harcadığı paranın 2002 yılında %14'ü, 2008 yılında %31.4'ü ile özel sektörden hizmet satın almayı tercih ettiği görülüyor. Yıllar içinde özel sektörün payı %22.4 artış göstermiştir. Aynı yıllarda Sağlık Bakanlığı (SB) hastanelerinden alınan tedavi edici hizmetler için ödenen paranın payı %64.1'den %52.5'e, üniversite hastanelerinden alınan tedavi edici sağlık hizmeti için ödenen paranın payı ise %21.9'dan %16.1'e gerilemektedir. SGK'nin SB hastanelerinden aldığı tedavi edici sağlık hizmetleri için yaptığı harcama yıllar içerisinde %18, üniversite hastanelerinden satın alınan tedavi hizmetleri için yapılan harcama ise %26 azalmıştır. Başka bir ifadeyle, kamu sağlık finansman kuruluşu olan SGK, yıllar içerisinde hizmeti kamudan değil özelden almayı "tercih" etme eğilimindedir.

Neden? Daha sonra yataklı tedavi kurumları verilerini ayrıntılarıyla paylaşacağız ama şimdiden söyleyelim; ülkemizin hastane yataklarından %31.4'ü özel sektörde olduğu için değil ya da ülkemizde hastanelerde görevli hekimlerin, hemşirelerin ve diğer sağlık emek-gücünün %31.4'ünün özel hastanelerde çalışıyor olduklarından da değil. Yatak işgal oranları üniversite hastanelerinden fazla ya da onlar kadar olmasından ya da daha uzun süreli yatması gereken komplike olguların tedavi ettiklerinden hiç değil.

Ancak genel olarak görünen şu ki, bu işlerin yürütmesinde yer alanlar bir zamanlar verilmiş olunan kararı uyguluyorlar. Kamu kamuyu değil, kamu özeli tercih ediyor. Kamunun kaynakları özel sektöre-patronlara aktarılıyor.

Üzücü ama maalesef gerçek; yıllar önce söylemiştik.

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

Kaynaklar

- 1- Kunt A E, Mackenbach J P. (1994), Measuring Socioeconomic Inequalities in Health, EUR/ICP/RPD 416, WHO, Copenhagen-28.
- 2- Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Aylık İstatistik Bülteni (2008). Aralık 2008, Tablo.41. <http://www.sgk.gov.tr>. (Ulaşım tarihi: 3 Nisan 2009).

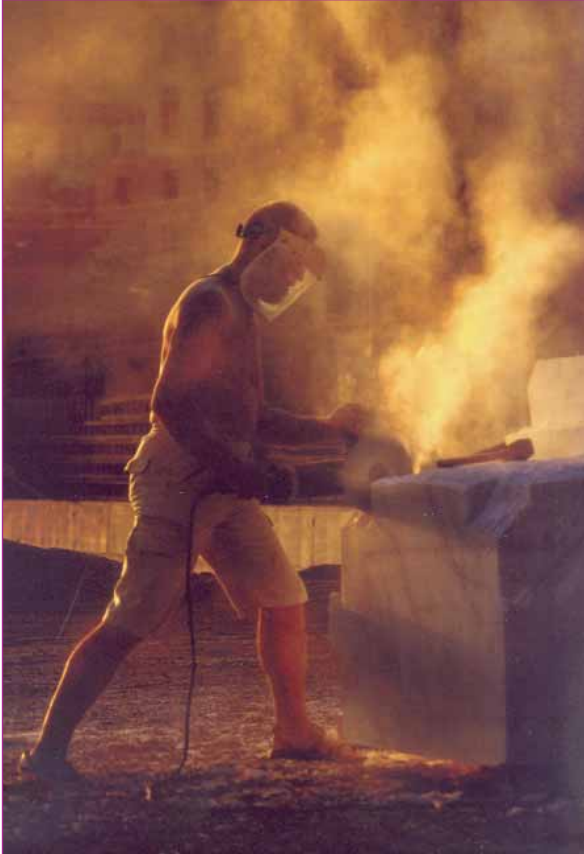
TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2008 Sonuçlandı



"Süpürgeci kız" Büyük Ödül, Ecz. Feyyaz Çetinel, Balıkesir



"İz", Başarı Ödülü, Sağl. Mem. Mustafa Gezer, Kocaeli



"Zor İşçilik", Başarı Ödülü, Sağl. Mem. Erdiñç Yılmaz İzmir

TTB Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi'nce 2001 yılından bu yana düzenlenen fotoğraf yarışması sonuçlandı. Seçici Kurul'un yaptığı değerlendirmede, Büyük Ödül, Feyyaz Çetinel'in "Süpürgeci Kız" adlı fotoğrafına verildi.

TTB Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi'nce (STED) bu yıl sekizincisi düzenlenen fotoğraf yarışması sonuçlandı. Seçici Kurul, yarışmaya gönderilen 104 fotoğraf arasında Feyyaz Çetinel'in "Süpürgeci Kız" adlı fotoğrafı büyük ödüle değer buldu.

Fotoğraf sanatçısı İbrahim Demirel, fotoğraf sanatçısı Hafize Kaynarca, fotoğraf sanatçısı Dr. Mehmet Gökağaç, Prof. Dr. Mehmet Beyazova ve Dr. Mehmet Özen'den oluşan STED Fotoğraf Yarışması Seçici Kurul'u 22 Ocak 2009 günü TTB'de toplandı. Yarışmaya başvuran 39 kişinin gönderdiği 104 fotoğrafı değerlendirmeye alan Seçici Kurul, 40 fotoğrafın sergilenmesi yönünde karar aldı. Bu 40 fotoğraf arasından, STED'in 2009 yılı sayılarında kapak resmi olacak 12 fotoğrafı belirledi. Bu 12 fotoğraf arasında yapılan değerlendirmede de, Büyük Ödül, Başarı Ödülleri, Jüri Özel Ödülü ve Galeri Sanat Yapım Ödülü'ne değer bulunan fotoğraflar seçildi.



