



---

Devlet Hastanesinde Çalışan Sağlık Personelinin Hasta Haklarına İlişkin Bilgi Durumları	1
Dev Pedüncüle Seboreik Keratoz: Nadir bir Klinik Görünüm ve Dermoskopinin Tanıdaki Rolü	7
Serebral Paralizi'li Çocukların ve Ailelerinin Demografik Özelliklerinin İncelenmesi	10

---



## Yayın Yönetmenleri

Dr. Orhan Odabaşı Prof. Dr. S. Songül Yalçın

## Yayın Kurulu

Doç. Dr. Özen Aşut Dr. Banu Mutlu  
 Dr. Aysun Balseven Odabaşı Dr. Mehmet Özen  
 Dr. Zeren Barış Dr. Murat Sincan  
 Dr. Şamih Demli Dr. Figen Şahpaz  
 Dr. Arzu Dursun Stj. Dr. Emrah Şeyhoğlu  
 Dr. Tolga İnce Dr. Sevinç Yılmaz Yeltekin  
 Dr. R. Ekrem Kutbay Stj. Dr. Yılmaz Yıldız

## Bilimsel Danışma Kurulu

Prof. Dr. Osman Abbasoğlu Prof. Dr. Zeki Kılıçarslan  
 Prof. Dr. Erdal Akalın Prof. Dr. Nural Kiper  
 Prof. Dr. Murat Akova Yrd. Doç. Dr. Serdar Kula  
 Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu Prof. Dr. Yeşim Gökçe Kutsal  
 Prof. Dr. Berna Arda Yrd. Doç. Dr. Esra Önal  
 Doç. Dr. Dilek Aslan Doç. Dr. Nükhet Örnek Büken  
 Prof. Dr. Semih Başkan Prof. Dr. İmran Özalp  
 Dr. Aylin Sena Beliner Prof. Dr. Orhan Öztürk  
 Prof. Dr. Ufuk Beyazova Doç. Dr. Şevkat Bahar Özvarış  
 Prof. Dr. Ümit Biçer Dr. Alfert Sağdıç  
 Prof. Dr. Ayşen Bulut Yrd. Doç. Dr. Özlem Sarıkaya  
 Dr. Alper Büyükakkuş Prof. Dr. İskender Sayek  
 Dr. Hayati Çakır Dr. Mustafa Sülkü  
 Doç. Dr. Ali Süha Çalikoğlu Doç. Dr. Figen Şahin  
 Yrd. Doç. Dr. Deniz Çalışkan Prof. Dr. Selahattin Şenol  
 Dr. Naciye Demirel Dr. Fatih Şua Tapar  
 Dr. Polat Dursun Prof. Dr. Cem Terzi  
 Doç. Dr. Önder Ergönül Prof. Dr. İlhan Tezcan  
 Doç. Dr. Muzaffer Eskiocak Prof. Dr. Çetin Turgan  
 Prof. Dr. Haldun Güner Doç. Dr. Duygu Uçkan  
 Prof. Dr. Hamit Hancı Prof. Dr. Fatih Ünal  
 Prof. Dr. Şükrü Hatun Prof. Dr. Serhat Ünal  
 Dr. Sema İlhan Doç. Dr. Hakan Yaman  
 Doç. Dr. Levent İnan Prof. Dr. Muharrem Yazıcı  
 Prof. Dr. Alper İskit Doç. Orhan Yılmaz  
 Dr. Remzi Karşı

## Okuyucu Danışma Kurulu

Dr. Hasan Değirmenci Dr. Sibel Serin Kılıçoğlu  
Dr. Ayça Gümüş Dr. Mesut Yıldırım

## Sayı Sorumlusu

Doç. Dr. Özen Aşut

## Yayın Yönetim Merkezi ve İletişim Adresleri

Türk Tabipleri Birliği: Gazi Mustafa Kemal Bulvarı Şehit Daniş Tunalgil  
 Sok. 2 Kat: 4 Maltepe 06570 Ankara  
 Tel: (0.312) 231 31 79/33 Faks: (0.312) 231 19 52-53  
 E-posta: [sted@ttb.org.tr](mailto:sted@ttb.org.tr) İnternet: [www.ttb.org.tr/STED](http://www.ttb.org.tr/STED)  
 STED Okurları Haberleşme Listesi: [stedokur@yahoo.com](mailto:stedokur@yahoo.com)

## Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Prof. Dr. Gençay Gürsoy

## Yayın Türü

Yerel Süreli Yayın (Aylık)

## Hazırlık ve Tasarım

Yeter Canbulat

## Basımcının İletişim Bilgileri ve Basım Yeri

Matus Basımevi Reklam ve Yayın Ticaret Ltd. Şti. Tel: (0.312) 395 95 96  
 Adres: İvedik Organize Sanayi Matbaacılar Sitesi 558. Sok. No: 2 Yenimahalle - Ankara  
 Vergi Dairesi: Yenimahalle - Vergi No: 613 046 2266 - Ticaret Sicil No: 64/1828  
 Basım Tarihi: ?? ???? 2008

## Araştırma

## Devlet Hastanesinde Çalışan Sağlık Personelinin Hasta Haklarına İlişkin Bilgi Durumları

1

Msc. Özlem Duran, Dr. Gülay Yıldırım,  
 Msc. Sultan Gerçek,  
 Melike Karaarslan, Gülhanım Aydın

## Derleme - Olgu Sunumu

## Dev Pedüncüle Seboreik Keratoz: Nadir bir Klinik Görünüm ve Dermoskopinin Tanıdaki Rolü

7

Dr. Işıl Kılınç Karaarslan,  
 Dr. Meltem Türkmen,  
 Dr. Taner Akalın,  
 Dr. Fezal Özdemir

## Serebral Paralizi'li Çocukların ve Ailelerinin Demografik Özelliklerinin İncelenmesi

10

Pelin Piştav Akmeşe, Akmer Mutlu,  
 Mintaze Kerem Günel



## Kapak Fotoğrafı: "Son Yemek"

Dr. Ergün Karadağ, Kütahya  
 TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2007  
 Büyük Ödül



### Merhaba,

Yeni bir yılın ilk sayısında, ülkemizin ve sağlık ortamımızın gene büyük sorunlarla yüz yüze olduğu bir süreçte sizlere merhaba diyoruz. Toplumsal yaşamın her alanında bir yıl boyunca dayatılan gerici ve hak yitimine yol açan adımlar, sağlık sektöründe de geçerli oldu ve Türk Tabipleri Birliği ortamlarını, insangücünü sürekli meşgul etti. İleriye dönük atılımlarımız bu yüzden önemli engellerle karşılaştı. Bu sayfalarda sizlere güncel gelişmeleri sıcaklığı içinde yansıtmaya çabaladık. Sağlık örgütünün en uç birimlerindeki özverili uğraşa karşılık, birici basamağın hoyratça örselenişine tanıklık etmeye çalıştık.

Özellikle pratisyen hekimleri etkileyen bitmez tükenmez kargaşa ve dayatmalar, meslektaşlarımızı yaşamsal ikilemlerle karşı karşıya bıraktı. Birinci basamak sağlık hizmetini parçalayan, sağlık ocaklarının sonunu getirmeye çalışan girişimler, sağlık ocağı hekimlerini de istemediği seçimler yapmak zorunda bıraktı. Aile hekimliği sisteminin başlatıldığı illerde çalışanlar, bu nedenle, en zor durumda kalan meslektaşlarımız oldu. Sonu karanlık bir serüvene adım atmak durumunda kalan bu hekimlerimiz, artık iş ve gelecek güvencesinden yoksun bir sistemin kaygan zemininde meslek yaşamlarını sürdürmek zorundalar. Bu adımı atmaya direnen meslektaşlarımız ise, önemli hak yitimine uğradılar.

Önümüzdeki zaman dilimi, bu girişimlere hız verilerek aile hekimliğinin yaygınlaştırılacağı bir süreç olacakmış. Daha şimdiden 55 ilden söz ediliyor. Bu nasıl olacak? Birinci basamak sağlık



Fotoğraf: "Gölgeler ve Gerçekler" Sağ. Tek. Bilal Solak, Konya STED Fotoğraf Yarışması 2007 Sergi Ödülü

hizmetinin giderek özelleştirileceği, aynı zamanda tüm sağlık sistemindeki dönüşümle liberal bir sağlık düzenine geçişin aşama aşama yaygınlaştırılacağı bu sürecin sonuçlarının ne olacağı gerçekten öngörülemiyor mu? Bizim öngördüklerimizin gerçekten farkında değiller mi? Benzer deneyimleri yaşamış ülke örneklerinin ve bilimin gösterdiği gerçekler apaçık ortada değil mi? Ayrıntılara inebilir, soruları çoğaltabiliriz; ancak yanıt beklediklerimizden bir ses duyma hayalimiz boşunadır. Çünkü yanıtlar bellidir ve kimsenin bu yanıtları verme cesareti olmayacaktır.

Oysa eşitlikçi ve nitelikli bir sağlık sistemi içinde sağlık ocakları ağına dayalı temel sağlık hizmeti düşümüz, gerçek olmuştur. Tüm ihmallere, engellemelere karşı gerçek olmuştur. Pratisyen hekimler, pek çok yerde mucizeler gerçekleştirmiş, tüm yurt düzeyinde kimi hastalıkların eradikasyonunu sağlamışlardır. Derme çatma köprülerden geçerek, karları, çığları, ırmakları aşarak, gerektiğinde araç girmeyen yerlere at sırtında giderek aşı yapmaya, yaşam kurtarmaya çalışan hekimlerimizi, ebeleri, hemşireleri, tüm sağlık çalışanlarını unutabilir miyiz? Onlar en kötü koşullarda bile vazgeçmemişlerdi. Çünkü herkese eşit ve ücretsiz sağlık hizmeti sağlamak ilkesini yaşamlarının temel amacı olarak benimsemişler, bunun için yemin etmişlerdi.

Düşlerimiz ve ilkelerimiz hâlâ meslek yaşamımızın temel dayanağıdır. Herkese eşit sağlık hizmeti götürmenin anahtarı olan temel sağlık hizmeti örgütlenmesi ve onun ülkemizdeki adı olan sağlık ocaklarımız, orada en yaygın sağlık hizmet ağı olarak durmaktadır. Pratisyen hekimler, tüm sağlık personeli oralarda çalışmaktadır. Ne denli ihmal edilseler de, vazgeçmemektedirler. Tek tek sağlık ocakları yıkılmadıkça, vazgeçmeyeceklerdir.

Bu doğrultuda, yıllardır pratisyen hekimlerin yoluna ışık tutmaya çalışan STED, gene işlevini en iyi biçimde sürdürme çabası içinde olacak. Bir yandan meslek bilgilerini tazeleme ve güncelleme çalışmalarını sürdürürken, öte yandan meslek alanında yaşananlara dikkat çekecek.

Bu yılın başka bir özelliği, TTB ve tabip odalarının nöbet değişimi yılı olması. Tüm meslektaşlarımız gibi pratisyen hekimlerin de yeni yönetim kurullarını oluşturma ve tabip odası çalışmalarına katılma görevi bulunuyor. TTB ve odalarımız meslektaşlarımızın katılımı ölçüsünde güçlenecektir.

**Bilimsel ve dostça kalın...**

# Devlet Hastanesinde Çalışan Sağlık Personelinin Hasta Haklarına İlişkin Bilgi Durumları\*

The Knowledge Level of State Hospital Staff about Patient Rights



*Msc. Özlem Duran\*\* , Dr. Gülay Yıldırım\*\*\* , Msc. Sultan Gerçek\*\* ,  
Melike Karaarslan\*\*\*\* , Gülhanım Aydın\*\*\*\**

**Başvuru Tarihi:** 8 Şubat 2008 **Kabul Tarihi:** 15 Şubat 2008

## Öz

**Giriş ve Amaç:** Yirminci yüzyılın sonlarına doğru gündeme gelen hasta hakları kavramı, aslında insan haklarının sağlık alanına uygulanması olarak yorumlanabilir. Hasta hakları alanındaki çalışmaların son çeyrek yüzyıl içerisinde başladığı ve insan hakları alanındaki gelişmelerle yakından ilişkili olduğu bilinmektedir. Bu araştırma Sultan I. İzzettin Keykavus Devlet Hastanesi'nde çalışan sağlık personelinin hasta haklarına ilişkin bilgi durumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırma, 26.03.2007-30.05.2007 tarihleri arasında Sultan I. İzzettin Keykavus Devlet Hastane'sinde çalışan 28 uzman hekim, 19 pratisyen hekim, 53 ebe ve 109 hemşire olmak üzere toplam 209 sağlık çalışanı üzerinde tanımlayıcı olarak yürütülmüştür. Veriler; 1998 yılında yürürlüğe giren Hasta Hakları Yönetmeliği'nde (HHY) belirtilen maddeler soru haline getirilerek 28 sorudan oluşturulan veri toplama formu aracılığıyla, yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Toplanan veriler SPSS 10.0 istatistik analiz programında; yüzdeler testler, Kruskal Wallis testi, Mann Whitney U testi ve t testi kullanılarak analiz edilmiştir.

**Bulgular:** Araştırmaya alınan 209 sağlık personelinin; %13.4'ü uzman hekim, %9.1'i pratisyen hekim, %25.4'ü ebe ve %52.1'i hemşiredir. Sağlık personelinin %56.9'u 24-30 yaş grubunda, %72.2'si evli ve %84.7'si kadındır. Öğrenim gördükleri dönemde hasta haklarına yönelik %25.8'inin ders aldığı, %74.2'sinin ise ders almadığı saptanmıştır. Ders alan sağlık personelinin %70.3'ü bu dersin yeterli olduğunu ifade etmiştir. Çalıştıkları kurumdaki hasta hakları ihlalleri ile ilgili düşünceleri sorulduğunda; %38.3'ü ihlalin az olduğunu, %29.7'si ihlalin abartıldığını söylemiştir. Çalışmada sağlık çalışanlarının hasta hakları ile ilgili bilgi durumları ve cinsiyet, çalışma yılı gibi bazı değişkenler arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

**Sonuç:** Sağlık personelinin mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimlerinde hasta hakları konusuna yer verilmesi, tüm meslek grupları için eğitimin standardize edilmesi önerilmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Sağlık personeli, hasta hakları, bilgi durumu.

## Abstract

**Introduction and Objective:** The concept of patient rights, which is actually an application of human rights to the medical field, became a current issue at the end of the twentieth century. It is known that studies about patient rights have started in the last twenty-five years and are closely related with developments about human rights. In this study, we aimed to investigate the knowledge level of Sultan I. İzzettin Keykavus State Hospital staff about this subject.

**Material and Method:** This descriptive study was applied to a total of 209 medical staff members consisting of 28 specialists, 19 general practitioners, 53 midwives and 109 nurses between 26 March 2007 and 30 May 2007. Data was collected by face to face interviews by a questionnaire which was formed according to the Patient Rights Regulation which has been in effect since 1998. The data were analyzed using percentile tests, Kruskal Wallis test, Mann Whitney U test and t test by using SPSS 10.0 statistical analysis program.

**Findings:** The study population (209) was composed of specialists (13.4%), general practitioners (9.1%), midwives (25.4%), and nurses (52.1%). 56.9% of the medical staff were between 24-30 years old, 72.2% of them were married and 84.7% were females. During their training period, 25.8% of the study population had attended courses on patient rights whereas 74.2% had not. Among the medical staff who had patient rights courses, 70.3% thought that the courses were satisfactory. When their opinions about patient rights violations at their hospital was asked, 38.3% stated that the violations were minimal and 29.7% stated that patient rights violations were exaggerated. Knowledge of the medical staff was evaluated according to some variables such as gender and the number of years spent in the practice.

**Results:** It is concluded that medical staff should receive patient rights training before and after graduation and this education should be standardized for all professional groups.

**Key words:** Medical staff, patient rights, knowledge level.

\*23-26 Ekim 2007 tarihleri arasında düzenlenen XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur.

\*\*Arş.Gör.; Cumhuriyet Ü. Sağlık Yüksekokulu, Sivas.

\*\*\*Arş.Gör.; Çukurova Ü. Tıp Tarihi ve Deontoloji AD, Adana.

\*\*\*\*Ebe; Cumhuriyet Ü., Sivas.



## Giriş

Yirminci yüzyılın sonlarına doğru gündeme gelen hasta hakları kavramı, aslında insan haklarının sağlık alanına uygulanması olarak yorumlanabilir (1,2). Sağlık hizmetlerinden yararlanan kişilerin sağlık hizmeti veren kurumlar ve sağlık personeli ile etkileşiminde sahip olduğu hakları ifade etmektedir. Aynı zamanda sağlık hizmetlerine gereksinim duyan bireylerin, insan olmaları nedeniyle sahip oldukları hakları kapsamakla birlikte, gerek ulusal gerekse uluslararası belgelerden dayanağını almaktadır (3, 4).

Konu ile ilgili ilk uluslararası belgeler Nuremburg Kodları ve 1963 Helsinki Deklarasyonu'dur. Hasta hakları alanındaki ilk belge ise Dünya Tabipler Birliği tarafından 1981 yılında yayımlanan Lizbon Bildirgesi'dir. Bu bildirmede yer alan eksikler, 1994 yılında yayımlanan Avrupa Hasta Hakları Bildirgesi ve 1995 yılında yayımlanan Dünya Tabipler Birliği Hasta Hakları Bildirgesi'nde giderilmiştir. Her iki bildirmede hasta hakları tıbbi bakım hakkı, bilgilendirilme hakkı, onam verme hakkı, mahremiyete saygı hakkı ve başvuru hakkı olmak üzere beş başlık altında temellendirilmiştir. Hasta hakları ülkemizde ise dayanağını uluslararası bildirmelerin ötesinde, Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, Deontoloji Tüzüğü ve 1998 yılında yürürlüğe giren Hasta Hakları Yönetmeliği'nden (HHY) almaktadır (3-5).

Hasta hakları alanındaki çalışmaların son çeyrek yüzyıl içinde başladığı ve insan hakları alanındaki gelişmelerle yakından ilişkili olduğu bilinmektedir. Çünkü insan hakları, sağlık hakkı ve hasta hakları birbirinden bağımsız değildir (6,7). Bu nedenle, sağlık hizmeti sunucularının hizmet talebinde bulunan hastalara haklarına uygun davranışlar sergilemesi önem taşımaktadır. Sağlık hizmet kalitesini göstermesi bakımından da hastalar aldıkları hizmetleri değerlendirirken hizmetin teknik yönünden çok, hizmet alırken karşılaştığı tutum ve davranışlardan etkilenmektedir. Yapılan araştırmalarda; hastaların aldıkları hizmetle ilgili alternatifler ve hizmet kalitesi konusunda yeterli teknik bilgiye sahip olmamaları nedeniyle, değerlendirmelerini hizmet aldıkları ortam, hizmet sunucuların davranışları ve ilgisini temel alarak yaptıkları belirlenmiştir. Sağlık hizmetlerinin değerlendirme ölçütlerine uygunluğu oranına

hizmetle ilgili memnuniyetin de arttığı bulunmuştur (3).