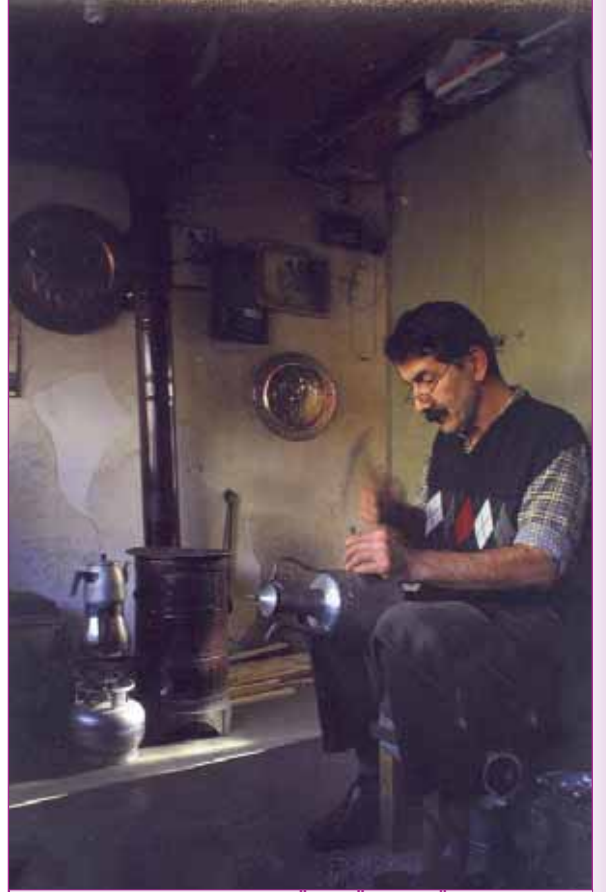
"Çadırdaki Kız", Başarı Ödülü, Dr. İsmail Aydın, Mersin



"Yağmur", Galeri Sanat Yapım Ödülü,
Dr. İsmail Aydın, Mersin



Seçici Kurul'dan bir görünüm



"Emek Durmaksızın" Jüri Özel Ödülü, Öğr. Bahar
Özgül, Mersin

Ödüllere değer görülen fotoğraflar ve sahipleri şöyle:

- Feyyaz Çetinel'in 26679-2 rumuzu ile başvurduğu "Süpürgeci Kız" adlı eseri; Büyük Ödüle,
- Mustafa Gezer'in 23278-5 rumuzu ile başvurduğu "İz" adlı eseri Başarı Ödülüne,
- Erdinç Yılmaz'ın Canki-3 rumuzu ile başvurduğu "Zor İşçilik" adlı eseri Başarı Ödülüne,
- İsmail Aydın'ın 280208-3 rumuzu ile başvurduğu "Çadırdaki Kız" adlı eseri Başarı Ödülüne,
- Bahar Özgül'ün FZTBAHAR-4 rumuzu ile başvurduğu "Emek Durmaksızın" adlı eseri Jüri Özel Ödülüne
- İsmail Aydın'ın 280208-2 rumuzu ile başvurduğu "Yağmur" adlı eseri Galeri Sanat Yapım Ödülüne değer bulundu.

Seçilen fotoğraflar, TTB'nin çeşitli etkinliklerinde sergilenecek.



Bitmeyen Umudun Sözü "Sağlık Ocakları Kapatılamaz"

Yazın ortasında sanki sonbahar günleri yaşıyor gibiydik. Ayaklarımızın altından yıllardır bastığımız toprak çekiliyor, gözbebeğimiz gibi büyüttüğümüz ağacımız kuruyor gibiydi. O günler de kimse, ne henüz biten baharın, ne de içinde yaşadığı yazın farkındaydı. Ağaçlar, dağlar aslında her zamanki gibi yemyeşil, sular coşkundu. Bahar tüm baharlar gibiydi. Yaz da öyleydi ama, kimse doğanın coşkun kimiltisini, yemişlerin olmasını, ekinlerin büyümesini göremiyordu. Herkes birkaç ay sonra neler yapacağını nerede olacağını düşünüyordu.

Aile hekimliği pilot uygulaması çok kısa bir süre sonra Eskişehir'de başlatılacaktı. Bu durum haliyle çok yoğun bir tartışma ortamını, kaygılı bir süreci beraberinde getirdi. Getirilecek sağlık sistemi köklü değişiklikler öneriyor, istihdam şekline hizmet sunumuna kadar tam bir altüst oluşu dayatıyordu. Sağlık çalışanları, Eskişehir halkı ayağa kalkıyordu. Basın açıklamaları, paneller eylemler birbirini kovalıyordu. Eskişehir'de giderek yükselen tepkiler sistemi getirmek isteyen çevrelerin rahatsızlığını da artırmaya başlamıştı.

Bu havanın çalıştığım sağlık ocağını etkilememesi olanaksızdı. Bizde her gün tüm sağlık çalışanları aramızda tartışıyor neler yapılması gerektiği üzerinde konuşuyorduk. Yaşananları yaşanacakları, hastalara, hasta yakınlarına anlatıyor sistemin sakıncalarını paylaşıyorduk. Sağlık ocaklarının kapatılacak olması halk arasında tepkiyle karşılanıyordu.



Bu konudaki "herkese 24 saat hekim", "ücretsiz hizmet" gibi propagandalar da etkisini kaybediyordu.