Sağlık hizmeti sunumunda rol oynayan sağlık personelinin hizmet sunumunda mesleki etik ilkeler doğrultusunda çalışabilmeleri, sağlık hizmetlerinin kalite ve verimliliğini artırabilmeleri için hasta hakları konusunda bilgili olmaları gerekmektedir. Bu araştırmada; Sultan I. İzzettin Keykavus Devlet Hastanesi'nde çalışan sağlık personelinin hasta haklarına ilişkin bilgi durumlarını belirlemek amaçlanmıştır.

## Gereç ve Yöntem

Araştırma, 26.03.2007-30.05.2007 tarihleri arasında Sultan I. İzzettin Keykavus Devlet Hastanesi'nde, toplam 209 sağlık çalışanı üzerinde tanımlayıcı olarak yürütülmüştür. 2006 yılında Aralık ayında Hastane Müdürlüğü'nden alınan bilgiye göre, hastanede 54 uzman hekim, 38 pratisyen hekim, 105 ebe ve 219 hemşire olmak üzere toplam 416 sağlık çalışanı görev yapmaktadır. Hasta hakları ile ilgili sağlık personelinin bilgi düzeyinin incelendiği araştırmalarda, sağlık personelinin bilgi sahibi olma durumu yüzde 50 olarak belirlenmiştir (8). Olayın görülüş sıklığının dikkate alındığı, evrendeki birey sayısının bilindiği örnekleme yöntemi ile Sivas Sultan I. İzzettin Keykavus Devlet Hastanesi'nde çalışan 28 uzman hekim, 19 pratisyen hekim, 53 ebe ve 109 hemşire araştırma kapsamına alınmıştır. Veriler; 1998 yılında yürürlüğe giren HHY'de belirtilen maddeler soru haline getirilerek 28 sorudan oluşturulan veri toplama formu aracılığıyla, yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Toplanan veriler SPSS 10.0 istatistik analiz programında; yüzdeler testler, kruskal wallis testi (KWU), Man Whitney U (MWU) testi ve t testi (t) kullanılarak analiz edilmiştir.

## Bulgular

Araştırmaya alınan 209 sağlık personelinin; %13.4'ü uzman hekim, %9.1'i pratisyen hekim, %25.4'ü ebe ve %52.1'i hemşiredir. Sağlık personelinin %56.9'u 24-30 yaş grubunda, %72.2'si evli ve %84.7'si kadındır. Çalışma yıllarına bakıldığında; %16.8'inin 1-5 yıl arasında, %42.6'sinin 6-10 yıl arasında, %23.9'unun 11-15 yıl arasında, %12.4'ünün 16-20 yıl arasında, %4.3'ünün ise 21 ve üzeri yıl çalışıyor oldukları bulunmuştur (Tablo 1).

**Tablo 1.** Sağlık personelinin tanımlayıcı değişkenlere göre dağılımı

Değişkenler	Sayı	%
<b>Yaş</b>		
24-30	119	56.9
31-37	70	33.5
38-44	15	7.2
45 ve üzeri	5	2.4
<b>Mesleki Durum</b>		
Uzman Hekim	28	13.4
Pratisyen Hekim	19	9.1
Ebe	53	25.4
Hemşire	109	52.1
<b>Çalışma Süresi (Yıl)</b>		
1-5	35	16.8
6-10	89	42.6
11-15	50	23.9
16-20	26	12.4
21 ve üzeri	9	4.3
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	151	72.2
Bekar	58	27.8
Toplam	209	100.0

**Tablo 2.** Sağlık personelinin hasta haklarına yönelik ders alma durumuna göre dağılımı

Ders Alma Durumu	Sayı	%
Almayan	155	74.2
Alan	54	25.8
<b>Dersin Alındığı Öğrenim Basamağı</b>		
İlköğretim-Lise	18	33.3
Önlisans-Lisans	23	42.6
Tıpta Uzmanlık	13	24.1
<b>Alınan Dersin Yeterlilik Durumu</b>		
Yeterli	38	70.3
Yetersiz	13	24.1
Bilmeyen	3	5.6
Toplam	209	100.0

Sağlık personelinin öğrenim gördükleri dönemde hasta haklarına yönelik %25.8'inin ders aldığı, %74.2'sinin ise ders almadığı saptanmıştır. Ders alan sağlık personelinin %70.3'ü bu dersin yeterli olduğunu, %24.1'i bu dersin yetersiz olduğunu, %5.6'sı ise bilmediğini ifade etmiştir (Tablo 2).

Hasta haklarına yönelik hizmet içi eğitim alma durumları incelendiğinde; katılımcıların %62.7'sinin hizmet içi eğitim aldığı belirlenirken, %37.3'ünün hizmet içi eğitim almadığı belirlenmiştir. Sağlık personelinin

aldığı hizmet içi eğitimin %65.6'sının hastaneden görevlendirilen personel tarafından, %34.4'nün ise konu ile ilgili uzman kişi tarafından verildiği saptanmıştır. Eğitimin etkinliği ile ilgili değerlendirmelerine bakıldığında; %64.1'i etkin olduğunu, %26.7'si etkin olmadığını ve %9.2'si değerlendirme yapamayacağını belirtmiştir. Hasta hakları konusunda hizmet içi eğitimin gerekliliği ile ilgili yaklaşımları değerlendirildiğinde; sağlık personelinin %67.9'u eğitimin gerekli olduğunu, %23.5'i eğitimin gerekli olmadığını ve %8.6'sı eğitimin gerekliliği konusunda değerlendirme yapamayacağını bildirmiştir.

Sağlık personeline çalıştıkları kurumdaki hasta hakları ihlalleri ile ilgili düşünceleri sorulduğunda; %38.3'ü ihlalin az olduğunu, %29.7'si ihlalin abartıldığını, %6.7'si ise bilgisinin olmadığı söylemiştir. Hasta hakları ihlallerinin büyük çoğunlukla (%35.1) olumsuz iş koşulları, kurumun fiziki kapasitesindeki yetersizlikler ve personel sayısındaki yetersizliklerden kaynaklandığı belirtilmiştir.

Sağlık personelinin sağlık hizmeti sunarken, hasta haklarına uygun davranışlar göstermeleri bakımından en çok (%80) mahremiyete saygı, hastanın rızası ve izin hakkı ve genel olarak bilgi isteme hakkını dikkate aldıkları, en az (%20) ise müracaat, şikayet ve dava hakkı, ötanazi yasağını dikkate aldıkları belirlenmiştir.

Hasta hakları ile ilgili bilgi durumları hakkında kendilerini değerlendirmeleri istendiğinde; %56.9'u hasta haklarını yeterince bildiğini, %13.9'u hasta haklarını yeterince bilmediğini, %29.2'si de kısmen bildiğini ifade etmiştir. Hasta haklarına uygun davranışlar göstermeleri bakımından sağlık personelinin %79.4'ü hasta haklarına uygun davrandığını, %1.9'u hasta haklarına uygun davranmadığını, %18.7'si ise kısmen hasta haklarına uygun davrandığını belirtmiştir.

Sağlık personelinin hastalarına hitap durumları incelendiğinde; %86.6'sının hastalarına "isim", %0.5'inin "alınan tanı", %0.5'inin "yatak numarası", %12.4'ünün ise "amca", "teyze" ya da "dede" biçiminde hitap ettiği saptanmıştır.

Hasta haklarına yönelik bilgi durumları değişkenlere göre incelendiğinde; erkeklerin kadınlara göre, pratisyen hekimlerin uzman hekimlere ve ebeler göre, çalışma yılı az olanların fazla olanlara göre, hastaların bakımı

Tablo 3. Sağlık personelinin bazı özelliklerine göre hasta hakları bilgi puan ortalamalarının dağılımı				
Değişkenler	n	Puan Ortalaması ± SD	Test	p
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	177	83.05 ± 14.49	t = 2.29	p < 0.05
Erkek	32	77.00 ± 8.15		
<b>Mesleki Durum</b>				
Uzman Hekim	28	85.17 ± 8.10	KW = 24.81	p < 0.05
Pratisyen Hekim(*)	19	73.21 ± 4.83		
Ebe	53	85.37 ± 3.62		
Hemşire	109	81.32 ± 16.84		
<b>Çalışma Süresi (Yıl)</b>				
1-5 yıl	35	85.17 ± 16.05	KW = 17.44	p < 0.05
6-10 yıl	89	103.63 ± 15.45		
11-15 yıl	50	88.43 ± 10.32		
16-20 yıl	26	134.92 ± 9.09		
21 yıl ve üzeri	9	156.72 ± 9.73		
<b>Hastanın Bakım Bilgisi</b>				
Biliyor	192	83.14 ± 12.77	MWU = 8.68	p < 0.05
Bilmiyor	17	70.70 ± 20.03		
<b>Hastanın Hakları ile İlgili Bilgisi</b>				
Biliyor	68	86.10 ± 12.55	t = 3.39	p < 0.05
Bilmiyor	90	78.55 ± 14.75		

ile ilgili plan ve programlarını bilmediğini düşünenlerin bildiğini düşünenlere göre ve hastaların haklarını bilmediğini düşünenlerin bildiğini düşünenlere göre hasta hakları ile ilgili bilgi düzeyi istatistiksel açıdan anlamlı şekilde düşük olarak belirlenmiştir (p < 0.05) (Tablo 3).

### Tartışma

Hasta gereksinimlerinin karşılanmasında, hasta çıkarlarının korunması ve sunulan sağlık hizmetinin kalitesinin artırılmasında hasta memnuniyetinin sağlanması için sağlık personelinin hasta haklarını bilmesi ve bu haklara uygun davranması giderek önem kazanmaktadır. Çünkü haklarına uygun davranıldığında hastaların beklentileri karşılanmakta, sunulan sağlık hizmetlerinden memnuniyetleri artmaktadır (9). Hasta hakları konusunda yapılmış olan bu çalışmada, sağlık personelinin hasta hakları ile ilgili bilgi düzeyleri ile ilgili kendilerini değerlendirmeleri istendiğinde; %56.9'unun hasta haklarını yeterince bildiği saptanmıştır. Topbaş ve arkadaşları tarafından Tıp Fakültesi'ndeki asistan ve intern hekimler üzerinde yapılan bir çalışmada, hekimlerin yaklaşık %60'ının hasta haklarını bildiği belirlenmiştir (10).

Woogara tarafından İngiltere'de yapılan bir çalışmada, sağlık personelinin insan hakları ve hasta hakları konusunda oldukça düşük düzeyde bilgilerinin olduğu bulunmuştur (11). Özdemir ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, hekimlerin %60'ının hasta hakları ile ilgili yasal düzenlemelerin farkında olduğu saptanmıştır (12). Ocaktan ve arkadaşları tarafından sağlık personelinin hasta hakları konusunda kendi bilgi ve tutumlarını incelemek üzere yapılan çalışmada ise, sağlık personelinin %63.4'ünün hasta hakları konusunda kendi bilgisini yeterli bulduğu belirlenmiştir (13). Özer ve Günay tarafından Kayseri il merkezinde çalışan hekimlerin hasta hakları konusundaki bilgi düzeyleri ile ilgili çalışmada da, hekimlerin hasta hakları konusundaki bilgi düzeyleri 100 puan üzerinden değerlendirildiğinde ortalama bilgi puanı 73.3 ± 11.3 olarak saptanmıştır (14). Teke ve arkadaşları tarafından Eğitim Hastanesi'nde görev yapan hemşireler üzerinde yapılan diğer bir çalışmada, hemşirelerin %64.2'sinin hasta hakları kavramıyla çeşitli biçimlerde okul dışındaki kaynaklar aracılığıyla karşılaştıkları bulunmuştur (15). Eşiyok ve arkadaşları tarafından yapılan başka bir çalışmada ise, diğ

hekimlerinin %90.7'sinin, hasta hakları konusundaki bilgilerini yetersiz ya da kısmen yeterli buldukları belirlenmiştir (16). Elde edilen sonuç literatürle karşılaştırıldığında benzerlik göstermektedir. Ancak halen istenen düzeyde olmaması nedeniyle düşük olarak değerlendirilmektedir. Nedeninin ise, sağlık personelinin gerek öğrenim yaşamında, gerekse meslek yaşantısında hasta haklarına yönelik eğitim almaması ya da eğitim faaliyetlerinin etkin olmayışı olduğu düşünülmektedir.

Sağlık personelinin hasta hakları konusunda bilgi açığını kapatacak en önemli yaklaşımın eğitim olduğu düşünülmektedir. Hasta hakları konusunda yapılmış olan bu çalışmada, sağlık personelinin %25.8'inin öğrenim gördükleri dönemde hasta haklarına yönelik ders aldığı, çalışma döneminde ise %62.7'sinin hizmet içi eğitim aldığı belirlenmiştir. Teke ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, hemşirelerin %55'inin hasta hakları ile ilgili bir eğitim aldığı bulunmuştur (15). Ocaktan ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise sağlık personelinin %48.8'inin hasta hakları ile ilgili bilgilerini mezuniyet sonrası eğitimlerinde, %30.9'unun ise mezuniyet öncesi eğitimlerinde aldıkları saptanmıştır (13). Eşiyok ve arkadaşları tarafından yapılan başka bir çalışmada da diğ hekimlerinin %43.1'inin hasta hakları konusunda eğitim aldığı belirlenmiştir (16). Çalışma sonucu literatürle kıyaslandığında mezuniyet öncesi eğitim düzeyinin düşük olduğu, mezuniyet sonrası eğitimin ise istendik düzeyde olmadığı dikkat çekmektedir. Bu sonucun da sağlık personelinin bilgi düzeyine yansıdığı görülmektedir.



Tablo 3'te görüldüğü gibi, sağlık personelinin hasta haklarına yönelik bilgi durumları değişkenlere göre incelendiğinde; erkeklerin kadınlara göre, pratisyen hekimlerin uzman hekimlere ve ebelere göre, çalışma yılı az olanların fazla olanlara göre, hastaların bakımı ile ilgili plan ve programlarını bilmediğini düşünenlerin bildiğini düşünenlere göre ve hastaların haklarını bilmediğini düşünenlerin bildiğini düşünenlere göre hasta hakları ile ilgili bilgi düzeyi istatistiksel açıdan anlamlı şekilde düşük olarak belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ).

Kayseri'de 2003 yılında yapılan bir çalışmada hekimlerin hasta hakları ile ilgili bilgi düzeyleri istatistiksel açıdan incelendiğinde, erkeklerin kadınlardan daha fazla bilgiye sahip olduğu saptanmıştır (17). Özer ve Günay tarafından yapılan çalışmada da, erkek hekimlerin bilgi puan ortalamaları kadın hekimlerden 4.5 puan yüksek ve aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (14). Topbaş ve arkadaşları tarafından yapılan başka bir çalışmada ise, asistan hekimlerin hastalarına karşı tutum puanları cinsiyetlere göre incelendiğinde, arada anlamlı bir fark bulunmamıştır (10). Hasta hakları konusunda sağlık çalışanları arasında yapılmış olan bu çalışmada durum farklılık göstermektedir. Aradaki farkın yalnız hekimler üzerinde yapılmasından ve araştırma kapsamına kadın ve erkeklerin benzer oranda alınmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bunun için kadın ve erkek oranının benzer tutulduğu daha kapsamlı araştırmalar yapılması gerekmektedir.

Hasta haklarına ilişkin bilgi düzeyi meslek gruplarına göre incelendiğinde, pratisyen hekimlerin anlamlı şekilde ebe ve uzman hekimlerden daha düşük bilgi düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Yılmaz tarafından hekim ve hemşirelerin hasta haklarına yönelik bilgi ve uygulamalarına yönelik yapılan çalışmada, doktor ve hemşirelerin var olan hasta haklarını önemli ölçüde bilmedikleri saptanmıştır (8). Bu sonucun eğitim sırasında hasta haklarına yönelik olarak kazandırılan duyarlılık ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

Çalışma yılı ile ilgili bulguyu destekleyen literatür incelendiğinde; Özer ve Günay tarafından yapılan çalışmada hekimlik süresinin hasta hakları ile ilgili bilgi puan ortalamasını anlamlı biçimde etkilediği, yapılan ileri analizde



hekimlik süresi arttıkça bilgi puanının da arttığı belirlenmiştir (14). Topbaş ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada ise, hekimlerin bilgi düzey puanı ile meslek süreleri arasında anlamlı zayıf bir ilişki olduğu saptanmıştır (10). Teke ve arkadaşları tarafından yapılan başka bir çalışmada, hemşirelerin toplam çalışma süreleri arttıkça, hasta hakları konusunda bilgi puan ortalamalarının arttığı, ancak artışın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirlenmiştir (15). Bu bulgunun, sağlık personelinin mesleğini icra ederken zamanla hastaların bazı hakları olduğu bilincine varması ve çalışılan yıla paralel olarak artan duyarlılıkla ilgili olduğu düşünülmektedir.

### Sonuç ve Öneriler

Sağlık personelinin hasta hakları ile ilgili bilgi durumu, mesleki durum, cinsiyet, çalışma yılı, hastaların bakım planını ve hasta haklarını bilme durumuna göre değişmektedir. Bu nedenle, sağlık personelinin mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimlerinde hasta hakları konusuna yer verilmesi ve eğitimlerin değerlendirilmesi önerilmektedir.

**İletişim:** Msc. Özlem Duran

**E-posta:** oduran@cumhuriyet.edu.tr

### Kaynaklar

- 1- Akdur R, Aydın E. Tıbbi Etik ve Meslek Tarihi, Ankara: Somgür Yayıncılık; 2001.p.125-155.
- 2- Özlü T. Hasta Hakları, İstanbul: Timaş Yayınları; 2005. p.14-21.
- 3- Uçar M. Askeri Bağlamda Sağlık Hizmetlerinin Boyutu. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2005; 4 (1): 37-44.
- 4- Alptekin K. Sağlık Hakkı ve İnsan Hakları Üzerine Bir Değerlendirme, Türkiye Klinikleri Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi 2004; 12: 132-138.
- 5- Önal G, Civaner M. Hasta Hakları Uygulama Yönergesi: Türkiye'de Hasta Haklarının Yaşama Geçirilmesi İçin Bir Adım, Türkiye Klinikleri 2005; 13(3): 81-85.
- 6- Oğuz Y.N. Hasta Hakları Alanındaki Gelişmeler ve Değişen Değerler, Türkiye Klinikleri Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi 1997; 5(2): 50-55.
- 7- Karakaya H. Hasta Hakları, Sağlık Çalışanları ve Etik, Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi 1996; 4(3):114-117.
- 8- Yılmaz M. Hasta Haklarının Hemşire, Doktor ve Yatan Yetişkin Hastalar Açısından İncelenmesi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 1991, p.22-65.
- 9- Zebiene E, Razgauskas E, Basys V, Baubiniene A, Gurevicius R, Padaiga Z, et al. Meeting Patient's Expectations In Primary Care Consultations In Lithuania, International Journal For Quality In Health Care 2004; 4(1): 37-45.
- 10- Topbaş M, Özlü T, Çan G, Bostan S. Hekimler Hasta Haklarını Ne Kadar Biliyor? Bir Tıp Fakültesindeki Asistan ve İntern Hekimlerin Bilgi Düzeyleri, Türkiye Klinikleri J Med Ethics 2005; 13:81-85.
- 11- Woogara J. Patient's Right To Privacy And Dignity In The NHS, Nurs Stand 2005; 19:33-37.
- 12- Özdemir MH, Ergonen AT, Sonmez E, Can IO, Salacin S. The Approach Taken By The Physicians Working At Educational Hospitals In İzmir Towards Patients Rights, Patient Edc Couns 2006; 61:87-91.
- 13- Ocaktan E, Yıldız A, Özdemir O. Abidinpaşa Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesinde Çalışan Sağlık Personelinin Hasta Hakları Konusunda Bilgi ve Tutumları, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2004; 57(3): 129-137.
- 14- Özer A, Günay O. Kayseri İl Merkezinde Çalışan Hekimlerin Hasta Hakları Konusundaki Bilgi Düzeyleri, Erciyes Tıp Dergisi 2007; 29(1): 56-63.
- 15- Teke A, Uçar M, Demir C, Çelen Ö, Karaalp T. Bir Eğitim Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Hasta Hakları Konusundaki Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007; 6(4): 259-266.
- 16- Eşiyok B, Yaşar ZF, Turla A. Diş Hekimlerinin Hasta Hakları Konusundaki Bilgi Düzeyleri, Türkiye Klinikleri J Med Sci 2007; 27: 367-371.
- 17- Özer A. Kayseri İl Merkezinde Çalışan Hekimlerin Hasta Hakları Konusundaki Bilgi-Tutum ve Davranışları, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Kayseri, 2003, p.106-141.

# Dev Pedüncüle Seboreik Keratoz: Nadir bir Klinik Görünüm ve Dermoskopinin Tanıdaki Rolü

Giant Pedunculated Seborrheic Keratosis: A Rare Clinical Case and the Role of Dermoscopy in Diagnosis



*Dr. Işıl Kılınç Karaarslan\**, *Dr. Meltem Türkmen\*\**, *Dr. Taner Akalın\*\*\**,  
*Dr. Fezal Özdemir\*\*\*\**

**Başvuru Tarihi:** 31 Ağustos 2006 **Kabul Tarihi:** 16 Ocak 2007

## Öz

Abdominal bölge yerleşimli dev pedüncüllü seboreik keratozu olan altmış yaşındaki erkek olgu, olağan dışı klinik görünümüne dikkat çekmek ve tipik beyin benzeri görünümün izlendiği dermoskopinin tanıdaki rolünü vurgulamak amacıyla sunulmuştur.

**Anahtar sözcükler:** Seboreik keratoz, dermoskopi, melanom.

## Abstract

A 60-year-old male patient with a giant pedunculated seborrheic keratosis on the abdomen is presented to point out the possibility of unusual clinical appearances and to emphasize the role of dermoscopy in diagnosis, which shows a typical brain-like appearance.

**Key words:** Seborrheic keratosis, dermoscopy, melanoma.

## Giriş

Seboreik keratoz (SK) sık görülen benign hiperkeratotik bir kutanöz tümördür. Genellikle gövde yerleşimli olmakla birlikte yüzde, kollarda ve bacaklarda da görülebilir. Çoğunlukla deriye yapışık bir görünümde, yüzeysel verrüköz plaklar halinde bulunur. Lezyonların yüzeyinde sıklıkla keratotik tıkaçlı folliküler orifisler bulunur. Lezyon çapı genellikle 1-3 cm olmakla birlikte nadiren 3 cm'den büyük olabilir. Genellikle sarıdan

kahve ya da siyaha değişen renklerde olabilen bu lezyonların melanositik lezyonlardan ayrımı bazen güç olabilmektedir (1).

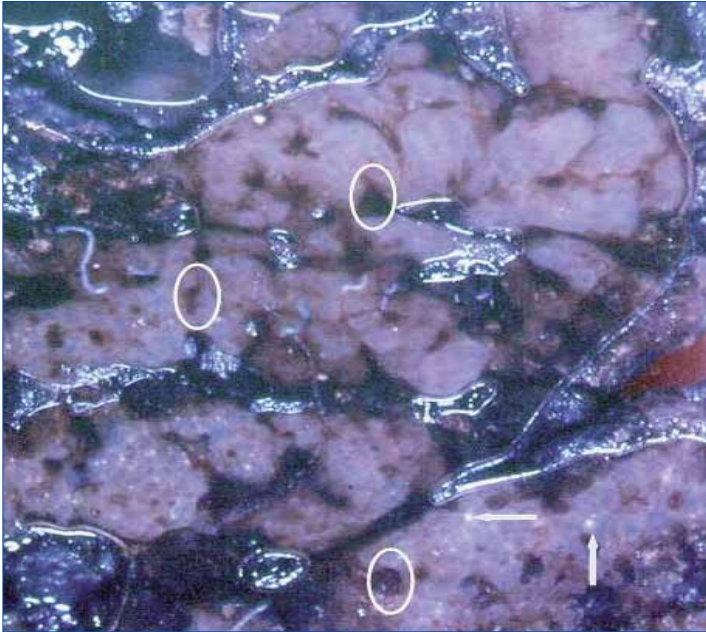
Dermoskopi (dermatoskopi, epilüminesent mikroskopi); pigmente deri lezyonlarının tanısında kullanılan noninvaziv bir in vivo yöntemdir. Melanositik ve nonmelanositik deri lezyonlarının ayırıcı tanısı için çeşitli dermoskopik ölçütler belirlenmiştir. Seboreik keratozun dermoskopik tanısında pigment ağı, agrege globüller, ışınal yapı ya da homojen



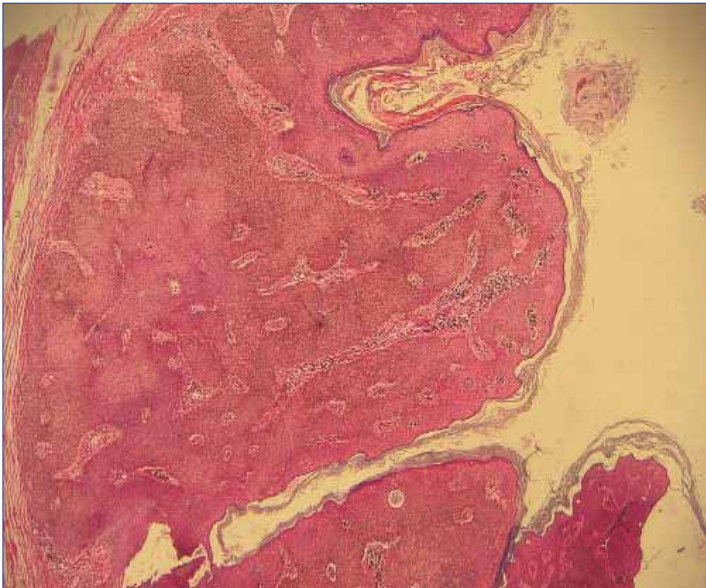
**Resim 1-2.** Abdominal bölgedeki kahverengi-siyah pedüncüllü pigmente lezyon.

\*Uzm.; Ege Ü. Tıp Fak. Dermatoloji AD, İzmir  
\*\*Asis.; Ege Ü. Tıp Fak. Dermatoloji AD, İzmir  
\*\*\*Prof.; Ege Ü. Tıp Fak. Patoloji AD, İzmir  
\*\*\*\*Prof.; Ege Ü. Tıp Fak. Dermatoloji AD, İzmir





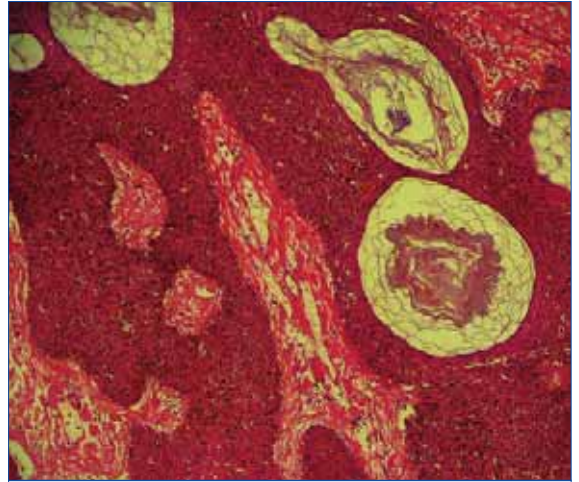
**Resim 3. Dermoskopik görüntü:** Multipl milia benzeri kistler (ok), yaygın komedon benzeri açıklıklar ve kriptler (daire) ile beyin benzeri görünüm



**Resim 4. Seboreik keratoz.** Akantotik görünüm ve papillamatozis oluşturan bantlarla anastomoz yapan bazaloid hücre proliferasyonu. HE x 40

mavi pigmentasyon gibi melanositik kriterlerin olmaması ve milia-benzeri kistler, komedon benzeri açıklıklar ya da düzensiz kriptlerle karakterize beyin benzeri görünüm olarak adlandırılan global paternin varlığı karakteristiktir (2).

Burada dev pedünküllü seboreik keratozu olan bir olgu, olağan dışı klinik görünümüne dikkat çekmek ve tanıda dermoskopinin önemini vurgulamak amacıyla sunulmuştur.



**Resim 5. Seboreik keratoz.** Keratin kistlerinin eşlik ettiği bazaloid hücre proliferasyonu. HE x 100

### Olgu

Altmış yaşındaki erkek olgu abdominal bölge yerleşimli, kahverengi-siyah renkte, dev bir pigmente lezyon nedeniyle kliniğimize başvurdu. Pedünküllü olan bu lezyon, 5x4 cm boyutlarında ve deriye yapışık verrüköz plak görünümündeydi. Hasta on beş yıldır var olan bu lezyonun zamanla büyüdüğünü ve kabardığını belirtti (Resim 1, 2). Dermoskopik incelemede multipl milia benzeri kistler, lezyonda yaygın bir şekilde dağılmış komedon benzeri açıklıklar ve kriptler ile beyin benzeri görünüm izlendi (Resim 3). Mikroskopik incelemede geniş kordonlar oluşturmuş bazaloid hücre proliferasyonu ve keratin kistleri ile karakterli seboreik keratoz (akantotik tip) bulguları izlendi (Resim 4, 5).

### Tartışma

Literatürde, soliter ya da multipl dev seboreik keratozu olan az sayıda olgu bildirisi vardır (3-12). Bizim olgumuzda klinik görünüm pigmente dev pedünküllü seboreik keratoz ile uyumluydu.

Pigmente deri lezyonlarının ayırıcı tanısında yer alan en önemli lezyon melanositlerden köken alan bir malinite olan melanomdur. Melanom tüm deri kanserlerinin %4'ünü oluşturduğu halde, deri kanserlerine bağlı ölümlerin %75'inden sorumlu en tehlikeli deri kanser tipidir. Genellikle rengi, şekli ya da çapında değişim öyküsü olan koyu kahve-siyah renkli lezyonlar biçiminde görülür. Lezyonun asimetric olması, kenarlarının düzensiz olması, renk alacası olması, çapının

artış göstermesi tanıda yardımcı olan ip uçlarıdır. Tedavide en önemli nokta lezyonun erken tanınabilmesidir. Uzun yıllar içinde gelişim göstermiş olsa bile, dev pigmente lezyonların ayırıcı tanısında melanomu ekarte etmek gereklidir. De Giorgi ve ark., abdomen bölgesinde, on beş yıl içerisinde büyüme ve elevasyon gösteren dev pigmente lezyonu olan (en üst çapı 16 c m) bir melanom olgusu bildirmişlerdir (13).

Bizim olgumuzda da lezyonun klinik görünümü SK'in kesin tanısı için yeterli değildi. Lezyonun dev boyutu, koyu kahve-siyah rengi ve hastanın yaşı melanom açısından kısmen şüphe uyandırıyor. Bu noktada dermoskopi, tipik beyin benzeri görünüm ile kesin tanıyı koymamızı sağladı. Lezyon yalnızca hastanın isteği nedeniyle eksize edildi.

**İletişim: Dr. Meltem Türkmen**

**E-posta: meltemturkmen@hotmail.com**

### Kaynaklar

- 1- Seborrheic keratosis. In: Odom RB, James WD, Berger TG (eds): *Andrews' Diseases of The Skin*, 9th ed, W.B. Saunders Company, Philadelphia, 2000: 804-6.
- 2- Soyer HP, Argenziano G, Chimenti S, Menzies SW, Pehamberger H, Rabinovitz HS, Stolz W, Kopf AW. *Dermoscopy of Pigmented Skin Lesions: An atlas based on the Consensus Net Meeting on Dermoscopy 2000*. Milan, EDRA Medical Publishing&New Media, 2001:20-31.
- 3- Phiske M, Mamidwar S, Dhurat R, Jerajani HR, Randive N, Joshi M. Giant lobulated seborrheic keratosis at an unusual site. *Indian J Pathol Microbiol*. 2003; 46(1):96-7.
- 4- Okazaki M, Ueda K. Unprecedented giant seborrheic keratosis on the scalp. *Ann Plast Surg*. 1998; 41(1):105-6.
- 5- Di Benedetto G, Pierangeli M, Bertani A. A peculiar case of multiple gigantic seborrheic keratoses. *Plast Reconstr Surg*. 1997; 99(5):1466-7.
- 6- Tsuji T, Morita A. Giant seborrheic keratosis on the frontal scalp treated with topical fluorouracil. *J Dermatol*. 1995; 22(1):74-5.
- 7- Mochizuki T, Fujigaki T, Tanaka S, Hironaga M. Giant irritated seborrheic keratosis mimicking verrucous carcinoma. *J Dermatol*. 1985; 12(4):341-3.
- 8- Pepper E. Dermabrasion for the treatment of a giant seborrheic keratosis. *J Dermatol Surg Oncol*. 1985; 11(6):646-7.
- 9- Baer RL. Giant pedunculated seborrheic keratosis. *Arch Dermatol*. 1979; 115(5):627.
- 10- Kingsley HJ. A case of giant multiple seborrheic keratosis associated with internal malignancy. *Cent Afr J Med*. 1972; 18(2):34.
- 11- Wayne L 2nd, Miller CF Jr, Bowers RF. Giant seborrheic keratosis. Treated surgically. *Arch Surg*. 1964; 89:1116-8.
- 12- Phiske M, Mamidwar S, Dhurat R, Jerajani HR, Randive N, Joshi M. Giant lobulated seborrheic keratosis at an unusual site. *Indian J Pathol Microbiol*. 2003; 46(1):96-7.
- 13- De Giorgi V, Massi D, Carli P. Giant melanoma displaying gross features reproducing parameters seen on dermoscopy. *Dermatol Surg*. 2002; 28 (7):646-7.

## Kongrelerden



### 2. Uluslararası Katılımlı Çocuk İstismarını ve İhmalini Önleme Sempozyumu

**Tarih:** 8-10 Mayıs 2008

**Yer:** Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Konferans Salonu/Ankara

**Konular:** İstismara Uğramış Çocuk ve

- Adli süreç
- Eğitimci yaklaşımı
- Sağlık alanında yaklaşım
- Sosyal hizmet yaklaşımı
- Medya
- Çocuk koruma sistemimizdeki sorunlar ve çözüm önerileri
- Engelli çocuklar

### 5. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi

**Tarih:** 27-29 Mayıs 2009

**Yer:** Gaziantep

**Düzenleyen:** Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD ve Sosyal Pediatri Derneği

**Konular:** Gaziantep'te bebek dostu il ile ilgili yapılan çalışmalar, çocuk sağlığı izlem ilkeleri, kanıta dayalı gebe sağlığı izlemi, kadın sağlığının çocuk sağlığı üzerine etkileri, aile sağlığı ve çocuk sağlığı ilişkisi, Ek besinlere geçiş ve yöresel farklar, ishalleri çocuğa yaklaşım, aşı uygulamaları ve uygulamalar sırasında sık karşılaşılan sorunlar, dünyadaki ulusal aşı programlarındaki gelişmeler, Türkiye'de YD. taramalarının durumu, çocuk işçiliği ve bunun çocuk istismarı ile bağlantısı, beslenmede yenilikler, nutrigenomik, genetik ve beslenme, yağ asitleri.



# Serebral Paralizi'li Çocukların ve Ailelerinin Demografik Özelliklerinin İncelenmesi

Investigation of Demographic Characteristics of Children with Cerebral Palsy and of Their Families



*Pelin Piştav Akmeşe\*, Akmer Mutlu\*\*, Mintaze Kerem Günel\*\*\**

**Başvuru Tarihi:** 20 Mart 2007 **Kabul Tarihi:** 4 Ocak 2008

## Öz

**Amaç:** Bu çalışma; Serebral Paralizi (SP)'li çocukların ve ailelerinin demografik özelliklerinin incelenmesi amacıyla planlandı.

**Gereç ve Yöntem:** Bu çalışmada Ankara Fizik Tedavi Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Rehabilitasyon Kliniği'nde Ocak-Ağustos 2006 tarihleri arasında yatarak tedavi gören 104 SP'li çocuğun ve ailelerinin demografik özellikleri retrospektif olarak incelendi. Olguların yaş, cinsiyet, SP tanısı aldığı yaşları, klinik tipleri, anne ve babaların sosyokültürel ve ekonomik özellikleri sorgulandı.