Böylesi günlerden birindeydik. Sağlık Ocağı'nın belki de bir daha yaşayamayacağımız çalışmalarına dalmıştık. Ebe arkadaşlar ev ziyaretlerine çıkmak için hazırlanıyor, bir kısmı aşı planları yapıyor, herkes bir yerlerde koşturuyordu. Dışarıdan sesler gelmeye başladı bu arada. Önceleri derinden bir uğultu şeklinde gelen sesler giderek netleşmeye anlaşılmaya başlandı. "Sağlık Ocağımız Kapatılamaz! Kapattırmayacağız" diye bağıryorlardı. Tüm odalarda yankılandı bu haykırışlar. Hepimiz kapılara çıktık. Beyaz önlüklerimiz kalabalığın rengine boyandı sanki. Kimi arkadaşlarımız pencereye koşturup alkışlarla destek verdiler haykırışlara. Dışarıda yediden yetmişe tüm mahallenin temsilcileri, SES üyeleri, Tabip Odası yöneticileri birçok kitle örgütünün temsilcileri vardı. Ulusal basın, yerel basın hazırды. Mahalleli hazırladıkları basın açıklamasını yer yer sloganlarla birleşerek okudular. "Sağlık Ocakları Halkındır Kapatılamaz" sanırım en sık en yüksek tondan söylenerek diğerlerine açık ara fark yaptı.

Basın açıklaması içimizdeki umutsuzluğu dağıtmada çok etkili oldu. Tüm arkadaşların kararlılığı daha da arttı. En kıyıda en sessiz duran arkadaşlarımız bile daha güçlü durmaya, tepkilere katılmaya başladı. Halkın kabul etmediği bir çözümüm yürümeyeceği annelerimizle babalarımızla komşumuzla kardeşimizle hep birlikte bu sistemi eninde sonunda geri püskürteceğimize inandık.

Şimdilerde sağlık ocakları tabelalarımızı geçici bir süre indirmiş görünüyorlar. O günlere ait ne varsa unutturmaya, yok etmeye çalışıyorlar. Ama halk hala sağlık ocaklarını unutmadı. Anadolunun binlerce yıldır geleneğinde olduğu gibi, zamanı gelince yeniden göğermesi için özenle saklıyor.

Eskişehir'de herhangi birine sorsanız ne demek istediğimi anlarsınız. Bitmeyen umudumuzun kaynağı da bu olsa gerek.

Dr. Birtürk Özkavak/Eskişehir



Dr. Neşe Toktaş*

Yaşlanma, beden yapısı ve işlevinde süregelen bozuklukların birikimi sonucu oluşur. Yaşlanma anne karnından başlayarak yaşamın sonlanmasına kadar devam eden bir süreçtir. Yaşlanma ile birlikte; organların işlevinde bozukluklar başlayarak vücudun hareket, sinir, sindirim, kalp ve damar, boşaltım ve hormonal sistemlerinde değişiklikler oluşur. Bunlara bağlı olarak yaşlılıkta kalp damar hastalıkları, şeker hastalığı, hipertansiyon, böbrek hastalıkları, şişmanlık ve kabızlık sık görülen hastalıklardır. Yaşlılığa bağlı hastalıkların önlenmesinde, geciktirilmesinde ve tedavi edilmesinde beslenme etkin bir rol oynamaktadır. Yeterli ve dengeli beslenme, fonksiyonel durumun sürdürülmesi ve sakatlıklardan korunmada önemlidir.

Normal yaşlanma sürecinde zamana bağlı olarak vücut yapısında, organlarda ve organların işlevlerinde bir takım değişiklikler ortaya çıkar.

1. Bedensel Değişiklikler

Bedensel Ağırlığı

Genellikle 60 yaştan sonra ağırlık kazanım hızı yavaşlar. Özellikle 80 yaştan sonra ağırlıktaki azalma daha da belirginleşir.

Bedensel Kompozisyonu

Yağsız doku miktarında azalma, yağ miktarında artış, buna bağlı olarak kas miktarında ve kuvvetinde azalma, yürüyüş ve

dengeyi etkilenmesi, düşme ve kırık riskinin artması yaşla birlikte gözlenen değişikliklerdendir.

İskelet Sistemi

Yaşlanma ile birlikte kemiğin mineral ve yumuşak doku içeriğinde kayıplar olur. Kas ve kemiğin mineral içeriğindeki yıkım yapım sürecinden daha çoktur. Kemik ve kaslardaki kayıplar boyun kısalması, kemiklerin kırılabilirlik riskinin artması, deri altı tabakanın incelmeye, diş kayıpları, bacaklarda eğrilikler ve kamburlaşma gibi değişikliklere neden olur.

Su Metabolizması

Susama hissinin azalmasına bağlı olarak su alımı azalır, vücuttan su kaybı fazladır. Vücuttaki su yüzdesi %60'tan %50'ye düşer.

2. Organ İşlevlerindeki Değişiklikler

- Tat ve koku duyusunda azalma
- Tükürük salgısında azalma
- Ağız ve diş sorunları
- Yutmada güçlük
- Mide işlevlerinde azalma
- Karaciğer ve safra işlevlerinde azalma
- Barsak işlevlerinde azalma
- Bağışıklık sistemi işlevlerinde azalma
- Sinir sistemi işlevlerinde azalma
- Bazal metabolizma hızında azalma

3. Yaşam Biçimindeki Değişiklikler

- Yalnız yaşama
- Eşini kaybetme
- Aile ya da arkadaşlardan ayrılma
- İşten ya da evden ayrılma
- Bedensel engel, hareket güçlüğü
- Yardımcı kişi ve kurumların olmaması
- Gelir yetersizliği
- Bağımlılık
- Sosyal izolasyon
- Ruhsal sorunlar (depresyon ya da bunama)
- İlaç kullanımı

Bilimsel verilere göre, yaşlı bireylerin kendine yetme, iyi bir sağlık ve yaşam kalitesi için yeterli ve dengeli beslenme pozitif rol oynamaktadır. Birçok yaşlı birey besin alımını etkileyen fizyolojik, psikolojik, sosyal, ailesel, çevresel ve ekonomik değişikliklere sahiptir.