**Sonuçlar:** Olguların 31'i (yüzde 29.8'i) kız, 73'ü (yüzde 70.2'si) erkekti ve yaş ortalamaları  $6.8 \pm 2.4$  yıl idi (4-12). Olgulardan 54'ü (yüzde 52.0'i) 0-1 yaş arasında tanı alırken, 26'sı (yüzde 25.0'i) 1-2 yaş arasında tanı almıştı. Olgular klinik tip açısından incelendiğinde, yüzde 73.1 oranıyla en fazla spastik tip SP mevcuttu. Annelerin yaş dağılımı 26-40, babaların ise 31-40 yaş arasında idi. Ailelerden 67'si (yüzde 64.4') Ankara dışında yaşarken, 37'si (yüzde 35.6'sı) Ankara'da yaşıyordu. Ailelerden 46'sı (yüzde 44.2'si) SP hakkında yeterli bilgiye sahipti.

**Tartışma:** Ülkemizde SP prevalansının oldukça yüksek olması, SP'li çocukların ve ailelerinin demografik özelliklerini ortaya koyma gerekliliğini artırmaktadır. Demografik özelliklerin belirlenmesinin, etkin rehabilitasyon hedeflerinin saptanmasına katkıda bulunabileceği değerlendirilmiştir.

**Anahtar sözcükler:** Serebral paralizi; demografik özellikler.

## Giriş

Serebral Paralizi (SP), gelişmekte olan fetal ya da infant beynindeki nonprogresif hasara bağlı olarak, hareket ve postür gelişiminde bozukluğa ve aktivite kısıtlılıklarına neden olan tablo olarak tanımlanmaktadır. SP'de motor bozukluklara sıklıkla kognitif, duyu, iletişim, algılama, davranış, nöbet bozuklukları eşlik etmektedir (1). SP'nin klinik tipi açısından farklı sınıflandırmaları olmakla birlikte en sık kullanılan sınıflandırma; spastik, diskinetik, ataksik, hipotonik ve miks tiptir. Spastik tip,

## Abstract

**Objective:** This study was planned to examine the demographic characteristics of children with cerebral palsy (CP) and of their families.

**Material and Methods:** In this study, the demographic characteristics of children with cerebral palsy (CP) and of their families were investigated retrospectively in 104 children who were hospitalized for rehabilitation in Ankara Physical Therapy and Rehabilitation Education and Research Hospital, Pediatric Clinic between January-August 2006. Age, sex, age at diagnosis, clinical type and social, cultural and economic characteristics of families were examined.

**Results:** Mean age of the children was  $6.8 \pm 2.4$  years (min:4-max:12); 31 (29.8%) were females and 73 (70.2%) were males. 54 of the children (52.0%) were diagnosed in the first year of life and 26 (25.0%) in the second year. When the clinical type of CP was investigated, the most common type was spastic type with 73.1%. Ages of the mothers were between 26-40 and the fathers between 31-40. 67 families (64.4%) were living outside Ankara while 37 (35.6%) lived in Ankara. 46 families (44.2%) had sufficient knowledge about CP.

**Conclusion:** The high prevalence of CP in our country requires that the demographic characteristics of children with CP and of their families be elucidated. Determination of demographic characteristics may contribute to designate effective rehabilitation targets.

**Key words:** Cerebral palsy; demographic characteristics.

SP'nin en fazla karşılaşılan tipidir (4, 2). Prematüre ve düşük doğum ağırlığıyla doğan bebeklerde, zamanında doğan ve normal doğum ağırlığına sahip bebeklere göre SP riski oldukça yüksektir (3).

SP prevalansı ile ilgili birçok ülkede çalışmalar yapılmıştır. Üçüncü dünya ülkelerinde, özellikle perinatal nedenlere bağlı olmak üzere; SP prevalansı daha yüksektir (4). Türkiyedeki SP prevalansı ile ilgili son yapılan çalışmada ise, oran 1000 canlı doğumda 4.4

\* Uzm. Fzt.; Ankara Fizik Tedavi ve Rehab. Eğitim ve Arş. Hastanesi, Ankara

\*\* Uzm. Fzt.; Hacettepe Ü. Fizik Tedavi ve Rehab. YO, Ankara

\*\*\*Doç.; Hacettepe Ü. Sağlık Bilimleri Fak., Fizik Tedavi ve Rehab. Bölümü, Ankara

olarak bulunmuştur (5). Sağlık kontrollerindeki yetersizlikler, elverişsiz doğum koşulları, yüksek ateş, hastalıklar, malnutrisyon ve akraba evliliklerinin bu oranın yükselmesine neden olduğu tahmin edilmektedir (6).

Türkiyedeki yüksek SP prevalansı, bu çocukların ve ailelerinin demografik özellikleri ile ilgili çalışmalara gereksinimi artırmaktadır. Bu amaçtan yola çıkarak; çalışmamız SP'li çocukların ve ailelerinin demografik özelliklerinin incelenmesi amacıyla retrospektif olarak yapıldı.

### Gereç ve Yöntem

Bu çalışmada Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Rehabilitasyon Kliniğinde Ocak-Ağustos 2006 tarihinde yatarak tedavi gören, yaş ortalaması  $6.8 \pm 2.4$  yıl olan 104 SP'li çocuğun ve ailelerinin demografik özellikleri retrospektif olarak incelendi. Olguların yaş, cinsiyet, doğum şekli, doğum zamanı, tanı aldığı yaş, kaçınıcı çocuk olduğu, anne-babaların yaşı ve meslekleri, akrabalık durumları eğitim durumları, ailenin çocuk sayısı, ailenin sosyal güvencesi, aile tipi, ailenin yaşadığı il ve yer, hastalık hakkında ailelerin bilgilendirilme durumu sorgulandı. SP klinik ve anatomik tiplemesi yapıldı, işlevsel bağımsızlık düzeyleri saptandı. Çalışmanın yapılabilmesi için Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Eğitim Planlama Kurulu (EPK) ve çocukların ailelerinden izin alındı.

### Sonuçlar

Bu bölümde SP'li çocukların ve ailelerin özelliklerine ilişkin araştırma sonuçlarına yer verilecektir. SP'li çocukların demografik özellikleri Tablo 1'de yer almaktadır.

SP'li olguların 31'i kız (yüzde 29.8'i), 73'ü (yüzde 70.2'i) erkek, yaş ortalamaları  $6.8 \pm 2.4$  yıl(4-12) idi. Olguların 52'si (yüzde 50.0'i) miadında, 42'si (yüzde 40.4'ü) premature, 10'u (yüzde 9.6'sı) geç doğum olup, 62'si (yüzde 59.6'sı) normal doğum, 42'si (yüzde 40.4'ü) sezaryen ile doğmuşlardı. Olguların 54'ü (yüzde 52,0'u) 0-1 yaş, 26'sı (yüzde 25.0'i) 1-2 yaş, 12'si (yüzde 11.5'i) 2-3 yaş arasında, 12'si (yüzde 11.5'i) 3 yaşın üstünde tanı almıştı. Anne- baba arasındaki akrabalık sorgulandığında; 10'unda (yüzde 9.6) ebeveyn arasında birinci derece, 13'ünde (yüzde 12.5) ikinci derece akrabalık mevcuttu. Olguların 37'si (yüzde 35.6'sı) ailenin ilk çocuğu iken, 22'si (yüzde 21.2'si) ortanca, 45'i (yüzde

43.3'ü) son çocuğu.

Olgular SP klinik tiplemesine göre dağılımı; 76'sı (yüzde 73.1'inin) spastik tip, 10'u (yüzde 9.6'sının) diskinetik tip, 7'si (yüzde 6.7'sinin) ataksik tip, 11'i (yüzde 10.6'sının) mikst tip SP şeklinde, anatomik tiplemesine göre ise; 49'u (yüzde 47.1'inin) diparatik, 37'si (yüzde 35.6'sının) kuadriparatik, 18'i (yüzde 17.3'ünün) hemiparatik tip SP şeklinde idi.

SP'li çocukların işlevsel bağımsızlık düzeylerine ilişkin bilgiler Tablo 2'de yer almaktadır.

Olguların yemek yeme, giyinip soyunma ve tuvalet ihtiyacı açısından fonksiyonel bağımsızlık düzeyleri Portage özbakım kontrol listesi uygulanmıştır. "Yaptı", "yardımla yaptı", "yapmadı" şeklinde annelere sorularak ve gözlenerek değerlendirilmiştir (7).

SP'li çocukların ailelerinin demografik özellikleri Tablo 3'te gösterilmiştir.

Annelerin yaş ortalaması  $32.2 \pm 4.3$  yıl babaların yaş ortalaması  $34.4 \pm 3.6$  yıldır. Annelerin hepsi ev kadını idi. Babaların ise 53'ü (yüzde 51.0'i) serbest meslek sahibiydi. Sosyal güvence açısından ailelerin 51'i (yüzde 49.0'i) yeşil kartlı idi. SP'li çocukların ailelerinin 67'si (yüzde 64.4'ü) Ankara dışında yaşarken, 37'si (yüzde 35.6'sı) ilçede, 22'si (21.2'si köyde) yaşamaktaydılar, Ankara dışından yaşayanların (yüzde 35'i) ilçede, (yüzde 21'i) köyde yaşamaktaydılar. Ailelerden 46'sı (yüzde 44.2'si) SP hakkında yeterli bilgiye sahipti.

### Tartışma

Çalışmamıza Ankara Fizik Tedavi Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği'nde yatarak tedavi gören SP tanısı almış 104 hasta alındı. Bu araştırma, hastanemizde yatarak tedavi gören SP'li olguların demografik özelliklerine bir bakış açısı getirerek daha sonraki kapsamlı çalışmalara katkısı olacağı düşünülerek planlandı.

Çalışmamıza alınan olguların yüzde 70.2' si erkekti. Doğan ve arkadaşlarının aynı klinikte 2001 yılında yaptıkları çalışmada, erkek çocukların oranını yüzde 48.0'ı olarak belirtmişlerdir. Bu cinsiyet dağılımındaki farklılığın o döneme ait bir bulgu olduğunu göstermektedir (8). Olguların (yüzde 40.4'ü) 37 haftanın altında prematüre doğum öyküsüne sahipti. Serdaroğlu ve arkadaşlarının

**Tablo 1.** Serebral Paralizi'li çocukların demografik özellikleri (Sayı: 104)

Yaş	Yaş (X- SD) 6.8- 2.4	Alt sınır-Üst sınır 4yaş-12 yaş
	Sayı	Yüzde Dağılımı
<b>Cinsiyet</b>		
Kız	31	29.8
Erkek	73	70.2
<b>SP Tanı Aldığı Yaş</b>		
0-1 yaş	54	52.0
1-2 yaş	26	25.0
2-3 yaş	12	11.5
3 yaş ve üstü	12	11.5
<b>Doğum Şekli</b>		
Normal Doğum	62	59.6
Sezaryen	42	40.4
<b>Doğum Zamanı</b>		
Miadında	52	50.0
Prematüre	42	40.4
Geç doğum	10	9.6
<b>Akrabalık</b>		
Birinci derece	10	9.6
İkinci derece	13	12.5
Yok	81	77.9
<b>Kaçıncı çocuk</b>		
İlk çocuk	37	35.6
Ortanca	22	21.2
Son çocuk	45	43.3
<b>Klinik tip</b>		
Spastik	76	73.1
Diskinetik	10	9.6
Ataksik	7	6.7
Mks	11	10.6
<b>Ekstremitte Dağılımı</b>		
Diparatik	49	47.1
Kuadriparatik	37	35.6
Hemiparatik	18	17.3

**Tablo 2.**Serebral Paralizi'li çocukların fonksiyonel bağımsızlık düzeyleri (Sayı: 104)

Fonksiyonel bağımsızlık düzeyleri	Sayı	Yüzde Dağılımı
<b>Yemek yeme</b>		
Yardımsız yer	41	39.4
Yardımla yer	42	40.4
Kendi yiyemez	21	20.2
<b>Giyinip-soyunma</b>		
Yardımsız giyinip-soyunma	16	15.4
Yardımla giyinip-soyunma	58	55.8
Kendi yapamaz	30	28.8
<b>Tuvalet ihtiyacı</b>		
Yardımsız tuvalet ihtiyacını giderir	16	15.4
Yardımla tuvalet ihtiyacını giderir	54	51.9
Tuvalet ihtiyacını karşılayamaz	34	32.7

çalışmasında 186 SP'li çocuğun yüzde 48.3'ünde prematüre doğum öyküsü varken, yüzde 51.6'sinde normal ve geç doğum öyküsü vardı (5). Doğan ve arkadaşlarının çalışmasında 98 olgunun yüzde 40,8'i prematüre doğum öyküsü vardı. 8 Bu sonuçlar birbiriyle uyum göstermektedir.

SP'li çocukların anne babalarının yüzde 22.1'inde akraba evliliği olduğu görülmektedir. Türkiye'de yüzde 20-25 oranında akraba evliliği yapıldığı belirlenmiştir (9). Bir başka çalışmada bu oran yüzde 29.0 olarak belirtilmiştir (8). Ülkemizde hala akraba evliliği prenatal nedenler arasında önemli yer tutmaktadır.

"*Surveillance of Cerebral Palsy in Europe*" grubunun Avrupada 14 merkezde 4792 SP'li çocuk üzerinde yürüttükleri araştırmalarında, spastik SP oranını yüzde 84.1 olarak bulmuşlardır (9). Serdaroğlu ve arkadaşlarının Türkiye'deki SP prevalansını araştırdıkları çalışmalarında, spastik tip yüzde 87.7 oranı ile görülen en sık SP tipi idi (5). Doğan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada spastik tip oranı (yüzde 78,5) idi (8). Yüzde 73.1'lik spastik tip oranı ile sonuçlarımız literatür sonuçlarına benzemektedir. Ekstremitte dağılımı açısından spastik diparazi yüzde 47.1 oranı ile en fazla karşılaşılan tablo idi. Serdaroğlu ve arkadaşlarının çalışmasındaki yüzde 39.8', Doğan ve arkadaşlarının çalışmasındaki yüzde 38.8 spastik diparazi oranıyla paralellik göstermektedir (5,8).

Çocukların işlevsel bağımsızlık düzeyleri (yemek yeme, giyinip soyunma, tuvalet gereksinimi), Portage özbakım kontrol listesi ile, yardımcı ya da yardımsız yapmalarına göre değerlendirilmiştir, ancak *Functional Independence Measure for Children (WeeFIM)* gibi daha ayrıntılı test bataryalarının kullanımıyla olguların işlevsel bağımsızlık düzeyi hakkında daha ayrıntılı bilgi edinilebilirdi (11).

Çalışmamızda SP'li çocukların yanında, anne ve babaların demografik özelliklerini de inceledik, çünkü SP'li çocuk ve ailesi bütün olarak ele alınarak; uygulanan rehabilitasyonun yaşam kalitesini artırması hedeflenmektedir. Ülkemizde ailelerin sosyodemografik özellikleri ile ilgili olarak Caner ve arkadaşlarının 314 vakayla yaptıkları çalışmada, annelerin (yüzde 77.0) oranında ev

<b>Tablo 3. Sağlık personelinin bazı özelliklerine göre hasta hakları bilgi puan ortalamalarının yüzde dağılımı</b>				
	<b>Anne</b>		<b>Baba</b>	
	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Meslek</b>				
İşçi	0	0.0	32	30.8
Memur	0	0.0	14	13.5
Serbest	0	0.0	53	51.0
Vefat	0	0.0	5	4.8
<b>Eğitim durumu</b>				
Okur-yazar değil	8	7.7	5	4.8
İlkokul Mezunu	72	69.2	60	57.7
Ortaokul Mezunu	8	7.7	14	13.5
Lise Mezunu	16	15.4	19	18.3
Üniversite mezunu			6	5.8
			<b>Sayı</b>	<b>Yüzde Dağılımı</b>
<b>Çocuk sayısı</b>				
Tek Çocuk			17	16.3
2 çocuk			34	32.7
3 çocuk			33	31.7
4 ve üstü			20	19.2
<b>Sosyal Güvence</b>				
Emekli Sandığı			10	9.6
SSK			28	26.9
Bağ-kur			15	14.4
Yeşil kart			51	49.0
<b>Aile tipi</b>				
Çekirdek			68	65.4
Geniş			36	34.6
<b>Yaşadığı il</b>				
Ankara			37	35.6
Ankara dışı			67	64.4
<b>Yaşadığı yer</b>				
İl			45	43.3
İlçe			37	35.6
Köy			22	21.2
<b>Hastalık hakkında bilgilendirilme durumu</b>				
Evet			46	44.2
Hayır			58	55.8

kadını olduğu, yüzde 9.9 oranında okuma yazma bilmedikleri, yüzde 50.0'inin ilkokul mezunu olduğu belirtilmiştir (12). İrdesel ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada, annelerin yüzde 86.0'ının ev kadını olduğu yüzde 6.0'ının okur yazar olmadığı, yüzde 73.0'ının ilkokul mezunu olduğu bildirilmiştir. Babaların yüzde 44.0'ının işsiz, yüzde 36.0'ının serbest meslek sahibi olduğu, yüzde 1.0'ının okur

yazar olmadığı, yüzde 59.0'ının ilkokul mezunu olduğu anlaşılmaktadır (13). Doğan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada annelerin tamamına yakını ev kadını olup, yüzde 26.5'inin okur yazar olmadığı, yüzde 58.9'unun ilkokul mezunu olduğu, babaların yüzde 48.9'u serbest meslek sahibi olup yüzde 58,1'i ilkokul mezunu olduğu belirtilmiştir (8). Çalışmamızda ise annelerin tamamı ev kadını olup, yüzde 7,7'sinin okur yazar olmadığı,



yüzde 69.2'sinin ilkökul mezunu olduğu belirlenmiştir. Babaların yüzde 4.8'i okur yazar değil, yüzde 57.7'si ilkökul mezunu olup yüzde 51.0'ünün serbest meslek sahibi olduğu belirlenmiştir. Ailelerin eğitim düzeylerindeki düşüklük, olgularımızın çoğunun kırsal kesimden başvurmasına bağlanabilir.

Ailelerin yüzde 55.8'i çocukların tanısı hakkında yeterli bilgiye sahip değildi. McKay ve Hensey'in 1990 yılında yaptıkları çalışma; SP'li çocuğa sahip ailelerin yüzde 58.0'ünün sağlık çalışanlarından yeterli bilgi almadıklarını göstermiştir (14). Bu sonuçlar tanı hakkında ailenin daha fazla bilgiye ihtiyacı olduğunu ve rehabilitasyon ekibinin bu konu üzerinde daha fazla durması gerektiğini düşündürmektedir.

SP oranı gelişmiş ülkeler için 1000 canlı doğumda 1.5 ila 2.5 olarak verilmektedir (2). Türkiyede'ki SP oranı ile ilgili son yapılan çalışmada ise, oran 1000 canlı doğumda 4.4 olarak bulunmuştur (5). Ülkemizde SP prevalansının oldukça yüksek olması, SP'li çocukların ve ailelerinin demografik özelliklerini ortaya koyma gerekliliğini artırmaktadır. Demografik özelliklerin belirlenmesinin, etkin rehabilitasyon hedeflerinin saptanmasına, çocuğun ve ailenin yaşam kalitesinin artırılmasına katkıda bulunabileceğini düşünmekteyiz.

**İletişim:** Mintaze Kerem Günel

**E-posta:** mintaze@yahoo.com

#### Kaynaklar

- 1- Bax M, Goldstein M, Rosenbaum P, Leviton A, Panneth N. Proposed definition and classification of cerebral palsy. Dev Med Child Neurol 2005 ;47: 571-76.
- 2-Albright A. Spasticity and Movement Disorders in Cerebral Palsy. Journal of Child Neurology 1996; 11, 1-4.
- 3-Olney S & Wright M. Cerebral palsy. In: Physical Therapy for Children (ed. S. Campbell D.Vander Linden, R. Palisano ), 2000; Pp 533-571, W.B.

Saunders Company, Philadelphia, USA.

- 4- Aicardi J & Bax M. Cerebral palsy. In: Diseases of the Nervous System in Childhood (ed. J. Aicardi) 1998; pp. 210-40. Mac Keith Press, London.
- 5- Serdaroğlu A, Cansu A, Ozkan S, Tezcan S. Prevalence of Cerebral Palsy in Turkish Children between the ages of 2 and 16 years, Dev Med Child Neurol 2006; 48, 413-16.
- 6- Kerem M, Livanelioğlu A, Topçu M. Effects of Johnstone Pressure splints combined with neurodevelopmental therapy on spasticity and cutaneous inputs in spastic cerebral palsy. Dev Med Child Neurol 2001; 43,307-13.
- 7- Kobal, G. Serebral paralizili çocuklarda özbakım becerilerinin kazandırılması. Bilim Uzmanlığı Tezi(basılmamış). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara. 1993.
- 8- Doğan A, Erkin G, Aybay C, Özgirgin N. Serebral palsili olgularımızın sosyodemografik, etyolojik ve klinik özellikleri. Fiziksel Tıp Dergisi. 2001;4(1):7-12.
- 9- Tuncbilek, E. Clinical outcomes of consanguineous marriages in Turkey. Turk J Pediatr. 2001; 43(4),277-79.
- 10- Surveillance of Cerebral Palsy in Europe (SCPE). Surveillance of cerebral palsy in Europe: a collaboration of cerebral palsy surveys and registers. Dev Med Child Neurol. 2000; Dec;42(12),816-24.
- 11- Ottenbacher KJ, Msall ME, Lyon N,et al. The WeeFIM instrument: its utility in detecting change in children with developmental disabilities. Arch Phys Med Rehabil. 2000; Oct;81(10):1317-26.
- 12- Caner K. 314 Serebral palsili olgunun rehabilitasyon sonuçlarının değerlendirilmesi. Ankara Fizik Tedavi Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uzmanlık Tezi, Ankara.1998.
- 13- İrdesel J, Pekanık N, Küçükoğlu S. Serebral palsy:sosyal ve ekonomik problemler. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi, 1998;4:72-75.
- 14- McKay M, Hensey O. From the other side: parents' views of their early contacts with health professionals. Child: Care, health and development, 1990; 16, 373-80.

#### STED Okuyucu Danışma Kurulu'nda yer almak ister misiniz?

Lütfen bize Dergi ile ilgili değerlendirmelerinizi yazınız. Bundan sonraki sayılar sizin de katkınızla oluşsun. Sizden gelecek her türlü katkı, öneri ve eleştiri bizim için çok önemli... İletişim kolaylığı için açık adresinizi, telefon numaralarınızı ve varsa elektronik posta adresinizi eklemeyi unutmayınız.

	STED'den	I		Kadın ve Sağlık "Halk Hekimliğinde Kadın İyileştiriciler" <i>Dr. Hafize Öztürk Türkmen</i>	VIII
	STED Yazarlarına Bilgi	II		Klavayem, Stetoskopum ve Ben "Veritabanı Kullanarak Etiket Bastırmak" <i>Arif Onan</i>	XII
	Tütün Epidemisi ve Küresel Tütün <i>Dr. Dilek Aslan, Dr. Nazmi Bilir</i>	IV		TTB-STE Kredi Puanı ve Kitap Kazananlar	XIII
	Türkiye'nin Sağlığını Okumak <i>Dr. Onur Hamzaoğlu</i>	V		Sağlık Ocaklarımızdan "Reşadiye Merkez Sağlık Ocağı" <i>Dr. Yusuf Çelik</i>	XIV
	Mesleki Beceri "Kadın Genital Sistem Muayene Becerisi" <i>Dr. Orhan Odabaşı, Dr. Melih Elçin</i>	VI		TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2007 Sonuçları	XVII
				Ödüllü Bulmaca	XX

## 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 içinde yer alacaktır. STED'de birinci basamağın çalışma alanına giren konularda yapılmış araştırma yazıları, derlemeler, olgu sunumları, sağlık ocağı ve AÇS-AP merkezi gibi birinci basamak kurum tanımları ve hekim günlükleri yayımlanır.

**Dergide yayımlanacak makalelerin aşağıda belirtilen özellikleri taşıması gerekmektedir:**

- Yazılar daha önce başka yerde yayımlanmamış olmalıdır.
- Konuların işleme 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, ancak 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](http://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 yazışmadan 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 verilmemelidir, 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 gereşsel 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 increasead 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 -Verlang; 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](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 çeviri yapanın adı, unvanı, görevi yazılmış olmalı, çeviri yapılan yazının aslı da (fotokopi olarak) gönderilmelidir.

**Metinlerin Gönderilmesi**

Metinler, tüm yazarların imzaladığı bir üst yazıyla gönderilmelidir. 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](mailto:sted@ttb.org.tr) adresine e-posta ile gönderilebilir. Yayımlanması uygun görülen yazılarda, belirlenen eksikliklerle ilgili düzeltme ve düzenlemeler Yayın Kurulu'nca 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](mailto:sted@ttb.org.tr) e-posta adresinden bilgi istenebilir.

**Ayrıntılar için:** [http://www.ttb.org.tr/STED/sted\\_yazar.pdf](http://www.ttb.org.tr/STED/sted_yazar.pdf)



Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'nin imzalanmasından ve yürürlüğe girmesinden bu yana tarihinde ilk kez küresel bir sağlık sorunu olarak tanımladığı tütün epidemisi konusundaki çalışmalarını hızlandırmıştır. Bu yazı kapsamında son dönemde DSÖ tarafından ilan edilen "Tütün Epidemisi ve Küresel Tütün Kontrolü İle İlgili 10 Önemli Konu" ele alınmıştır:

1- Tütüne bağlı hastalıklara bağlı olarak (kalp ve damar hastalıkları, kanser, vb) dünyada her yıl 5,4 milyon kişi yaşamını yitirmektedir. Bu günkü eğilimi sürdürdüğünde 2030 yılına kadar bu rakamın her yıl için 8 milyonun üzerinde olacağı tahmin edilmektedir. Tütün, dünyada ölüme yol açan ilk sekiz durumun altısının temel nedenidir.

2- Tütün salgını son yıllarda gelişmekte olan ülkeleri daha fazla etkilemektedir. Bunun nedeni tütün endüstrisinin temel hedef ve stratejilerini bu ülkelere yönlendirmiş olmalarıdır. Üstelik ergenler, genç erişkinler ve kadınlar geçmişe göre daha fazla risk altındadır. Tütün endüstrisinin en "katı" stratejilerini bu gruplara yönelik planlamakta ve uygulamaktadır.

3- Tütün salgını tamamıyla insanlar tarafından yaratılmış bir sorundur. Bu sorun aynı zamanda önlenebilir bir sorundur. Dünya nüfusunun yalnızca %5'i tütünden korunabilen stratejilerin çok iyi olduğu ülkelerde yaşamaktadır.

4- DSÖ; tütün salgınından korunabilmek için "MPOWER STRATEJİLERİ"ni geliştirmiştir: M-(Monitor): Tütün kullanım durumunun ve korunma yollarını sürekli olarak izlemek ve değerlendirmek

P- (Protect): Bireylerin sigara dumanından pasif etkilenimi önlemek

O- (Offer help): Bireylere sigara bırakmaları konusunda öneriler geliştirmek ve yardım etmek

W- (Warn): Bireyleri tütünün zararları konusunda uyarmak

E-(Enforce): Tütün ürünleri ile ilgili her türlü reklam, promosyon ve sponsorluk konusunda yasakları uygulamak

R-(Raise): Tütüne uygulanan vergileri artırmak

5- MPOWER strateji 1: Tütün kullanım sıklığının ve korunma yollarının sürekli izlenmesi. Dünya ülkelerin yarısında (bu ülkelerin de üçte ikisinde) gençlik dönemi yetişkin yaş grubunda tütün kullanım sıklığı ile ilgili hiçbir verileri bulunmamaktadır.

6- MPOWER strateji 2: Bireylerin sigara

dumanından pasif etkileniminin engellenmesi. Dünyada ülkelerin yarısından fazlasında işyerlerinde ve diğer kapalı ortamlarda sigara içilmektedir. Gelişmiş ülkelerde "tütünsüz" ortamların artırılmasına yönelik önlemler (yasaklar, uygulamalar) sonucunda çalışanlar arasında tütün kullanımı %29 azaltmıştır.

7-MPOWER strateji 3: Tütün kullanımını bırakmak isteyenlere yardımcı olunması. Tütün kullanan ve tütünün zararlarını bilen kişilerin dörtte üçü bu alışkanlıklarından vazgeçmek istemektedirler. Tütün bağımlılığı ile ilgili hizmetlerden dünya nüfusunun sadece %5'i yararlanmaktadır. Oysa bağımlıların tütün kullanımını bırakabilmeleri için bireysel çabalar çoğu zaman yetersiz kalmaktadır. Bağımlılıkla mücadele ülkelerin genel sağlık hizmetleri içinde yürüttükleri bir sorumluluk olmalıdır.

8- MPOWER strateji 4: Tütünün zararları hakkında uyarılar yapılması. Tütün ürünlerinin üzerindeki uyarı yazılarının paketin bir yüzünün en az %30'unu kapsamı uygulaması. Bu uygulama dünyada yalnızca 15 ülkede sürdürülmektedir. Bu da dünya nüfusunun %6'sı anlamına gelmektedir. Dünya nüfusunun %40'ından fazlasında ise halk "light", "nikotin miktarı düşük" gibi aldatmacalara maruz kalmaktadır.

9- MPOWER strateji 5: Tütün ürünleri ile ilgili her türlü reklam, promosyon ve sponsorluk konusunda yasakların uygulanması. Bu strateji de özellikle risk altındaki gruplar için önemlidir. Ulusal düzeyde yapılan çalışmalara göre reklamların yasaklanması tütün tüketimini %16 civarında azaltmaktadır.

10- MPOWER strateji 6: Tütüne uygulanan vergilerin artırılması.

Vergilerin %10 artırılması tütün kullanımını gelişmiş ülkelerde %4; gelişmekte ve az gelişmiş ülkelerde ise %8 azaltmaktadır. Tütün ürünü fiyatındaki %70'lik bir artış ile bugünkü tütün kullanıcılarının yaklaşık dörtte birinin tütüne bağlı ölümlerden korunabileceği ifade bildirilmektedir.

İletişim: Dr. Dilek Aslan

E-posta: diaslan@hacettepe.edu.tr

**Yararlanılan kaynak:**

1- [http://www.who.int/features/factfiles/tobacco\\_epidemic/tobacco\\_epidemic\\_facts/en/index9.html](http://www.who.int/features/factfiles/tobacco_epidemic/tobacco_epidemic_facts/en/index9.html) February 2008



# Türkiye'nin Sağlıkını Okumak

Dr. Onur Hamzaoğlu\*



**Tablo.** Yerleşim yeri ve yıllara göre kendi binasında olan sağlık ocakları (%) ve bazı eşitsizlik göstergeleri

Yerleşim yeri	Yıl		Görelî değişim
	2002	2006	
Kır	73.6	74.8	1.02
Kent	58.7	56.4	0.96
Toplam	67.8	66.9	0.98
<b>Hız oranı (Kır/Kent)</b>	1.25	1.32	

Aralık 2007 sayımızda, Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ'ın baş editörlüğünde yayımlanan "Nereden Nereye Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Kasım 2002-Haziran 2007" başlıklı kitapta yer alan bazı iddiaları incelememiz gerektiğini paylaşmıştık. Söz konusu kitabın 26. sayfasında "Sağlıkta dönüşüm programı, sosyalizasyon politikasının (Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'dan bahsediliyor) bu ülkeye armağan ettiği sağlık ocağı ağını güçlendirdi..." ifadesine yer verilirken, 28. sayfasında da "2002 yılında 1572 faal sağlık evimiz mevcut iken, 2006 yılında 4107 sağlık evimiz faal hale gelmiştir." cümlesi yer almaktadır. Buna karşın Sağlık Bakanlığı, önceki yıllardan farklı olarak sağlık evleriyle ilgili ayrıntılı verileri artık yayımlamıyor. Sağlık Bakanlığı, son olarak 2003 yılı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı'nda ayrıntılarıyla sağlık evleri ile ilgili verileri sunmasına karşın, o yıldan sonraki verileri aynı kaynaklarda bulamıyoruz. Onun için, Bakanlığın sağlık evleriyle ilgili değerlendirmesini analiz edebilme değerlendirebilme olanağına sahip değiliz. Hal böyleyken Bakanlık sağlık ocaklarıyla ilgili veri sunumunda da önceki yıllara göre belirgin bir sınırlamaya gitse de gözden kaçırdıkları da olmuyor değil.

Sağlık hizmetlerinin doğasından kaynaklanan özellikler nedeniyle standardize edilmesi önemlidir. Bu, sağlık hizmetinin sunulduğu benzer birimlerin, ülkenin hangi bölgesinde ya da yerleşim yerinde olursa olsun insangücü kadrosunun, teknolojik donanımının ve binasının benzer ve standart olmasını gerektirmektedir. Ülkemizde de dünyadaki bu yöndeki yaklaşıma benzer bir çabanın ve çalışmanın gösterildiğine tanık olmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi kapsamında, 1963 yılında Muş'ta başlatılan pilot uygulamadan önce ilde ve bölgede standart sağlık evi ve sağlık ocağı inşa edilmesi de bu nedenleydi. Sağlık Bakanlığı o

tarihlerden günümüze standart binada hizmet yürütülen sağlık ocaklarını "kendi binasında" sağlık ocakları olarak tanımladı. Diğerleri, kimi yerlerde apartmanların farklı katlarındaki, farklı büyüklüklerdeki daireler olabilirken, kimileri de bazı kurumlarının hatta karakolların boş kısımlarına sığınma biçiminde oldu ve olmaya devam ediyor.

Tabloda da görüldüğü gibi, 2002 yılında kentte kendi binasında bir sağlık ocağına karşın, kırdaki 1.25 sağlık ocağı kendi binasında hizmet sunuyor olmasına karşın, 2006 yılında 1.32 sağlık ocağı kendi binasında hizmet sunuyor. Bu durum kırsal yerleşim yerlerinin önemsendiği ve oralara yönelik bir hizmet atağı başlatıldığı biçiminde düşünülebilir. Maalesef öyle değil.

Bakanlık, 2003 yılından başlayarak sağlık ocaklarında sunulan hizmeti olabildiğince kişisel sağlık hizmetlerine, hatta ayaktan tanı ve tedavi hizmetlerine daraltma çabasında. Sözü ettiğimiz kitabın 26. sayfasında "Sağlık ocaklarında 'her hekime oda' ilkesiyle muayene oda sayısı 6300'den 15000'e çıkarıldı." deniyor. Bu söylem, dört yıl içerisinde sağlık ocağı sayısını yaklaşık %15 artırırken (5840'dan 6377'ye), muayene oda sayısını %138 artırmayı "başaran" uygulamadan kaynaklanıyor.

Birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda kişi ve ayaktan tanı ve tedavi öncelendiğinde doğal olarak standardizasyonun hedeflendiği ölçek de binadan odaya indirilmiş oluyor. Bunun yansıması olarak kentlerde kiralanmış binalar sağlık ocağı adıyla gelecekte aile hekimi bürolarına dönüştürülmesi hedeflenen muayene odalarının oluşturulması için kullanılıyor.

İki bin iki yıldan 2006 sonuna kadar, ülke genelinde kendi binasında hizmet sunan sağlık ocağı sayısında %2 azalma yaşanırken, bu azalma kentlerde %4 olarak görülüyor (Tablo).

**İletişim: Dr. Onur Hamzaoğlu**

**E-posta: ohamzaoglu@kou.edu.tr**

## Kaynaklar

Akdağ R.(2007), Nereden Nereye Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Kasım 2002-Haziran 2007, Sağlık Bakanlığı, Ankara.

Kunt A E, Mackenbach J P. (1994), Measuring Socioeconomic Inequalities in Health, EUR/ICP/RPD 416, WHO, Copenhagen-28.

Sağlık Bakanlığı(2004), Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı 2002, Ankara.

Sağlık Bakanlığı(2007), Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı 2006, Ankara.

*Dr. Orhan Odabaşı\*, Dr. Melih Elçin\*\**

## Kadın Genital Sistem Muayene Becerisi

**Amaç:** Bu eğitimin sonunda katılımcı, beceri basamaklarını doğru ve sırasinda uygulayarak basamaktan basamağa rahatça geçebilecektir

**Araç:** Spekulum, eldiven, örtü

**Basamak 1.** Elleri yıkama (Resim 1).



**Basamak 2** Hastaya işlem hakkında bilgi verme.

**Basamak 3.** Gövdesinin alt kısmı çıplak kalacak şekilde gysilerini çıkarmasını söyleme.

**Basamak 4.** Hastayı litotomi pozisyonunda yatırma.

**Basamak 5.** Hastanın karın ve uyluk bölgesini bir örtü ile örtme.

**Basamak 6.** Eldivenleri giyme (Resim 2).



**Basamak 7.** Pasif el ile labiumları açarak aktif el ile spekulumu 450 açıyla hafifçe intraoitustan içeri itme (Resim 3)



**Basamak 8.** Spekulumu normal pozisyonuna çevirerek içeri ve hafifçe aşağı doğru itip açma (Resim 4).



**Basamak 9.** Spekulumu, ön kenarı ön fornikse ve arka kenarı arka fornikse gelene kadar itme.

**Basamak 10.** Serviksi değerlendirme (Resim 5).



**Basamak 11.** Spekulumu yavaşça döndürerek geriye çekerken vagina duvarlarını kontrol etme (Resim 6).



**Basamak 12.** Spekulumu kapatarak yavaşça dışarı çıkarma

**Basamak 13.** Pasif el ile labiumları açarak aktif el 2 ve 3. parmaklarını nazikçe intraoitustan içeri itme (Resim 7).



Resim 7

**Basamak 14.** Aktif el 2 ve 3. parmakları arka fornikse ulaşıncaya kadar ilerletme (Resim 8).



Resim 8

**Basamak 15.** Uterusu arka forniksten yukarı doğru iterken pasif elin parmakları kapalı olarak batın üzerinden palpasyonla uterusu hissetmeye çalışma (Resim 9).