Malnütrisyon ve dehidrasyon, iyileşmenin gecikmesi, immün yanıtta değişiklikler, enfeksiyon riskinin artması, birlikte görülen hastalıkların artması, ilaç metabolizmasının değişmesi, kas kuvvetinin azalması ve hafıza kaybı, depresyon, apati, konfüzyon gibi davranışsal belirtilerle ilişkilidir. Malnütrisyon günlük yaşam aktivitelerinde zorluk ve yaşam kalitesinde azalmalara neden olur.

65 yaş üstü yaşlı bireylerde malnütrisyon riskini değerlendirmek için Mini Beslenme Değerlendirmesi (Mini Nutritional Assessment-MNA) formu kullanılabilir. Bunu dışında Kuzey Amerika'da kullanılan ve Nutrition Screening Initiative tarafından geliştirilen ve Amerikan Aile Hekimleri Akademisi, Amerikan Beslenme Birliği ve Ulusal Yaşlanma Konseyi tarafından önerilen "Beslenme Sağlığını Belirleyin Ölçeği" kullanılabilir. Linguistik validasyonu yapılan bu ölçeğin kullanım kolaylığı bulunmaktadır (www.ailehek.org adresinden ulaşılabilir).

Yaşlıların Enerji ve Besin Ögesi Gereksinimleri

Enerji

Bedenin çalışma hızının düşmesi ve hareketliliğin azalması sonucunda, enerji gereksinimi yetişkinlik dönemine kıyasla azalır. Enerji gereksiniminin rafine şekerler ve yağ alımı azaltılarak, tahıllar, kurubaklagiller, sebze, meyve, az yağlı süt ve süt ürünleri ile balık ve yağsız et gibi besin ögesi yoğun olan besinlerden sağlanması gerekmektedir. Günlük alınan enerjinin 1500 kalorisinin altına düşmemesi önerilir.

Protein

Kas kütlelerinin protein içeriğinin azalması, yerini yağa bırakması, protein sentez hızı ve bedenin toplam protein değişimini etkiler. Enfeksiyon, ameliyat, yaralanma ve kırık gibi sağlık sorunları protein gereksinimini artırır. 1g / kg (beden ağırlığı) protein gereksinimi karşılayabilir. Diyetteki proteinin % 70-75'i bitkisel kaynaklardan, % 25-30'u hayvansal kaynaklardan sağlanmalıdır.

Karbohidratlar

Günlük alınan enerjinin yaklaşık %60'ı karbohidratlardan karşılanmalıdır. Yetersiz alındığında proteinler enerji kaynağı olarak kullanılabilir, fazla alınan karbohidrat yağa dönüşerek şişmanlığa neden olabilir. Şekerli ve nişastalı besinler aşırı miktarda tüketilmeden, karbohidrat kaynağı olarak tahıllar, kepeği

ayrılmamış tahıl unları, sebze ve meyvelerin tüketimine ağırlık verilmelidir.

Yağlar

Yağ, enerji kaynağı olduğu kadar, yağda çözünen A, D, E ve K vitaminlerinin vücuda alınabilmeleri ve vücudun çalışmasını düzenleyen bazı hormonların öncüsü olan bazı yağ asitlerinin alımı için gereklidir.

Hastalık nedeni ile herhangi bir yağ alımı kısıtlaması yoksa günlük 35-40 g yağ tüketilebilir. Bu miktarın yarısı bitkisel sıvı yağlardan, yarısı da zeytinyağından gelmelidir. Özellikle tereyağı, margarin, kuyruk yağı gibi katı yağlar tüketilmemelidir. Etle hazırlanan yemeklere ayrıca yağ ilave edilmemelidir, tavuk, hindi gibi etlerin derileri yenilmemelidir. Yağ yemeklere doğrudan eklenmeli, kızdırılmamalı, yakılmamalıdır. Özellikle havuç ve yeşil yapraklı sebzelerden yapılan yemek ve salatalara mutlaka biraz zeytinyağı eklenmelidir. Haftada 3-4 kez balık tüketilmelidir. Balık yenilmediğinde, ek olarak 2-3 g balık yağı alınabilir.

Vitamin ve Mineraller

Yaşlılık döneminde beden direncinin azalması, hareket kısıtlılığı, kronik hastalıkların görülme sıklığının artması gibi nedenlerle vitamin ve minerallere olan gereksinim artar. D vitamini dışındaki vitamin ve mineral ihtiyacı, iyi planlanmış bir diyetle besinlerden sağlanabilir. Hekim ya da diyet uzmanı önermedikçe vitamin ve mineral destekleri alınmamalı, gereksinim doğal kaynaklardan sağlanmalıdır.

Posa (Lif)

Kurubaklagiller, tahıllar, sebzeler, meyveler posası en çok olan besinlerdir. Bu besinler ile günlük 25-30 g olan posa gereksinimi karşılanabilir.

Dikkat Edilecek Konular

- Öğün sayısı artırılmalıdır, her öğünde 4 temel besin grubundan besinler bulunmalıdır.
- Ağır, yağda kızarmış, hamur işi tatlılar yerine muhallebi, sütlaç gibi sütlü tatlılar tercih edilmelidir.
- Diyetin enerjisi normal vücut ağırlığını koruyacak biçimde ayarlanmalıdır. Zayıflık ya da şişmanlık önlenmelidir.
- Kırmızı et yerine balık ya da tavuk tüketilmelidir.
- Sıvı miktarı artırılmalı, tuz alımı kısıtlanmalıdır.
- Balık ve su ürünleri haftada en az 3 kez tüketilmelidir.

Tablo 1. Temel besin grupları ve günlük tüketilmesi gereken miktarlar

Besin grupları	Tüketilmesi gereken günlük miktar
Et-yumurta-kurubaklagil grubu Et, tavuk, balık Yumurta Kuru baklagiller Yağlı tohumlar (ceviz, fındık)	3 köfte kadar (90 g) 25 g (1/2 adet) = haftada 3-4 adet 1 porsiyon pişmiş kurubaklagil yemeği 1 avuç fındık ya da 3-4 adet tam ceviz Haftada 2-3 kez balık tüketilmelidir. 1 yumurta 1 köfte kadar et yerine geçer. Et hiç tüketilmiyorsa, ihtiyacın bir kısmı yumurta ile de sağlanabilir.
Süt grubu (az yağlı ya da yağsız) Süt ya da yoğurt Peynir, çökelek vb. (az tuzlu, tuzsuz)	3 su bardağı kadar (500-550 ml) 1 kibrit kutusu kadar (30 g)
Ekmek ve tahıl grubu Ekmek (tercihen kepekli) Bulgur, pirinç, makarna vb.	5 ince dilim (150 g) 50 g (1 porsiyon pilav, makarna ya da 1 kase çorba)
Sebze ve meyve grubu	En az 5 porsiyon (3-4 tabak sebze yemeği / salata, 2-3 adet meyve) Günlük tüketilen sebze ve meyvenin en az 2 porsiyonu yeşil yapraklı sebzeler ya da portakal, limon gibi turunçgiller ya da domates olmalıdır.



- Posa miktarı yüksek besinler tercih edilmelidir.
- Yemekler pişirilirken, kızartma, kavurma gibi yöntemler yerine, ızgara, haşlama ya da fırında pişirme yöntemleri kullanılmalıdır.

Yaşlı Bireyler için Diyet Referans Alımları için www.ailehek.org websitesine bakınız.

Kaynaklar

- 1- Baysal A. Beslenme. Hatipoğlu Yayınevi: Ankara. 2004.
- 2- Baysal A. Genel Beslenme. Hatipoğlu Yayınevi: Ankara. 1995.
- 3- Baysal A. Yaşlılık ve Beslenme. Türkiye Diyetisyenler Derneği Yayını. 1994, 7: 1-18.
- 4- Aksoydan E. Yaşlılık ve Beslenme. TC Sağlık Bakanlığı Beslenme Bilgi Serisi I. Sağlık Bakanlığı: Ankara. 2008.
- 5- Tayar M, Korkmaz N. Beslenme-Sağlıklı Yaşam. Nobel Yayın Dağıtım: Ankara. 2007.
- 6- Reppas S, Rosenzweig L, Silver H. Older Americans nutrition toolkit program. The National Resource Center on Nutrition, Physical Activity and Aging. http://www.fiu.edu/~nutreldr/OANP_Toolkit/OANP_Toolkit_homepage.htm. Erişim tarihi: 12.02.2009.
- 7- Identifying Malnutrition - MNA® (Mini Nutritional Assessment). Nestle Nutriion Institute. http://www.mna.elderly.com/identifying_malnutrition.html. Erişim tarihi: 12.02.2009.
- 8- Ilgaz Ş. Sağlıklı Beslen Sağlıklı Besle. STED 2002; 11(4): 301-302.
- 9- Ersoy G. Sağlıklı Beslen, Sağlıklı Besle. STED 2006; 15(11): XI-XII.
- 10- Bagley B. Editorial: Nutrition and Health. Am Fam Phys 1998. <http://www.aafp.org/afp/980301ap/edits.html>. Erişim tarihi: 13.03.2009.



TTB - STED Fotoğraf Yarışması, fotoğraf çekmeye meraklı okurlarımızın ilgisi ve katkılarıyla sekizinci yılını geride bıraktı. 2009 yılında yapılan yarışmada dereceye giren fotoğraflar 2009 yılı sayılarımızın kapağında yayımlanacak, diğer fotoğraflar ise dergimizin iç sayfalarının görsel zenginliğini artıracak. Daha önceki yıllarda yarışmamıza katılmamış ya da dereceye girememiş olan fotoğraf çekmeye meraklı okurlarımız için ise TTB - STED Fotoğraf Yarışması - 2009 yeni bir fırsat olacak, sizi değerli çabalarınızın ürünü olan eserlerinizle yarışmaya katılmaya davet ediyoruz.

Yarışma Kuralları:

- Yarışmaya; tüm sağlık çalışanları ve tıp öğrencileri katılabilir.
- Yarışmaya gönderilen eserlerin daha önce herhangi bir yarışmada derece almamış olması gerekmektedir.
- Her katılımcı en fazla beş adet renkli fotoğrafla yarışmaya başvurabilir.
- Yarışma konusu "serbest"tir.
- Fotoğraflar 20 X 30 cm boyutunda fotoğraf kağıdına basılı olmalıdır. Farklı boyutta olan fotoğraflar değerlendirmeye alınmayacaktır.
- Fotoğraflar herhangi bir yüzeye yapıştırılmamalı, etrafında çerçeve ya da paspartu oluşturacak biçimde boşluk ya da çizgi bulunmamalıdır.
- Gönderilecek her bir fotoğrafın arkasına, sol üst köşeye bir etiket yapıştırılarak yarışmacı tarafından belirlenecek (en az beş harf ya da rakamdan oluşan) bir rumuz ve sıra numarası yazılmalıdır ('RUMUZ - 1', 'RUMUZ - 2', ... gibi).
- Aşağıda basılı Katılım Formu fotokopi ile çoğaltılarak ya da STED'in Internet sayfalarından ulaşıp, çıktısı alınarak eksiksiz doldurulmalıdır.
- Katılım formu küçük bir zarfa konularak ağzı kapatılacak ve bu zarfın üzerine yalnızca yarışmacı tarafından belirlenen rumuz yazacaktır.
- Katılım formunun bulunduğu zarf ve fotoğraflar, ulaşım sırasında hasar görmeyecek biçimde paketlenip aşağıda belirtilen adrese posta ya da kargo ile gönderilebilir ya da elden teslim edilebilir.
- Yarışmaya gönderilen fotoğraflar iade edilmez. TTB, katılımcıların fotoğrafları ile ilgili izinler ve telif hakları ile ilgili herhangi bir sorumluluk üstlenmez. Katılımcı, yarışmaya gönderdiği fotoğraf(lar)ın, isminin ve eser adının belirtilmesi şartıyla, TTB yayınlarında ve sağlıkla ilgili eğitim, sanat vb. etkinliklerde kullanım hakkını ve buna bağlı olarak Fikri ve Sınai Haklar Kanunu ve ilgili mevzuat gereğince eser(ler)in çoğaltma, yayma, temsil, umuma iletim, faydalanma ve gerekli diğer haklar için TTB'ye izin verdiğini kabul eder.
- Yarışmaya fotoğraf gönderen katılımcılar yukarıda belirtilen koşulları kabul etmiş sayılırlar.