Resim 9

**Basamak 16.** Vaginadaki parmakları sol fornikse kaydırarak batın üzerindeki eli de sola kaydırıp adneksleri hissetmeye çalışma (Resim 10).



Resim 10

**Basamak 17.** Vaginadaki parmakları sağ fornikse kaydırarak batın üzerindeki eli de sağa kaydırıp adneksleri hissetmeye çalışma (Resim 11).



Resim 11

**Basamak 18.** Vaginadaki parmakları nazikçe dışarı çıkarma (Resim 12).



Resim 12

**Basamak 19.** Eldivenleri çıkarma (Resim 13).



Resim 13

**Basamak 20.** Hastaya giyinebileceğini söyleme.

**Basamak 21.** Hastaya muayene sonuçları hakkında bilgi verme.

**Basamak 22.** Elleri yıkama (Resim 14).



Resim 14





*Dr. Hafize Öztürk Türkmen\**

## Halk Hekimliğinde Kadın İyileştiriciler

Geleneksel toplumlarda sosyal sistemin vazgeçilmez bileşeni olan halk hekimliği uygulamalarının kökeninde, insanların doğa olayları karşısında takındıkları tavır ve ilişki biçimleri bulunmaktadır. Hastalıklardan korunmaya ya da tedaviye yönelik bu uygulamalar, insanlık tarihinin başlangıcından beri yaşamın içinde neredeyse kendiliğinden gelişip değişerek günümüze kadar varlığını sürdürmüş birikimler olarak değerlendirilebilir (3, 6).

İlkel toplulukların ilk sosyal eyleminin "işbölümü" olduğu, bunun acımasız ve anlaşılmasız doğanın zorlamasıyla ortaya çıkan, oldukça yavaş gelişen ve deyim yerindeyse cinsler arası eşitliğin, "eşitsizlik" olarak algılanmasına dayalı bir süreç olduğu söylenebilir. Bugün birçok antropolog insanlık tarihinde ilk işbölümünün kadınla erkek arasında olduğu, birçok ayrıksı durumun olabirliğine karşın, toplayıcılığın kadınlara, avcılığın erkeklere düştüğü görüşünde birleşmektedir. Clastres bu durumu; "Avcının elindeki tek silah olan yayın, yalnızca erkeklere özgü bir gereç olduğunu, aynı biçimde sepetin de yalnızca kadınlar tarafından kullanıldığını söylemeye gerek yok: erkekler avlanır, kadınlar taşır" sözleriyle dile getirmektedir.

Düşlerindeki ruhlardan, uyandığında karşısında gördüğü canlı-cansız varlıklara dek uzanan, tanıyabildiği ancak anlayamadığı evren insana, ilkel düşüncesini geliştirebilmesinin ve beklentilerini biçimlendirebilmesinin yolunu açtı: BÜYÜ. Beklentisi ise hangi biçimde olursa olsun sonsuza dek var olabilmektir. İlkel insan sonsuza dek var olabilmeyi koşulu, hem kendinden olan, hem de olmayanı yaratmakta buldu. Bu düşünüş şekli ile "ŞAMAN"ı yarattı. Bu farklı yaratım, mitsel ifadesini bulabildiği ölçüde etkisini sağlamlaştırabilirdi. Kendilerinden farklı olan bu insan, diğer sıradan insanlara göre farklı bir oluşum sürecinden geçmek zorundaydı ve bu aynı zamanda onun günümüze göre hastalıklı halini anlaşılabilir kılmakla da yükümlüydü. Bu

şaman belki topluluğun diğer üyelerine göre daha akıllı, sezgileri daha güçlü, belki bir kahraman ya da öldürücü darbelere daha dayanıklı bir organizmadır. Bilinen bu dünya ile bilinmeyen arasında bir aracı olmasının yanı sıra büyüsel düşünceden dinsel düşünceye geçişte de bir aracı kurum olan şamanlığın, aynı zamanda bir şeflik olduğunu unutmamak gerekir. Bu şefleşme süreci ataerkil bir dünyanın oluşmaya başlamasıyla birlikte, şamanlıkta da erkeklerin sayıca artışını sağlamış olabilir. Diğer bir ayrımlaşma "otacı" adı verilen bitkisel tedavi uzmanlarının ortaya çıkmasına yol açmıştır. Bu Doğu toplumlarında "kocakarı ilaçları" ile günümüze kadar uzanan ve modern tıbbi önceleyen sürecin başlangıcını oluşturmaktadır. Batı toplumlarının bu sürece "cadı kazanları" ile katkıda bulunduğu, burada da niceliksel bir kadın egemenliği bulunduğu bilinmektedir (5,7).

Orta Asya şamanlığı konusunda yapılan çalışmalar, kadın şamanlardan ya da kadın gibi giyinen erkek şamanlardan söz etmektedir. Konuyla ilgili olarak Türkiye'de İnan tarafından yapılan en kapsamlı çalışmada, ilkel topluluktan uygar topluma dönüşüm sürecinin izlerinin şamanlık kurumuna da yansıdığı görülmektedir. "Bazı şamanistlere göre en kuvvetli şamanlar kadın şamanlardır. Eski devirlerde şamanlığın kadınlara özgü bir sanat olduğunu gösteren bulgular vardır. Yakutlarda erkek şamanlar, özel cübbeleri bulunmadığı zaman, kadın giysisi ile ayın yaparlar. Özel şaman cübbesinin göğsünde kadın memelerini temsil eden yuvarlak madeni biçimler bulunur. Şamanlar genellikle uzun saçlıdır... Şaman geleneklerine bağlı toplumlarda geleceği bildiren rüyaları en çok kadınlar görürler. Kahramanların istikbalini haber verenler hemşireleri ya da eşleridir. Bunların kehanetleri her zaman gerçekleşmektedir. Anlaşılan odur ki, ilkel şamanlıkta kadınların rolü büyük olmuştur." Barthold'un "Türklerde ve Moğollarda Defin Merasimi" adlı eserinde sözü edilen iki cenaze töreni de şamanın rolü ve kimliği konusunda bilgiler vermektedir:



“Hanın ölümünden üç gün sonra cenaze alayı hareket ederdi; en önde at üzerinde kadın şaman gider, yedeğinde çok zengin süslenmiş eğerli bir at bulunurdu...Cengiz Han'ın da dört büyük baş kadının sayısına göre dört büyük karargahı vardı. Ölü her gün sıra ile bir kadının bulunduğu karargaha naklolunurdu.” (5).

İlk şamanların kadın oluşu, ataerkil dönemlerinde bile erkek şamanların güçlü olabilmek için kadın giysilerine bürünüp kadın rolü oynamaları, kadının “büyük yaşam verici ile doğrudan temasıyla” ve doğurma gücüyle ilgilidir. Şamanın ve büyücünün en önemli işlevlerinden biri hastalıkları tedavi etmektir. Bu gücü doğumun ve ölümün yöneticisi topraktan almaktadır. Kadın ise toprakla mistik bir dayanışma halindedir. İlkel insanın kutsal dünyasında ölümün toprak anaya kavuşmak anlamına geldiğini öne süren Eliade'ye göre anne, toprak ananın bu dünyadaki temsilcisidir: “Çocuk doğurmak toprak tarafından gerçekleştirilmiş olan örnek bir eylemin mikro kozmik çeşitlemeleridir; insan cinsinden anne bu ilkel hareketi taklit etmekte ve tekrarlamaktadır. Bu nedenle büyük yaşam verici ile temas halinde bulunmalıdır ki, bir yaşamın doğumu olan esrarın tamamlanması sırasında onun tarafından yönetilsin, bu iş için gereken yararlı enerjileri ondan alsın.”

Mitolojik düzeyde babanın döllenmedeki rolünün bilinmeyişi ile kadının kutsal gücünün ilişkili olduğunu dile getiren Eliade şunları söylemektedir: “Bazı dinlerde toprak ana kendi başına gebe kalabilir nitelikte tasarlanmaktadır. Toprak ananın gebe kalmak için bir babaya gereksinimi yoktur. Bu düşüncenin izleri Akdeniz tanrıçalarının tanrı doğurmalarına ilişkin efsanelerde görülmektedir. Bu toprak ananın kendine yeterliliğinin ve üretkenliğinin mitolojik ifadesidir. Bu tür mitolojik kavrayışlara; kadının kendiliğinden üretkenliğine, kadının bitkilerin yaşamı üzerinde belirleyici etkiler icra eden gizil büyüsel-dinsel güçlerine ilişkin inançlar karşılık gelmektedir. Kadının büyüsel-dinsel prestiji kozmik bir modele sahiptir: TOPRAK ANA.”

Malinowski ve Badinter de yerin dişiliği, doğum ve ölümün toprakla ilgisi, kadın gücünün metafizik algılanışı konularında benzer görüşleri paylaşmaktadırlar. Badinter'e göre, kadınların gücü tarih dışı bir zaman uzamda etkili iken, erkeğin güç alanı tarihsel

bir zaman uzamda ortaya çıkmıştır. Kadının güçleri arasında yer alan ölümsüzlük, onu aşkınlık alanında önemli kılmaktadır. Kan bağlarının ve alt klanların sürekliliğini sağlamaktan o sorumludur. Birçok eski dinde ortak olarak Ana Tanrıça miti yer almaktadır.

Mitolojinin yanı sıra, paleolitik ve neolitik çağdan kalma arkeolojik bulgular da ilkel toplumlarda kadının saygınlığını göstermektedir. Tarih öncesine ilişkin arkeolojik bulgular mağara duvarı resimleri, tapınak ve mezar figürleri ile kadın-ana heykelcikleridir. Tarih öncesi 30 bin yıllarında mağara duvarlarında çiviyle kazınmış doğurganlık simgeleri, daha sonra kemik, sedef ve değişik taşlardan yapılmış çok sayıda kadın heykelcikleri bulunmasına karşın, aynı döneme ait erkek heykelciklerin sözü edilemeyecek kadar az olması dikkate değer bulgulardır. Özellikle Anadolu'da bulunmuş olan neolitik yerleşim alanlarındaki Ana Tanrıça heykelcikleri tapınlarda baş köşede durmaktadır. İ. Ö. 6500'lere ait olan bu heykelciklere Filistin'de, Dicle kıyılarında, Ege- Akdeniz çevresinde ve Hindistan'da da rastlanmaktadır.

Badinter'in yorumuyla, “tahta kurulmuş ve ellerini iki yanında duran iki panterin başına koymuş ünlü Potnia heykelini seyretmek, bu güçlü kişinin hem bir ana, hem de doğanın hakimi olduğunu anlamak için yeterlidir.” Çatalhöyükte bulunan iri göğüslü ve koca karınlı bu tanrıça, Camps'a göre çiftçi ve çobanların umut kaynağı binlerce başka tanrıçanın atasıdır. Bazen kendinden daha küçük, yerde duran bir erkek tanrıyla gösterilen Ana Tanrıça; her zaman yaratıcı, besleyici, ölümün denetçisi ve zenginliğin kaynağı olma özellikleri vurgulanacak biçimde işlenmiştir (9).

İnsanlık tarihinde dinin sihirden ayrılması ve bir sistem olarak kurumlaşması, doğumun, yaşamın ve ölümün denetleyicisi konumundaki kadının statüsünde de bir dönüşüme yol açmıştır. Monnier bu durumu şöyle dile getirmektedir: “Din ve sihir ayrılıp birbirine karşıt sistemler haline aldıktan sonra, kadın sihir tarafına atılarak kötü güçlerin koruyucusu sayılmış ve kutsal şeylerden uzak tutulmuştur.” Bu yeni durumda yönetici reis, siyasi güç sahibi hükümdar, kral, vs. aynı zamanda dinsel otorite olmakta, daha önce dinsel-büyüsel saygınlığı olan kadın prestij kaybına uğramaktadır. Bu ayırım aynı zamanda belli belirsiz bir dünyevi güç-metafizik güç ayırımını

da içermektedir. Fizik güç, mal sahipliği ve bunlara bağlı yönetme ve/ya da hükmetme gücü biçimlerinde kendini gösteren dünyevi gücün sahibi olan kişi ya da aile, aynı zamanda kutsallaştırılmaktadır. Dünyevi güç; iyi, üstün ve kutsal olanı, metafizik güç ise; kötü, aşağı ve uğursuz olanı temsil etmektedir. Güç ve otoritenin sahibi olan erkek, dünyevi güçle birlikte kutsala da sahip çıkmaktadır. "Baba", "Efendi" gibi adlarla anılan göklerdeki Tanrı erkek olarak algılanmakta; öfke, şiddet ve güç anlamına gelmektedir. Bu süreçte kadının metafizik güçlerinin giderek olumsuzlaştığına tanık olunmaktadır. İlk dönemin kutsal ve saygın olan, doğumu ve ölümü denetleyen dişisinin bu metafizik algılanışı sürmekte, ancak kutsallığı tabuya, saygınlığı ve yetenekleri ise kötü ve tehlikeli güçlere dönüşmektedir. Böylece örneğin Türk'lerde önceki dönemin koruyucu dişi ruhları "al karısı"na, baştan çıkarıcı "sarı kızlar"a, Ortaçağ Avrupa'sında "cadı"lara dönüşmektedir (9).

Tarihin uzun bir dönemi boyunca içinde yaşadıkları toplumun ebeleri, şifa vericileri, sağaltıcıları olan bilge kadınların (wisewoman) "cadı" olarak tanımlanmasında temel olarak Ortaçağ Kilisesinin ve onun hastalık kavramının önemli bir etkisi olmuştur. Hastalığın Tanrı vergisi olduğunu ve denetim altında tutulmasını istemeyen Kilise ve onun egemenliğinde olan hekimler, üniversiteye girme hakkı olmayan ve hekimlik diploması alamayan kadınların tıp alanından dışlanması için kampanya başlatmışlardı. Örneğin İngiltere'de 1511 tarihli Parlamento Yasası şifa verici kadınları hedef alıyordu. Oysa doğum, gebelikten korunma, kürtaj gibi kadının üreme döngüsüyle ilgili uygulamalar öteden beri kadınların denetiminde olmuş, kadınlar arası yardımlaşma sistemi içinde, kuşaktan kuşağa bilgi ve deneyim aktarımıyla işlerliğini sürdürmüştü. 14-17. yüzyıllar arasında denetimin kadınlardan erkeklere geçtiği ve tıbbın erkek egemenliğinde bir meslek haline geldiği görülmektedir (2,4).

Ortaçağ toplumunda üç hiyerarşi birbirine denk düşmektedir: Ruhban sınıfı dışındaki halk üzerinde Kilise'nin, kadın üzerinde erkeğin, köylü üzerinde toprak sahibinin egemenliği. Kadın-ebe-sağaltıcı ise her üç hiyerarşiye de meydan okumakta, Kilise dışı bir alt kültürü temsil etmekte ve bir azınlık grubunun sahip olduğu potansiyel gücü simgelemektedir. Kurulu düzene karşı bir tehditti bu... Kilisenin

savı cadıların ya da bilge kadınların (kocakarılar) başarısının şeytanla işbirliğinin sonucu olduğuydu. Şeytanla işbirliği de kadının doğasında olan bir özellikti. Ünlü Ortaçağ cadı-avı metni Malleus Maleficarum'un (Cadı Balyozu) yazarları, "Katolik inancına ebelerden daha fazla zarar veren kimse yoktur, eğitim görmemiş bir kadın sağaltıcılığa kalkışırsa cadı olduğuna hükmedilir ve öldürülür" demektedirler. Çünkü şifa dağıtan bilge kadınlar ve ebeler birer uygulamacıydı, inanç dünyasının sabır ve acı çekme öğüdü veren duaları ile kilisenin uhrevi öğretisinden uzak duruyor, deneme ve yanılmalarla yüzyıllar içinde edinilmiş empirik bilgi birikimini kullanıyor ve neden-sonuç ilişkilerine önem veriyordu (2,4).

Büyücü-cadı safsataları sonucu yapılan yargılamalara ilişkin araştırmalarda kadınların çoğunlukta olduğu görülmektedir. Örneğin, Essex'deki yargılamada 291 kişiden 268'inin, New England'daki Salem yargılamasında 162 kişiden 120'sinin kadın olduğu bilinmektedir. 16. yüzyıldan 17. yüzyılın sonlarına dek Avrupa'da Finlandiya'dan İtalya'ya, İskoçya'dan Rusya'ya kadar yüz binlerce köylü kadın korkunç bir cadı avının kurbanları olarak işkence gördüler ve öldürüldüler (2,4).

Tarih boyunca pek çok uygarlığın beşiği olan Anadolu, geleneksel halk hekimliği uygulamaları açısından da zengin bir kültürel kalıtı sahiptir. Genellikle kırsal kesimde hasta ile aynı sosyal ortamda yaşayan iyileştiricilerin, doğaya ve toprağa yakın oldukları, uygulamalarında büyüsel, dinsel ve sihirli motifleri kullandıkları bilinmektedir. Acıpayamlı'nın yaptığı çalışmalarda Anadolu halk hekimliğinde ırvasalama, parpılama, kırık-kırık tedavisi, bitkisel-hayvansal-madensel karışımların kullanılması ve dinsel yöntemlerin uygulandığı gösterilmiştir. Şamanların günümüze ulaşmış şekli olarak kabul edilen ocaklar ise, totemik klan örgütlenmesinin temel özelliklerini taşıyan kurumsallaşmış yapılardır (3). Kurumsallaşmada anasoylu öğeler belirgindir ve sağlığa amatörce yaklaşım söz konusudur. Her ocak genellikle tek bir hastalığın tedavisiyle uğraşmaktadır. Ocaklılar uygulamalarını kendi evlerinde gerçekleştirmektedirler. Ankara Çubuk bölgesinde yirmi iki ocak üzerinde yapılan bir çalışmada; ocaklıların %72.7'sinin kadın ve %68.2'sinin kırk yaşın üzerinde olduğu saptanmıştır (1).

Türkiye’de geleneksel sağlık uygulayıcılarına yönelik 1960’lı yıllarda yapılan bir çalışmada da ebe annelik başta olmak üzere, kan alma, kurşun dökme, iğnecilik, göbek kaymasını düzeltme, mistik uygulamalar gibi iyileştirici sağlık uygulamalarında kadınların çoğunlukta olduğu dile getirilmiştir. Genellikle kırsal kesimde, köylerde bu tür kadınlara özgü denilebilecek işlemlerin acil durumlarda, akut ağrılı tablolarda, kronik hastalıklarda, psikiyatrik ve psikosomatik sorunlarda başvurulan yöntemler olduğu vurgulanmıştır (8).

Yukarıda dile getirilmeye çalışılan sürecin gösterdiği gibi kadınlar tarih sahnesine çıktıkları ilk günden bu güne, gerek her yönden üretici, gerekse iyileştirici işlevleriyle toplumsal yaşamın evrimine tartışılmaz boyutlarda katkılarda bulunmalarına karşın, her dönemde egemen güçlerin saldırılarına uğramaktan da kurtulamamışlardır.

**İletişim: Dr. Hafize Öztürk Türkmen**  
**E-posta: deonto@akdeniz.edu.tr**

#### **Kaynaklar:**

- 1- Belek,İ. Yaşayan Geleneksel Sağlık Uygulamaları İçinde İlkel Bilinç Yapılanmalarının İrdelenmesi. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. HÜTF. Halk Sağlığı AD. Ankara, 1990, s: 56-69.
- 2- Berktaş, F. Kadınların Tarihinden Tüpler Ürpertici Bir Yaprak. Cadılar, Büyücüler ve Hemşireler (B. Ehrenreich, D. English, Çev. E. Uğur). Kavram Yayınları, 1. Baskı, İstanbul, 1992, s: 73-78.
- 3- Ceylan, S. Anadolu’da Halk Hekimliği. Sağlık ve Toplum, 2000, 10:2 :3-7.
- 4- Ehrenreich B, English D. Cadılar, Büyücüler ve Hemşireler (Çev. E. Uğur). Kavram Yayınları, 1. Baskı, İstanbul, 1992, s: 15, 24-28.
- 5- Ersoy, T. Şamanın Cinsel Kimliği Üzerine Bir Deneme. Tıp Tarih Metafor (T. Ersoy). Öteki Yayınevi, 2. Baskı, Ankara, 1996, s: 38-44.
- 6- Öztürk, H. Geleneksel Tıp Uygulamalarına Antalya’da Bir Bakış. II. Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Günleri (23-26 Mayıs 2001 Tarsus)’nde sunulan sözel bildiri.
- 7- Şener, C. Şamanizm. BDS Yayınları. Yön Matbaası, İstanbul, 1996, s: 11-14, 22-26.
- 8- Taylor C.E., Dirican R, Deuschle K.W. Health Manpower Planning in Turke. An International Research Case Study. The John Hopkins Monographs In International Health. The John Hopkins Press, Baltimore-Maryland, 1968, p: 177-191.
- 9- Türköne, M. Eski Türk Toplumunun Cinsiyet Kültürü. Ark Yayınevi, 1. basım, Ankara, 1995, s: 26-33, 86.

## Okuduklarımızdan



### **SAĞLIKTA 30 YIL, Doç. Dr. Özen Aşut, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara, 2007, 382 sayfa**

Bu sayımızda Dr. Özen Aşut’un yazmış olduğu “Sağlıkta 30 Yıl” adlı kitabı tanıtmak istiyoruz. Özen Aşut 1975’ten beri tabip odası ve TTB’nin içinde bulunan, aktivist ve yönetici olarak yer alan bir insan. Kendi deyimiyle “halk sağlığının itfaiyecisi”. Ankara Tabip Odası’nda çalışmaya başladığı 1975 yılından beri yazdığı yazıların toplandığı bu kitap sağlığın otuz yıllık serüvenini, bir dönemin öyküsünü içeriyor. Sağlı alanında Çernobil ve kolera salgınları gibi her zaman anımsadığımız süreçler çoğu zaman acil müdahale gerektiren sorunlar olarak resmi çevrelerle uğraşı gerektirmiş, bu da Özen Aşut’un kendisini itfaiyeci olarak görmesine neden olmuş. Böyle başlayan serüvenler TTB içinde yeni örgütlenme ve etkinliklerin de kaynağını oluşturmuş.

Kitapta yer alan yazılar ATO’nun ve TTB’nin tarihi niteliğinde. Kitabı okuduktan sonra kapattığınızda sağlıktaki sorunların günümüzde de değişmediğini tüm açıklığıyla görüyorsunuz. Örneğin “Genel Sağlık Sigortası”nın ne denli uzun bir süredir gündemde tutulduğu kitapta çarpıcı yazılarla anlatılıyor.

Kitabın en önemli bölümlerinden biri de Genel Pratisyenlik Enstitüsü deneyiminin ilk 10 yıllık dönemi ve mesleki eğitimi ele alan yazılar. Bu bölümde de önemli bir atılımın satır başlarını Özen Aşut’un yazılarından öğreniyoruz.

Bu kitabı hazırladığı için kendisine eline ve yüreğine sağlık diyor, kitabı TTB’ye gönül verenlere ve halk sağlığına öneriyoruz.



# Klavyem, Stetoskopum ve Ben

Arif Onan\*



## Veritabanı Kullanarak Etiket Bastırmak

Bu uygulama iki çalışanın ödemelerini izlem tablosunda görüntülemeyi amaçlamaktadır.

	A	B	C	D	E	F
1	Hafta	Ay	Ödeme Tarihi	Ücret	Aylık	Yıllık
2	1	Ocak	05.01.2008	250		
3	2	Ocak	12.01.2008	250		
4	3	Ocak	19.01.2008	250		
5	4	Ocak	26.01.2008	250		
6	5	Şubat	02.02.2008	300		
7	6	Şubat	09.02.2008	300		
8	7	Şubat	16.02.2008	300		
9	8	Şubat	23.02.2008	300		
10	9	Mart	16.02.2008			

Ayşe sayfasında toplam alacağınız hücreyi seçiniz (E2)

	A	B	C	D	E	F
1	Hafta	Ay	Ödeme Tarihi	Ücret	Aylık	Yıllık
2	1	Ocak	05.01.2008	250	=SUM(D2)	
3	2	Ocak	12.01.2008	250	SUM(num	
4	3	Ocak	19.01.2008	250		
5	4	Ocak	26.01.2008	250		
6	5	Şubat	02.02.2008	300		
7	6	Şubat	09.02.2008	300		
8	7	Şubat	16.02.2008	300		
9	8	Şubat	23.02.2008	300		
10	9	Mart	16.02.2008			

Üstteki SUM simgesini tıklayınız. Excel size toplam almak istediğiniz alanı seçmeniz için mavi çerçeve sunacaktır.

	A	B	C	D	E	F
1	Hafta	Ay	Ödeme Tarihi	Ücret	Aylık	Yıllık
2	1	Ocak	05.01.2008	250	=SUM	
3	2	Ocak	12.01.2008	250	SUM	
4	3	Ocak	19.01.2008	250		
5	4	Ocak	26.01.2008	250		
6	5	Şubat	02.02.2008	300		
7	6	Şubat	09.02.2008	300		
8	7	Şubat	16.02.2008	300		
9	8	Şubat	23.02.2008	300		
10	9	Mart	16.02.2008			

Siz toplam almak istediğiniz hücreleri ayrıca seçebilirsiniz.

	A	B	C	D	E	F
1	Hafta	Ay	Ödeme Tarihi	Ücret	Aylık	Yıllık
2	1	Ocak	05.01.2008	250	1000	
3	2	Ocak	12.01.2008	250		
4	3	Ocak	19.01.2008	250		
5	4	Ocak	26.01.2008	250		
6	5	Şubat	02.02.2008	300		
7	6	Şubat	09.02.2008	300		
8	7	Şubat	16.02.2008	300		
9	8	Şubat	23.02.2008	300		
10	9	Mart	16.02.2008			

Enter tuşuna bastınızda (E2) hücresi toplamı göstermektedir!!!



Microsoft Excel - New Microsoft Excel Workshee

File Edit View Insert Format Tools D

Σ Arial 10 B I

SUM X ✓ f =

	A	B	C	D	E
1	Ödeme Y. Kişi	Ocak	Şubat	Mart	Nisan
2	Ayşe	=			
3	Metin				
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					

Metin \ Ödeme İzlem Tablosu /

Edit

Yaptığınız işlemi Ödeme İzlem Tablosuna taşıyalım. (B2) hücresine = karakterini giriniz.

Microsoft Excel - New Microsoft Excel Workshee

File Edit View Insert Format Tools D

Σ Arial 10 B I

SUM X ✓ f =Ayşe!E2

	A	B	C	D	E
1	Hafta	Ay	Ödeme Tarihi	Ücret	Aylık Yıllık
2	1	Ocak	05.01.2008	250	1000
3	2	Ocak	12.01.2008	250	
4	3	Ocak	19.01.2008	250	
5	4	Ocak	26.01.2008	250	
6	5	Şubat	02.02.2008	300	
7	6	Şubat	09.02.2008	300	
8	7	Şubat	16.02.2008	300	
9	8	Şubat	23.02.2008	300	
10	9	Mart	16.02.2008		
11	10				

Ayşe \ Metin \ Ödeme İzlem Tablosu /

Point

Ayşe çalışma sayfasına geçip (E2) hücresini seçiniz. (Formül satırına dikkat ediniz.)

Microsoft Excel - New Microsoft Excel Workshee

File Edit View Insert Format Tools D

Σ Arial 10 B I

B2 =Ayşe!E2

	A	B	C	D	E
1	Ödeme Y. Kişi	Ocak	Şubat	Mart	Nisan
2	Ayşe	1000			
3	Metin				
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					

Metin \ Ödeme İzlem Tablosu /

Ready

Enter tuşuna basınca (B2) hücresi artık Ayşe çalışma sayfasının (E2) bilgisini Ödeme İzlem Tablosunda görüntülemektedir.

Microsoft Excel - New Microsoft Excel Workshee

File Edit View Insert Format Tools D

Σ Arial 10 B I

B3 =Metin!E2

	A	B	C	D	E
1	Ödeme Y. Kişi	Ocak	Şubat	Mart	Nisan
2	Ayşe	1000			
3	Metin	800			
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					

Ayşe \ Metin \ Ödeme İzlem Tablosu /

Ready

Aynı işlemi Metin çalışma sayfası için de uygulayınız. Sonuçlarınız resimlerle uyumlu ise başarılarınız!!!

## TTB- STE Kredi Puanı ve Kitap Kazananlar



Yıldız (\*)  
konulmuş  
olanlar,  
Hacettepe  
Üniversitesi  
Geratrik  
Bilimler  
Araştırma  
Merkezi'nin  
"Yaşlılık  
Gerçeği" adlı  
kitabını  
armağan  
ediyoruz.

### Eylül 2007 sayımızdaki Ödüllü Bulmaca'dan kredi puanı kazananlar

1- Yüksel Tür (Ankara), 2- **Mualla Onrat\***, 3- Şermin Altunel Uzun (Eskişehir), 4- **İzzet Yılmaz\***, 5- **Cengiz Kaplan\*** (Kırklareli), 6- Seher Yeşilyurt (Kütahya), 7- Mustafa Atasoy, 8- Nur Figen Akdağ, 9- Uğur Çağlayan, 10- **Emel Şenyer\***, 11- Mahmut Akdağ, 12- **Fatma Canki** (Tekirdağ).

### Ekim 2007 sayımızdaki Ödüllü Bulmaca'dan kredi puanı kazananlar

1- **Zeliha Tahmazoğlu** (Balıkesir), 2- Mualla Onrat (Eskişehir), 3- **Osman Çelikoğlu** (G. Antep), 4- **Kemal Demirkıran** (İstanbul), 5- Ümit Zafer Karakuş (Kayseri), 6- Seher Yeşilyurt, 7- **İbrahim Yakutbay** (Kütahya), 8- **Mustafa Atasoy** (Tekirdağ).

# Sağlık Ocaklarımızdan Reşadiye Merkez Sağlık Ocağı



*Dr. Yusuf Çelik\**

Reşadiye Merkez Sağlık Ocağı, Tokat ili Reşadiye ilçesinde Reşadiye Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı faaliyet gösteren bir sağlık kuruluşudur. Reşadiye ilçesi Kelkit Irmağı'nın kenarında, E 80 karayolu üzerinde il merkezine 90 km. mesafededir. Çam ormanlarıyla kaplı, sağlığa yararlı kaplıca bulunan, güzel ve şirin bir ilçede faaliyet gösteren ocağımız 1978 yılında yapılmış olup Reşadiye Devlet Hastanesi ile aynı alan içerisinde yer almaktadır.

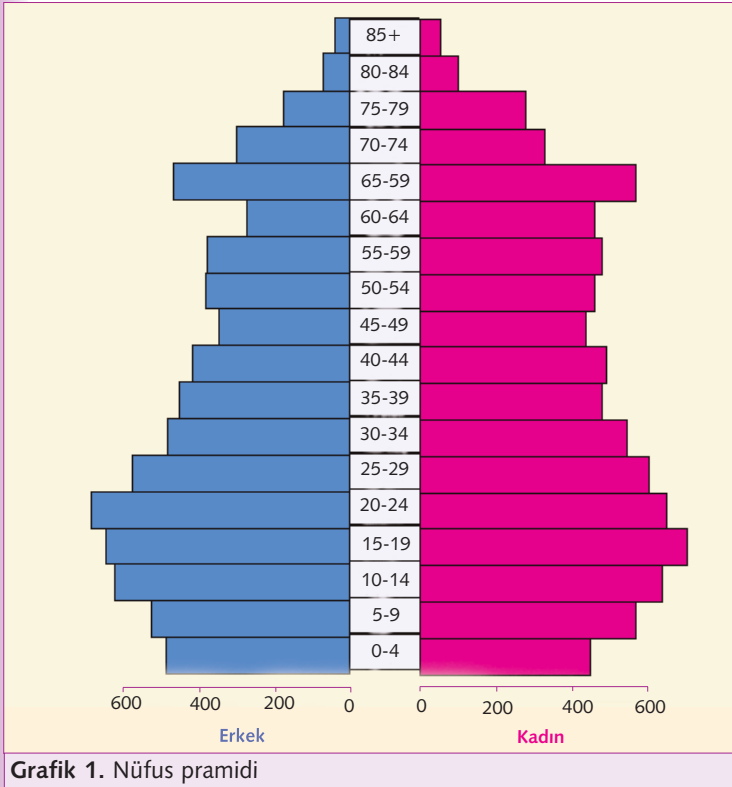
Sağlık ocağımız birinci basamak sağlık hizmetlerinin yürütüldüğü bir sağlık kuruluşudur. Bu hizmetleri arasında ana ve çocuk sağlığı hizmetleri, aile planlaması hizmetleri, çevre sağlığının düzeltilmesi, halkın sağlık eğitimi, poliklinik hizmetleri, ücretsiz ilaçların dağıtımı, aşılama hizmetleri, gezici sağlık hizmetleri, sosyal yardım hizmetleri, okul çocukları sağlık taramaları ve sağlık danışmanlığı gibi pek çok konu bulunmaktadır.



**Nüfus tespit çalışmaları:** Sağlık ocaklarının çalışma yönetiminin temelini, bölge nüfusunun tespiti oluşturmaktadır. Bölge nüfusunun değişiklikler sürekli olarak izlenir ve kayıt edilir. Sağlık ocağı bölgesinde yaşayan her aile ve ailelerdeki bütün bireyler ocak personeli tarafından tespit edilerek kayıtlara geçirilmektedir. 2007 yılı yıl ortası nüfus tespit çalışmaları sonucu merkezde 8362 ve köylerde 3305 kişi olmak üzere ocağımıza kayıtlı toplam nüfus 11667'dir. Nüfusun %72'si şehir merkezinde %28'i köylerde yaşamakta olup %50,1'ini erkekler %49,9'unu kadınlar oluşturmaktadır. Reşadiye merkezde hane başına 4 nüfus düşerken köylerde bu oran 2,8'dir. Nüfusun %15'ini 65 yaş üstü yaşlı nüfus oluşturmakta ve 2007 yılı bağımlı nüfus (0-14 yaş ve 65 Yaş üstü) oranı %36'dır.

**Bölgede yıllara göre yıl ortası nüfus ve bağımlı nüfus oranları:** Bölgenin nüfus piramidi Türkiye nüfus piramidi ile karşılaştırıldığında ocağımız bölgesinde yaşlı nüfus oranının daha fazla olduğu görülmektedir (Grafik 1).

Bu farklılığın bölgede iş olanaklarının kısıtlı olması nedeniyle, genç nüfusun dış göçüne ve



Grafik 1. Nüfus pramidi

\* Reşadiye Sağlık Ocağı, Tokat

emekli olan yaşlı nüfusun bölgeye iç göçüne bağlı olduğu düşünülmektedir.

Sağlık ocaklarında çalışacak personelin sayıları ve nitelikleri yönetmeliklerle belirlenmiştir. En küçük sağlık ocağında çalışan çekirdek kadro hekim, hemşire, sağlık memuru ve ebelerden oluşmaktadır. Bunlara yardımcı olmak üzere memur, şoför ve hizmetli de çalışır. Sağlık ocaklarına bağlı olan sağlık evlerinde ise birer ebe görev yapmaktadır. Sağlık ocağımızda toplam 18 çalışanımız bulunmaktadır. Çalışanlarımızın dağılımı 3 doktor, 2 sağlık memuru, 3 hemşire, 4 ebe, 3 çevre sağlığı teknisyeni, 1 tıbbi sekreter, 1 laborant ve 1 hizmetli şeklindedir. Sağlık ocağına bağlı 12 sağlık evinden yalnızca dörtünde ebe bulunmaktadır. Poliklinik hizmetleri sağlık ocakları, ikinci basamak olan hastanelerin önünde birer filtre görevi gören kuruluşlardır. Ocağımıza 2007 yılı boyunca toplam 24 283 kişinin poliklinik hizmeti için başvurmuş olduğu, bunlardan 22 162 kişinin muayene olduğu, 977 kişinin sevk edildiği ve hasta sevk hızının %4 olduğu görülmektedir. Ocağımız bölgesinde 3889 kişiye bir hekim düşmekte ve bölgede yaşayan her bir kişinin 2007 yılı boyunca ortalama 2 kez sağlık ocağına başvurduğu görülmektedir. Sağlık ocağına başvuran hastaların sosyal güvenlik durumlarına göre dağılımında %48 ile SSK'liler başta gelirken bunu %17 ile Emekli Sandığı'na bağlı olanlar %15 ile Bağ-Kur'lular ve %14 ile Yeşil Kart'lular izlemektedir. Yurt dışı sigortalı olan ve sosyal güvencesi olmayanlar ise sağlık ocağına başvuran hastaların %6'sını oluşturmaktadır.