Yarışma Takvimi:

Son katılım tarihi: 30 Eylül 2009

Seçici Kurul'un değerlendirmesi ve sonuçların duyurulması: Ekim 2009

Ödül töreni ve Yarışma sergisi: Kasım 2009

Ödüller:

Büyük Ödül: Bir adet dijital SLR fotoğraf makinesi, TTB yayınlarından oluşan bir armağan paketi ve plaket (bir kişiye),
Başarı Ödülü: Tanınmış fotoğraf sanatçıların albümleri, TTB yayınlarından oluşan birer armağan paketi ve plaket (üç kişiye)

Seçici Kurul tarafından uygun görülmesi halinde başka ödüller de verilebilir. Yarışmada ilk 6'ya giren fotoğraflar 2010 yılında STED'in kapağında yayımlanacaktır. Yarışmada ödül alan ve seçici kurul tarafından sergilenmeye değer bulunan diğer yapıtlar TTB etkinliklerinde sergilenebilecektir.

Başvuru Adresi: "STED Fotoğraf Yarışması", TTB, GMK Bulvarı, Şehit Daniş Tunalıgil Sok. No:2 Kat:4 Maltepe 06570 Ankara

Yarışma Duyurusu ve Katılım Formu için Internet Adresi: www.ttb.org.tr/STED/fotograf2009.htm

TTB - STED Fotoğraf Yarışması - 2009

Katılım Formu

Yarışmacının Rumuzu:

Adı - Soyadı:

Mesleği:

Branşı (varsa):

Görev yeri:

Adresi:

Telefon: İş: (0....) GSM: (05....) Diğer: (0....)

E-posta adresi: @

Fotoğraf(lar): No

No Eserin Adı

Çekildiği yer

Açıklama

1

.....

.....

2

.....

.....

3

.....

.....

4

.....

.....

5

.....

.....

Prostat Kanserinin Önlenmesi İçin Yeni Kılavuzlar Kemoprofilaksi Öneriyor

Amerikan Klinik Onkoloji Derneği ve Amerikan Üroloji Kurumu'nun ortak yayınladıkları yeni kılavuzda, prostat kanserinin önlenmesi için, prostata özgül antijen (PSA) değeri 3.0 ng/ml'nin altında olup düzenli tarama yaptıran asemptomatik sağlıklı erkeklerde finasterid ya da dutasterid gibi bir 5-alfa redüktaz inhibitörü kullanılmasının düşünülməsi öneriliyor. "Prostate Cancer Prevention Trial (PCPT)" çalışmasında yedi yıllık süre içinde prostat kanserinin kümülatif insidansı plasebo grubunda %24.4 iken finasterid alan grupta %18.4 bulundu. Finasterid grubunda erektil disfonksiyon ve jinekomasti %2-4 artarken ejakülat hacmi ve libidoda azalma da rapor edildi. Ancak başka bir çalışmada ilacı kullanan grupta cinsel işlev bozukluğunun daha az olduğu, bu nedenle ilaca kıyasla yaşlanmanın daha önemli bir faktör olduğu belirtildi. Prostat kanserini önlemek için 5-alfa redüktaz inhibitörü kullanımı düşünülen erkeklere bu ilaçların prostat kanseri riskini tamamen ortadan kaldırmadığının, yüksek dereceli kanser riskinin henüz netleşmediğinin, bu ilaçların 7 yıldan uzun süre kullanımının prostat kanseri insidansı üzerine etkisinin bilinmediğinin, mortalite üzerindeki etkilerinin bilinmediğinin, cinsel işlevler üzerinde geri döndürülebilir yan etkiler olabileceğinin, ilaç kullanımıyla alt idrar yolları ile ilgili belirtilerde büyük olasılıkla azalma olacağına hekim tarafından açıklanması gerekmektedir.

J Clin Oncol. Basım öncesi çevrimiçi yayın. 24 Şubat 2009. J Urol. 2009;181:1642-1657.

Sigara Dumanına Maruz Kalmak, Demans Riskini Artırabilir

Sigara içmenin bilişsel bozukluklar ve demans için önemli bir risk faktörü olduğu bilinmektedir. British Medical Journal'da 12 Şubat 2009'da çevrimiçi yayınlanan çalışmada 50 yaş üzerindeki sigara içmeyen 4809 kişinin tükürük örneğinden kotinin düzeyleri saptanarak sigara dumanına pasif maruziyet miktarı belirlendi. Deneklere, hafıza işlevleri, matematiksel beceriler ve sözel acıklık üzerinde yoğunlaşan çeşitli nöropsikolojik testler uygulandı. Test sonuçlarının birleştirilmesiyle elde edilen veriler, yüksek kotinin düzeylerinin çeşitli düzeylerde bilişsel bozukluklarla ilişkili olduğunu gösteriyor.

BMJ. 12 Şubat 2009 tarihli çevrimiçi baskı.

Akciğer Yaşı, Sigara İçenlerin Bırakmasını Sağlamada Yardımcı Olabilir

Kişinin kendi akciğerine benzer işlev gösteren sağlıklı kişilerin ortalama yaşı, akciğer yaşı olarak ifade edilmektedir. İngiltere'de yapılan çalışmada, 35 yaş ve üstünde, sigara kullanan 561 kişiye spirometri ölçümleri yapılarak akciğer yaşları hesaplanmış. Kontrol grubuna akciğer yaşları bildirilmezken deney grubuna akciğer yaşı hakkında bilgi verilmiş ve kendi akciğer yaşlarının kaç olduğu söylenmiş. Çalışma öncesinde, katılımcıların hiçbirinin sigarayı bırakma yönünde bir planı yokmuş. 12 ay sonunda tükürük kotinin düzeyleriyle de doğrulanmış bırakma oranları kontrol grubu için %6.4 iken deney grubunda %13.6 bulunmuş.

Akciğer yaşının normal ya da anormal olmasının bu farkta bir etkisinin olmadığı, etkili faktörün akciğer yaşının bildirilmesi olduğu saptanmış.

BMJ. 8 Mart 2008 tarihli çevrimiçi baskı.



Arif Onan*

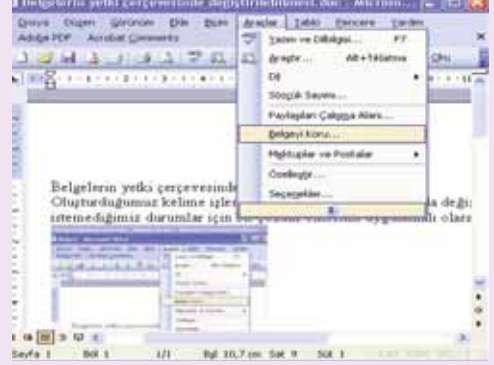
Oluşturduğumuz kelime işlemci dosyalarının ilk durumunda değişiklik olmasını istemediğimiz durumlar için bir çözüm önerisini uygulamalı olarak ortaya koyacağız.

Belgeye Biçimsel Değişikliğin Önlenmesi

Oluşturduğunuz ve değişiklik yapılmasını istemediğiniz belgeniz açık olmalıdır.

Belgenize son biçimini verip kaydediniz.

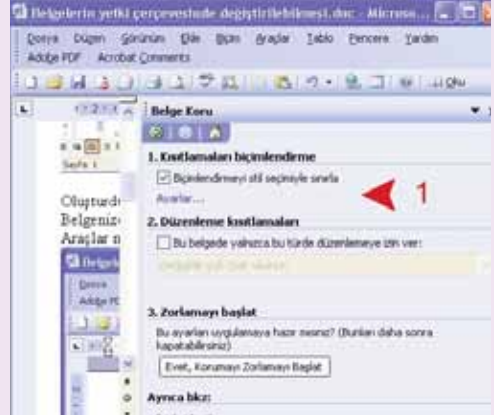
Araçlar menüsünden **Belgeyi Korumu** seçeneğini işaretleyiniz.



Belge Korumu paneli ekranınızın sağ bölgesinde açılacaktır.

Belgeye biçimsel değişikliğin önlenmesi işlem basamakları:

- 1- **Kısıtlamaları Biçimlendirme** için Ok 1 ile gösterilen işaretlemeyi kullanınız.
- 2- Biçimlendirmeyi stil seçimiyle sınırla seçeneği seçili iken **Ayarlar** yazısını tıklayınız.

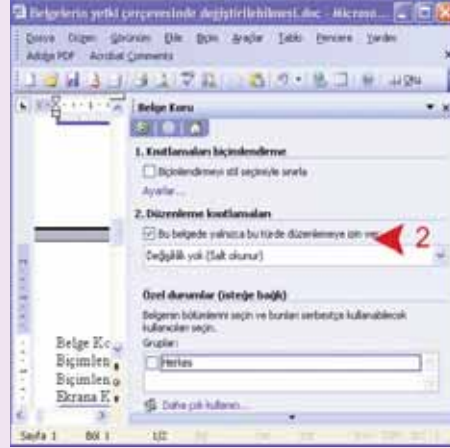


- 3- Ekran **Kısıtlamaları Biçimlendir** paneli gelecektir.
- 4- Panel üzerinde izin verilmesini istemediğiniz seçeneği seçili bırakmamanız yeterli olacaktır.

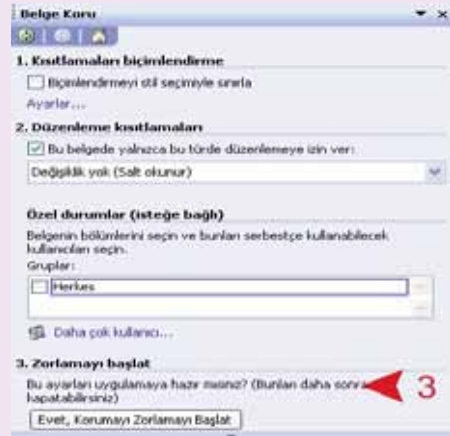


Belgede Yazınsal Değişiklik Yapılmasının Önlenmesi

1- Düzenleme Kısıtlamaları koymak için Ok 2 ile işaretli bölümü kullanınız.

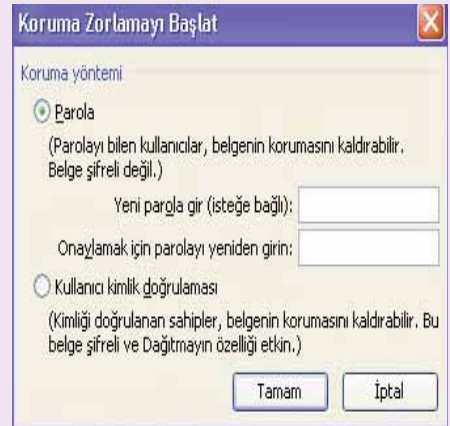


2- Belgenin yalnızca okunur olmasını istiyorsanız **Değişiklik Yok** seçeneği seçilmiş olmalıdır.
3- Düzenlemenizin geçerli olması için Ok 3 ile gösterilen bölümü kullanmalısınız.