Sağlıkla ilgili planlar yapabilmek, halkın sağlık düzeyini ölçmek ve hizmetleri değerlendirebilmek için istatistiksel bilgiye gerek vardır. Bütün sağlık kuruluşlarında olduğu gibi, hastalıklarla ilgili bilgiler toplanmakta ve değerlendirilmektedir. Hastalıklarla ilgili bilgiler Dünya Sağlık Örgütü tarafından düzenlenmiş olan ICD-10 hastalık kod sistemine göre bilgisayar ortamında sağlık bilgi işlem sisteminde toplanmaktadır. Bilgilerin uluslararası hastalık kod sistemine göre tutulması ile bölgedeki hastalıkların diğer kuruluşlarla, önceki yıllarla, diğer bölge ve ülkelerle kıyaslanması kolaylaşmıştır. 2007 yılında başvuran hastaların hastalık ve yaş gruplarına göre dağılımı: 0-4 grubunda ilk beş hastalığı ÜSYE, dermatit (pişik), tonsillit, diyare (ishal) ve bronşit oluşturmaktadır. 15-44 yaş genç nüfusta ilk beş hastalıkta birinci sırayı yine ÜSYE almakta olup onu gastrit, YDT-YDE ( artralji, miyalji) ve tonsillit izlerken beşinci sırayı anksiyete (stres bozukluğu)'nin alması genç nüfusta strese bağlı hastalıkların artmakta olduğunun açık bir göstergesidir. 45 yaş üstü nüfusta ise ilk beş sırayı sırasıyla hipertansiyon, romatizmal hastalıklar, gastrit, diyabet ve hiperlipidemi gibi kronik hastalıklar almaktadır. Hipertansiyon en sık görülen hastalık olarak göze çarpmaktadır. 2007 yılında bölgede toplam 2868 hipertansiyon hastasının olduğu görülmekte olup hipertansiyon hastaları yıl boyunca 5748 kez sağlık ocağına başvurmuştur.

**Ana ve çocuk sağlığı hizmetleri:** Ana ve çocuk sağlığı (AÇS) hizmetleri ülkemizin öncelikli alanlarından. Bölgemizde nüfusun kabaca beşte birini doğurgan çağıdaki kadınlar (15-49 yaş grubu), %10'u da 0-6 yaş arasındaki çocuklar oluşturmaktadır. Yani AÇS hizmetleri nüfusumuzun %30'una götürülen hizmetlerdir. Ana sağlığı hizmetleri denildiğinde üreme sağlığı ile ilgili hizmetler anlaşılır. Bunlar arasında, doğurganlık çağına gelenlerin gebelik ve çocuk bakımı konularında eğitilmeleri, gebelik dönemlerinin sağlıklı olarak geçirilebilmesi, doğumların ehliyetli kişilerce ve emin bir biçimde yaptırılması, doğum sonrası dönemle ilgili sorunların çözülmesi gibi işler sayılabilir. Çocuk sağlığı hizmetleri ise, 0-6 yaşları arasındaki çocuklara verilen hemen bütün sağlık hizmetlerini içerir. Ancak özellikle aşılama, büyüme ve gelişmenin izlenmesi, beslenmenin iyileştirilmesi, ishalin ve solunum yolları hastalıklarının kontrolü gibi,



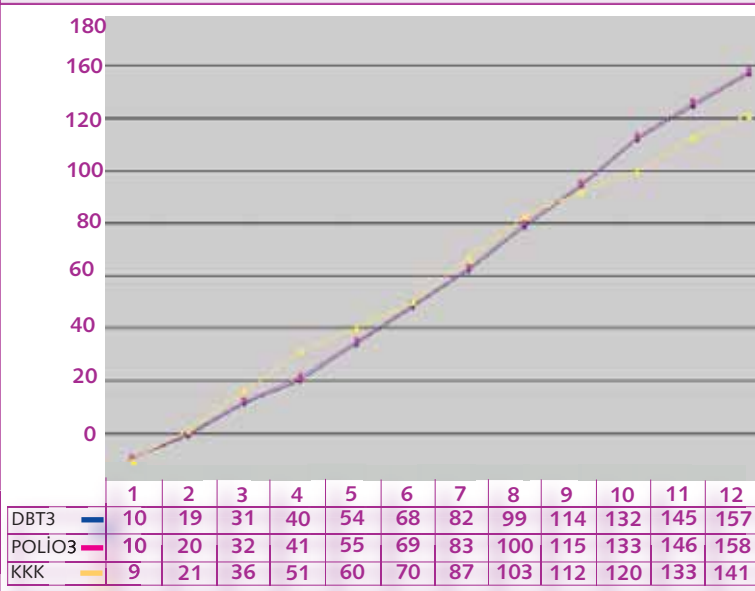


toplumdaki çocuk sağlığı düzeyini en çok etkileyen durumlarla ilgili hizmetler öncelikle akla gelir.

Ana çocuk sağlığı hizmetleri özellikle ebeler tarafından yürütülür. 15-49 yaş kadın nüfusu 2746 olup ebe başına ortalama 343 kadın düşmektedir. 2007 yılında 627 kişi aile planlaması nedeniyle başvurmuştur. 15-49 yaş kadınların %25'i etkili doğum kontrol yöntemi kullanmakta iken %30'u etkisiz yöntemlerle korunmaktadır. 15-49 yaş kadınların %42'si ise aile planlaması yöntemi kullanmamakta olup bunların %84'ünü bekarlar oluşturmaktadır. 2007 yılında aylık ortalama 49 gebe izlemi yapılmış olup gebe izlem oranı %81'dir ve bir gebe ortalama doğum yapana kadar dört kez izlenmiştir. Toplam 106 gebeye tetanoz-1 ve 110 gebeye de tetanoz-2 aşısı yapılmıştır. Aylık ortalama 18 loğusa izlemi yapılmış olup loğusa izlem oranı %100 olup her loğusa en az bir kez izlenmiştir. Ayrıca aylık ortalama 79 bebek ve 82 çocuk izlenmiş olup aylık bebek izlem oranı %58, aylık çocuk izlem oranı ise %14'tür. Sağlık ocağı bölgemizde 2007 yılında hiç anne ölümü ve düşük olgusu saptanmamıştır. Hiç düşük olgusunun görülmemiş olması düşüklerin gebeliğin ilk aylarında yoğunlaşması, ancak gebelerin geç tespit edilmesine bağlanabilir. Kaba doğum hızının binde 13 olduğu sağlık ocağı bölgemizde 2007 yılında 123 gebe doğum yapmış olup 124 bebek dünyaya gelmiştir ve doğumların %100'ü hastanede gerçekleşmiştir. Doğan 124 bebeğin ikisi kız

olup doğan bebeklerin tamamının doğum kilosu 2500 gramın üzerindedir. Yılın belli dönemlerinde ikamet edip bölge dışında doğan ve ocağımız tarafından saptanan 26 bebekle birlikte bölgemizde 2007 yılında toplam 150 bebek tespit edilmiştir. 2007 doğumlu olan toplam 150 bebeğin 94'ü erkek, 56'sı kız olup bölgemizde doğan her yüz bebeğin 63'ü erkek, 37'si kızdır. 2007 yılında biri ölü doğum olmak üzere toplam dört bebek ölümü saptanmış ve bebek ölüm hızı binde 24 civarındadır. Reşadiye ilçesinde 2007 yılında 60'ı erkek, 45'i kadın toplam 105 ölüm olgusu görülmüştür. Erkeklerde cinse özel ölüm hızı binde 10, kadınlarda ise binde 8'dir. 2007 yılındaki ölümlerin %90'ını 45 yaş üstü insanlar oluşturmaktadır. Kaba ölüm hızının binde dokuz olduğu doğal nüfus artış hızı binde dört civarındadır ve yıllık beklenen nüfus artışı binde 24'tür. Aşılama hizmetleri gelişmekte olan birçok ülkede olduğu gibi, ülkemizde de aşıyla korunabilir hastalıklar görülmekte ve çocukların sağlığını tehdit etmektedir. Dünyanın gelişmiş yerlerinde, artık sorun olmaktan çıkmış olan kızamık, difteri, boğmaca, verem, tetanos, çocuk felci gibi hastalıklarda, ülkemizde de aşılama hizmetlerinin artmasıyla birlikte belirgin düşüşler sağlanmıştır. Aşı ile korunabilir bir hastalığı, toplum içinde kontrol altına alabilmek için, o toplumun en az yüzde 85'ini aşılamak gerekir. Ülkemizde genişletilmiş bağışıklama programı ile, boğmaca, difteri, tetanos, kızamık, kızamıkçık, kabakulak, verem, çocuk felci, hepatit-B ve H. influenza tip B'ye bağlı hastalıklardan kaynaklanan bebek ve çocuk ölümlerinin, sakatlıkların engellenmesi hedeflenmektedir. Bu 10 hastalığa karşı aşılar ülke genelinde yapılmaktadır. Öncelikli hizmetlerinin başında gelen aşılama hizmetleri kapsamında ocağımız tarafından 2007 yılında 157 bebeğe DBT3 ve Polio-3, 141 bebeğe KKK aşısı yapılmıştır (Grafik 2). 2007 yılı yıllık beklenen bebek nüfusunun 150 olduğu bölgede, aşılama oranları %100'ü bulmakta ve aşısız çocuk olmadığı tahmin edilmektedir.

**Grafik 2. 2007 Aşı grafiği**



**İletişim: Dr. Yusuf Çelik**  
E-posta: dr.ycelik@hotmail.com



## TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2007 Sonuçlandı



"Son Yemek" Büyük Ödül, Dr. Ergün Karadağ, Kütahya

Türk Tabipleri Birliği Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi'nce 2007 yılında yedinci kez düzenlenen fotoğraf yarışması sonuçlandı. Fotoğraf sanatçısı İbrahim Demirel, Prof. Dr. Mehmet Beyazova, fotoğraf sanatçısı Hafize Kaynarca, Serdar Öztürk, Dr. Mehmet Gökağaç, ve Dr. Mehmet Özen'den oluşan Seçici Kurul'un 29 Ocak 2008'de gerçekleştirdiği toplantıda, yarışmaya başvuran 25 adayın gönderdiği 96 adet fotoğrafı değerlendirildi. Kırk fotoğraf sergilenmeye değer bulundu. Bunların arasında yapılan seçmede, ödüle değer görülen ve 2008 yılında STED'in kapak fotoğrafı olacak yapıtlar belirlendi. Buna göre;

**Büyük Ödül:** Dr. Ergün Karadağ'ın "Son Yemek" adlı fotoğrafı,

**Başarı Ödülleri:** Sağ. Teknisyeni Bilal Solak'ın "Nice Yıllar Yaşadım (mı?)", Dr. Ceyhun İrgil'in "Gök Kuşağı Mahallesi" ve "Emeğin Dansı" adlı fotoğrafları,

**Jüri Özel Ödülü:** Mustafa Gezer'in "Bir Nefeste" adlı fotoğrafı,



"Nice Yıllar Yaşadım (mı?)" Sağ. Tek. Bilal Sokak, Konya



"Gök Kuşağı Mahallesi" Başarı Ödülü, Dr. Ceyhun İrgil, Bursa

Bu fotoğraflar ödül alanlardan başlanarak, STED'in 2008 yılında yayımlanacak olan sayılarının kapağında yayımlanacaktır. Sergilenmeye değer bulunan 40 fotoğraf, TTB tarafından düzenlenen etkinliklerde sergilenecektir.

Yarışmada dereceye giren yapıtların sahiplerine 14 Mart Tıp Bayramı etkinlikleri içinde ödülleri verilecektir. Yarışmaya gönderilen fotoğraflar, TTB yayınlarında, sağlıkla ilgili, eğitim ve sanat etkinliklerinde ad belirtilerek yayımlanacaktır.

Yarışmada dereceye girenleri kutlar, katılan tüm okurlarımıza teşekkür ederiz.

2008 yılında düzenlenecek olan yarışmaya, fotoğrafa meraklı tüm STED okurlarının katılımını bekliyoruz.

**Bilimsel ve dostça...**



**"Bir Nefeste", Jüri Özel Ödülü,  
Lab. Teknisyeni Mustafa Gezer, Kocaeli**



**"Emeğin Dansı", Başarı Ödülü, Dr. Ceyhun İrgil, Bursa**



**Seçici Kurul'dan bir görünüm.**



**Seçici Kurul'dan bir görünüm.**

# TTB - STED Fotoğraf Yarışması - 2008



TTB - STED Fotoğraf Yarışması, fotoğraf çekmeye meraklı okurlarımızın ilgisi ve katkılarıyla yedinci yılını geride bıraktı. 2007 yılında yapılan yarışmada dereceye giren fotoğraflar 2008 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 - 2008 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 2008

Seçici Kurul'un değerlendirmesi ve sonuçların duyurulması: Ekim 2008

Ödül töreni ve Yarışma sergisi: Kasım 2008

## Ödüller:

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

Seçici Kurul tarafından uygun görülmesi halinde başka ödüller de verilebilir. Yarışmada ilk 12'ye giren fotoğraflar 2009 yılında STED'in kapağında yayımlanacaktır. Yarışmada ödül alan ve seçici kurul tarafından sergilenmeye değer bulunan diğer yapıtlar TTB etkinliklerinde sergilenilecektir.

**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/fotograf2008.htm](http://www.ttb.org.tr/STED/fotograf2008.htm)

## TTB - STED Fotoğraf Yarışması - 2008

## Katılım Formu

Yarışmacının Rumuzu: .....

Adı - Soyadı: .....

Mesleği: .....

Branşı (varsa): .....

Görev yeri: .....

Adresi: .....

Telefon: İş: (0. ....) ..... GSM: (0.5....) ..... Diğer: (0. ....) .....

E-posta adresi: ..... @ .....

## Fotoğraf(lar): No

### No Eserin Adı

### Çekildiği yer

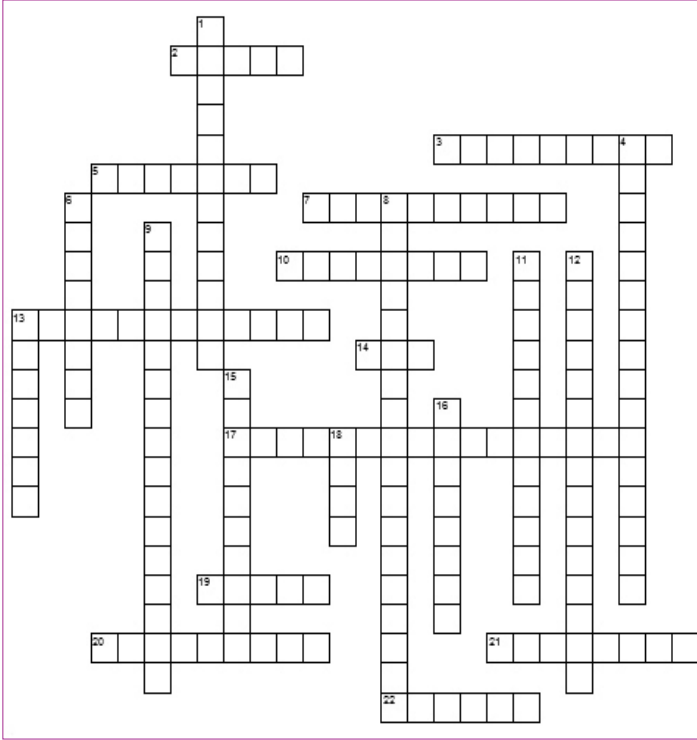
### Açıklama

1	.....	.....	.....
2	.....	.....	.....
3	.....	.....	.....
4	.....	.....	.....
5	.....	.....	.....





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 **Aralık 2007** sayımızda yayımlayacağız.



1- Serebral paralizinin prevalansının yüksek olmasına neden olan bir durum, 2- İlkel insanın sonsuza dek varolabilmek için yarattığı kişi, 3- MPOWER stratejisinde O'nun İngilizce

anlamı, 4- Hasta hakları alanındaki ilk belge, 5- En fazla karşılaşılan serebral paralizi, 6- Halk sağlığının itfaiyecisi, 7- Pigmente deri lezyonlarının tanısında kullanılan bir yöntem, 8- Ünlü Ortaçağ cadı-avı metni, 9- Ülkemizde hasta haklarının dayandığı bir belge, 10- İlkel toplumların ilk sosyal eylemi, 11- İnsan haklarının sağlık haklarına uygulanması, 12- Benign görünümlü bir deri tümörü, 13- Sağlıkta dönüşümle sağlık ocağı sayısından daha fazla artan birim, 13- En tehlikeli deri kanseri tipi, 14- Sosyalleştirmenin ilk başlatıldığı il, 15- Serebral paralizinin klinik tiplerinden biri, 16- Genital sistem muayenesinde kullanılan bir alet, 17- Hareket ve postür gelişimindeki bozukluğa ve aktivite kısıtlılığına neden olan bir tablo, 18- Anlaşılamayan evrenin insanın ilkel düşüncelerini belirlemesini yolu, 19- İlkel çağda bitkilerle tedavi yapan insanlara verilen ad, 20- Sağlıkta Dönüşüm sonucu verileri artık bilinmeyen sağlık kuruluşu, 21- Genital muayene için hastaya verilmesi gereken pozisyon, 22- Dünya Sağlık Örgütü'nün tütün salgınından korunmak için geliştirdiği bir strateji.

## STED Ekim 2007 Ödüllü Bulmaca Doğru Yanıtları:

1- Çalkalama Testi, 2- Paydaş Analizi, 3- Genel Pratisyenlik, 4- Tabip Odası, 5- UEMO, 6- Minmaks, 7- UDEK, 8- Elektronik Sigara, 9- Devamsızlık Hızı, 10- Ebelik, 11- Kurumsal Öncülük, 12- Buzaküsü, 13- Birinci Basamak, 14- Toplum, 15- Feminist Etik, 16- Tıp Eğitimi, 17- Desmopressin, 18- DSÖ, 19- YÖK, 20- Bakım, 21- Cerrahi, 22- Hepatit B, 23- Donma İzlemcisi, 24- Kızamık, 25- Paydaş.