Evet, Korumayı Başlat düğmesini tıklayınız.

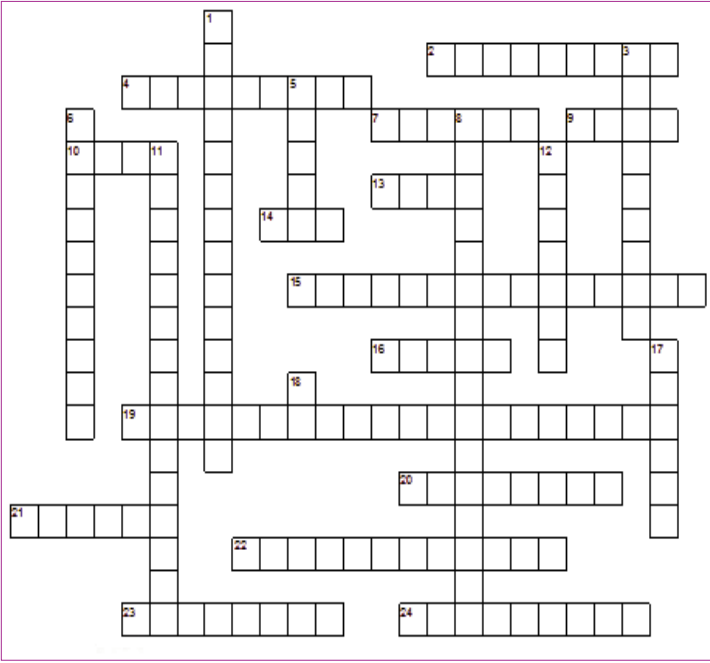
4- Ekranı Koruma Zorlamayı Başlat paneli gelecektir. Parola seçeneği aktifken uygun bulacağınız şifreyi girerek belgedeki kısıtlamalarınızı başlatmış olacaksınız.



Ödüllü Bulmaca



Bulmacamızda yer alan soruları bu sayımızdaki yazılardan seçtik. Doğru olarak yanıtlayıp Dergi'nin postalanma tarihinden sonraki bir ay içinde bize gönderen okuyucularımıza **2 TTB-STE Kredi Puanı** veriyoruz. Ayrıca beş kişiye Kocaeli Tabip Odası'nın hazırladığı "**Sağlık Olsun**" adlı karikatür kitabını armağan ediyoruz. Bulmacanın doğru yanıtlarını **Mart-Nisan 2009** sayımızda yayımlayacağız.



1- DSÖ'ye göre emziren kadın oranlarının yüksek olmasının yılda yaşamının kurtulmasını sağlayacağı ortalama bebek sayısı, 2- Bebeğin mutlaka anne sütüyle beslenmesi gereken süre (yazı ile), 3- Yunan mitolojisinin sağlık ve hekimlik tanrısı, 4- Günlük yaşamın üzgün geçtiği, hüznün ve mutsuzluğun egemen olduğu normal dışı bir duygudurumu, 5- Eski çağlardan beri gizemli, korkulan, saygı uyandıran bir canlı, 6- Prostat kanserinin önlenmesi için PSA değeri 3 ng/ml altında olan asemptomatik sağlıklı erkeklerde önerilen

ilaçlardan biri, 7- Ağrıya duyarlılığın azalması ve dış uyartılara kayıtsızlıkla belirgin, uykuya benzer durum, 8- Mitolojinin psikiyatride bıraktığı bir iz, 9- Riskli sürücü davranışları için öngörülerden biri, 10- Yunan mitolojisinde gökkuşağını simgeleyen tanrının adı,

11- Yaşlılıkta oluşan bir yaşam biçimi değişikliği, 12- Çeşitli düzeylerde bilişsel bozukluklarla ilişkili olduğu gösterilen sigara bileşeni, 13- Anne sütünde bulunmayan, dışardan alımı gereken bir madde, 14- 65 yaş üstü yaşlı bireylerde malnütrisyon riskini değerlendirmek için kullanılan test, 15- Belli başlı bulguları orantısız, asimetric büyüme; serebriform bağ dokusu nevüsleri; epidermal nevüsler; disregüle yağ dokusu; kapiller venöz ve lenfatik malformasyonlar olan hastalık, 16- Anne sütünde bulunan bir besin ögesi, 17- Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (kısaltma), 18- Yaşlılıkta alımı azalan bir madde, 19- Ölümcül durumların önde gelen nedenlerinden biri, 20- Beden yapısı ve işlevinde süregelen bozuklukların birikimi sonucu oluşan süreç, 21- Eski Yunanca'da söz, 22- Yaşlılıkta azalan bir organ işlevi bozukluğu, 23- Ek besine, vitamine gereksinim yaratmadan sıcak ülkelerde bile tek başına ilk altı ay yeteabilen besin, 24- Tanımlanması zor bir korku ve endişe duygusu.

STED Eylül-Ekim 2008 Ödüllü Bulmaca Doğru Yanıtları:

1- İnsizyonel Herni, 2- Çocuk Düşürme, 3- Altı ay, 3- Anksiyete, 4- Astım, 5- Kyoto, 6- Anti Psikotikler, 7- Atel Ektazi, 8- BMİDÇS, 9- Katılım Payı, 10- Hidrofloro Karbon, 11- Sera Gazı Etkisi, 12- COP, 13- Ozon Deplasyonu, 14- Boy Uzunluğu, 15- Restoran, 16- Kız, 17- Penetran, 19- Malnütrisyon, 20- İntiharlar, 21- Statin, 22- Weil Hastalığı.